

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CENÁRIO BRASILEIRO E AS PERCEPÇÕES SOCIAIS E JURÍDICAS RELACIONADAS AO FENÔMENO*

Giovana de Oliveira Marques**
Fernanda Corrêa Osório***

RESUMO

O presente artigo trata da violência obstétrica, fenômeno que se configura como determinados atos cometidos pelos profissionais da saúde e instituições, sejam elas públicas ou privadas, ao atenderem as mulheres gestantes, parturientes e puérperas, as quais sofrem com as intervenções negligentes, muitas vezes conduzidas sem respaldo científico, culminando na violação dos seus direitos. Assim sendo, por meio do método dedutivo, foi realizada a revisão bibliográfica sobre o tema, iniciando-se pelas reflexões concernentes ao feminismo e à maternidade, bem como pela análise dos princípios bioéticos e pelos apontamentos acerca da deontologia profissional, que devem orientar o atendimento obstétrico humanizado. Dessa maneira, extraiu-se das pesquisas que a ocorrência das práticas obstétricas inadequadas ou malconduzidas é mais um fator que determina a negação ao direito das mulheres em decidirem sobre o próprio corpo, assim como de participarem ativamente dessa experiência única que é o parto. Ademais, embora se verifique a existência de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do problema, a ausência de uma definição normativa acerca das condutas que perfazem a violência obstétrica faz com que ela ainda seja pouco refletida e combatida no Brasil.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Feminismo e maternidade. Deontologia.

1 INTRODUÇÃO

Ressalta-se que a violência obstétrica é uma forma de violação dos direitos humanos, restando constatada quando intervenções desumanas, como abusos, agressões e maus-tratos, são cometidas contra as grávidas, parturientes e puérperas pelas instituições de assistência à saúde e pelos profissionais que acompanham o seu atendimento.

Essa violência institucional, que ocorre em maternidades e hospitais públicos e privados no Brasil, constitui-se como um acontecimento recorrente também em nível global, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual recomenda que a assistência ao parto e a atuação dos profissionais estejam pautados em orientações científicas.

Dessa forma, os tópicos que serão tratados no artigo dizem respeito a três aspectos centrais: a epistemologia feminista acerca da maternidade, a deontologia relacionada à obstetrícia e o fenômeno da violência obstétrica.

O primeiro capítulo abordará as considerações acerca da maternidade conforme as concepções feministas. Com efeito, serão discutidas questões históricas envolvendo os estigmas criados quanto à idealização da figura materna e do parto e a aproximação da ciência com a maternidade.

* Artigo do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS –, aprovado, com grau máximo, e indicado à publicação pela banca examinadora, composta pela Prof. Me. Fernanda Corrêa Osório (orientadora) e pelo Prof. Me. Marcos Eduardo Faes Eberhardt, em 3 de julho de 2020.

** Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS –, Porto Alegre, Brasil. E-mail: giovana.marques@edu.pucrs.br

*** Mestre em Ciências Criminais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS –, Porto Alegre, Brasil. E-mail: fernanda.osorio@pucrs.br

Por sua vez, no segundo capítulo, serão analisados os princípios bioéticos e a relação médico-paciente estabelecida conforme os parâmetros apontados pelos conselhos profissionais. Nesse ínterim, serão discutidas, ainda, as políticas de humanização ao atendimento das grávidas e puérperas no Brasil.

No terceiro e último capítulo será desenvolvida com mais enfoque a discussão, essa concentrada no cenário brasileiro, sobre as dimensões e perspectivas da violência obstétrica, tratando sobre as formas que configuram a violência institucional e como ela é percebida, social e juridicamente, no Brasil. Outrossim, a pesquisa acerca da temática envolve estudos sobre o processo do parto e sobre as garantias previstas às mulheres no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

Assim sendo, por meio do método dedutivo de abordagem, a revisão bibliográfica tem por objetivo problematizar e contextualizar a questão posta, investigando aspectos sociais e jurídicos referentes à dinâmica da violência obstétrica e os desafios que existem para coibir as práticas atentatórias que caracterizam a referida violência.

2 CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS ACERCA DAS CONCEPÇÕES DA MATERNIDADE E DA INFLUÊNCIA DO MOVIMENTO FEMINISTA

A maternidade constitui-se como uma das temáticas centrais nos estudos feministas, uma vez que as reflexões acerca dessa experiência, vivida num aspecto múltiplo pelas mulheres, proporcionam amplo debate sobre a visibilidade social do fenômeno.

Durante o século XIX e a primeira parte do século XX, no que se refere às observações sobre a maternidade, em meio à considerada primeira onda feminista, houve a adoção de uma postura assumida como “maternalista”, posto que, já com a presença de ideais sufragistas, muitas demandas se ampararam nos direitos da mãe, tendo como preocupação a incorporação de direitos trabalhistas, com o destaque para a proposta de criação da licença maternidade¹.

Naquela conjuntura, segundo afirma Georgiane Vásquez², a problematização não estava centrada em refletir sobre a mulher e o exercício materno em si, nem como questões mais complexas envolvendo este ponto poderiam inculir na existência feminina.

Mais tarde, num dos momentos históricos mais relevantes do século XX, sobreveio a segunda onda feminista, que levou a profundas transformações o discurso de igualdade promovido pelo movimento, questionando-se, veementemente, o papel do feminino na sociedade, inclusive de como a maternidade pode influir na vida das mulheres³.

Nessa época, alcançou notoriedade a obra produzida pela escritora e filósofa Simone De Beauvoir, que, ao compor suas ideias em “O Segundo Sexo” (1949), trouxe ao debate questões envolvendo a liberdade sexual feminina, principalmente sobre a autonomia das mulheres em decidir sobre as demandas do próprio corpo⁴.

De Beauvoir, no que concerne à maternidade, associou ao debate o cenário criado pós-guerra, cujos ideais repercutiam na esfera conservadora da moral e dos bons costumes⁵. Ou seja, foi a partir desse instante em que se construíram maiores reflexões contestando o chamado “inatismo”, que atribuía às mulheres o propósito social de ser mãe⁶.

¹ VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014, p. 173.

² *Ibid.*, p. 174.

³ VÁZQUEZ, *op. cit.*, p. 174.

⁴ BRASIL, Marina Valentim; COSTA, Angelo Brandelli. Psicanálise, feminismo e os caminhos para a maternidade: diálogos possíveis? **Revista Psicologia Clínica**, v. 30, n. 3, p. 427-446, set.- dez./2018, p. 430.

⁵ BRASIL; COSTA, *loc. cit.*

⁶ BRASIL; COSTA, *loc. cit.*

Sobre esse ponto, Lucila Scavone⁷ reflete que as teses relacionadas à liberdade sexual, à contracepção e ao aborto, marcaram a passagem do feminismo igualitarista para aquele “centrado na mulher-sujeito”⁸, trazendo elementos radicais para a formação do feminismo contemporâneo, que passou a examinar, dentre outros aspectos, a maternidade.

Dessa forma, na discussão feminista, passou a se compreender a experiência da maternidade como uma construção social, criticando-se, inclusive, o domínio do sexo masculino sobre o feminino. Sendo assim, inserido na dimensão dos ideais iluministas, adveio no movimento o debate sobre o lugar da mulher na reprodução em todos os seus aspectos, como a gestação, o parto, a amamentação e a criação dos filhos, e como isso servia de justificativa para lhe ser negado o acesso a outras esferas que não a privada e, por consequência, a subjugação ao homem⁹.

Observa-se que o movimento feminista, a partir da década de 1960, teceu críticas à separação entre o pessoal e o político, estabelecida sob uma ótica público-privada. Era baseado nessa dicotomia que, por muito tempo, se definiu a política atrelada apenas ao Estado e às instituições públicas, à economia e ao poder; e o privado, por outro lado, se relacionava somente com o ambiente doméstico e familiar, bem como à vida sexual, estando separado da política¹⁰.

Sob a análise da filósofa Susan Okin, a irresignação acerca da diferenciação entre o pessoal e o político despertou nas mulheres a noção do viés politizado da opressão que sofriam. A partir de então, as feministas passaram a defender o lema “o pessoal é político”, propondo que se repensasse a esfera privada a fim de melhorar a vida das mulheres e para que suas demandas fossem vistas e reconhecidas¹¹.

Na década de 1970, em meio ao início da terceira onda feminista, a perspectiva do feminismo em relação à maternidade se transformou após o diálogo com a psicologia e com as ciências sociais, oportunidade em que passou a se destacar a mulher como sendo a figura central da gestação, de maneira que “o poder da mulher residia justamente na capacidade de gestar o “outro” dentro de si mesma”¹². Portanto, nas palavras de Martha Giudice Narvaz e Sílvia Helena Koller¹³, a terceira geração não se refere à onda de igualdade, mas sim ao “feminismo da diferença, da alteridade e da produção discursiva da subjetividade”.

No entanto, até que se chegasse a esse patamar de profunda crítica e negação à definição de que a essência feminina só resta preenchida na maternidade, ocorreram inúmeras interferências sobre a vida das mulheres, tanto no campo religioso quanto no científico.

Na esfera religiosa, em uma visão cristã, a tentativa de construir a imagem de uma mãe ideal centralizou-se em Maria, sendo ela a representação de quem suportou tudo e sofreu sem se manifestar¹⁴. Dessa forma, a teóloga Uta Ranke-Heinemann afirma que a dor sentida no parto seria um sinal de maldição em razão do “pecado original”, um dos vieses da doutrina católica que recaí sobre as mães, desde que Eva sucumbiu à tentação. Nesse contexto, a teóloga conclui

⁷ SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Revista Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 16, p. 137-150, 2001, p. 138.

⁸ SCAVONE, *loc. cit.*

⁹ SCAVONE, *op. cit.*, p. 138.

¹⁰ COSTA, Ana Alice Alcântara. O Movimento Feminista no Brasil: Dinâmicas de uma Intervenção Política. **Revista Gênero**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-20, 2005, p. 2.

¹¹ SELFA, Ana de Sousa; SPINELLI, Letícia Machado. As Críticas de Carole Pateman e Susan Okin à Dicotomia Público/Privado. **Revista Sociais & Humanas**, Santa Maria, v. 31, n. 1, p. 9-28, 2018, p. 14.

¹² VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014, p. 175.

¹³ NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias Feministas e Estudos de Gênero: Articulando Pesquisa, Clínica e Política. Maringá. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006, p. 649.

¹⁴ VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014, p. 169.

que a representação da mulher mãe, e cristã, está simbolicamente interligada ao sofrimento, o que pode ser observado em várias passagens bíblicas¹⁵.

Percebe-se que, na dimensão religiosa, foram produzidos discursos que tiveram como escopo a idealização da maternidade, o que acabou por provocar a orientação comportamental das mulheres em diferentes culturas.

Em que pese o meio científico atue num contexto distinto do religioso, há se dizer que a medicina também teve interesse em definir a mulher ao se aprofundar em um campo de estudos direcionado a entender a estrutura do corpo das mulheres e da sua especial possibilidade de gestar e parir¹⁶.

No campo dos estudos médicos, o propósito, inicialmente, era analisar a mulher no seu aspecto real, porém, no sentido de instruí-la em como ser mãe. Na visão de Georgiane Vásquez, o intuito não era valorizar a mulher enquanto cidadã, mas de distingui-la em razão da função maternal¹⁷:

[...] É necessário entender que a maternidade e a infância passaram a ser alvo de políticas públicas ao longo do século XX. Contudo, não se trata de uma valorização da mulher enquanto cidadã, ou da concepção universalista de direitos, mas sim de um enaltecimento da função maternal feita pelo discurso médico em articulação ao discurso religioso.

Em relação aos estudos desenvolvidos sobre o corpo da mulher, Ana Paula Vosne Martins afirma que a gestante e a parturiente passaram a integrar o foco da atenção médica quando se expandiu o campo de investigação sobre o parto, que antes estava sob o domínio das parteiras¹⁸.

Essa expansão científica, que acabou por constituir a formação dos médicos obstetras, e que continua a se desenvolver na contemporaneidade, atuou e atua tendo como objetos as mulheres e seus corpos, que passaram por uma interferência ainda mais profunda, justificada principalmente na sua capacidade de gestação e em razão da sua passagem pelo processo do parto¹⁹.

Mormente no século XIX, surgiram publicações na área da medicina com vistas a adotar métodos diante da anatomia e da fisiologia feminina, estabelecendo condutas em relação à higiene e às patologias relacionadas²⁰. Ainda, em países como Alemanha, França, Inglaterra e Estados Unidos, o parto hospitalar se tornou uma realidade quando criados os hospitais voltados para mulheres e de maternidades, ampliando o acesso a serviços mais seguros, o que veio a ocorrer no Brasil, de maneira frequente, apenas a partir da década de 1960²¹.

Nesse sentido, observa-se que a aproximação da medicina com a maternidade teve importância para que se desenvolvesse um amplo conhecimento que possibilitou mais segurança e eficiência nas técnicas relacionadas à gravidez e ao parto, o que foi possível a partir

¹⁵ HEINEMANN, Uta Ranke; *apud* VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014, p. 170.

¹⁶ VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014, p. 171.

¹⁷ *Ibid.*, p. 171.

¹⁸ MARTINS, Ana Paula Vosne. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia do século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set.-dez./2005, p. 651.

¹⁹ VÁZQUEZ, *op. cit.*, p. 171.

²⁰ MARTINS, Ana Paula Vosne. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia do século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set.-dez./2005, p. 651.

²¹ VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014, p. 171.

do momento em que a mulher passou a ser valorizada por se enquadrar na função de mãe e, por isso, digna de atenção²².

Tendo em vista a construção de ideias e práticas em relação à maternidade ao longo dos séculos, sejam elas por meio de intervenções religiosas, como também científicas, o movimento feminista conquistou um espaço fundamental na história por mostrar seu olhar crítico sobre o fenômeno social.

Portanto, foi por intermédio das manifestações feministas que se realizou um exame aprofundado sobre a maternidade, tendo por objetivo o rompimento com ideias e atitudes que determinaram ou permitiram a violência contra a mulher gestante ou parturiente.

Dessa forma, no próximo capítulo, serão abordadas questões éticas relacionadas à atuação obstétrica dos profissionais da saúde que desempenham atividades direcionadas à maternidade, desde a gestação até o parto, bem como ao puerpério²³, e as políticas públicas estabelecidas no Brasil para a humanização dessas experiências.

3 ASPECTOS DEONTOLÓGICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À OBSTETRÍCIA NO BRASIL

Os dilemas decorrentes da área da saúde sempre ocorreram e, para resolvê-los, um modelo de análise bioético dito “principalista”, criado em 1979 por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, que também é empregado no Brasil, reuniu quatro princípios fundamentais: Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça²⁴.

O Princípio da Autonomia, em síntese, diz respeito à capacidade de um indivíduo decidir conforme suas próprias determinações, tendo como garantia o respeito às escolhas de cada pessoa, o que permite trabalhar com aspectos concernentes à díade paciente-médico para que se alcancem os resultados mais benéficos²⁵.

De maneira complementar, o Princípio da Beneficência, analisado junto ao espectro do Princípio da Não-Maleficência, atua como regulador das questões éticas relacionadas ao exercício das atividades médicas. Nesse ínterim, os referidos princípios se aplicam tendo em vista a saúde das pessoas, e a atuação do profissional deverá se dar de maneira que se proporcione a maior cautela possível em relação aos pacientes, e para que se minimizem os riscos direcionados a eles²⁶.

Por derradeiro, invoca-se o Princípio da Justiça para que se garanta o acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária e universal, embora essa definição não dê conta da complexidade de sua repercussão nas situações concretas²⁷.

²² MARTINS, Ana Paula Vosne. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia do século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set.-dez./2005, p. 652.

²³ Período que se inicia de uma a duas horas após o parto, com a expulsão da placenta, tendo o término quando o corpo da mulher retorna ao estado anterior à gravidez. DO NASCIMENTO, Laís Chaves, *et al.* Relato de Puérperas Acerca da Violência Obstétrica nos Serviços Públicos. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11 (Supl. 5), p. 2014-2023, mai./2017, p. 2016.

²⁴ BOYACIYAN, Krikor. Princípios Bioéticos. In: BOYACIYAN, Krikor (org.). **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2018, p. 20.

²⁵ LUMERTZ, Eduardo Só Dos Santos; MACHADO, Gyovanni Bortolini. Bioética e Biodireito: origem, princípios e fundamentos. Porto Alegre. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 81, p. 107-126, 2016, p. 123.

²⁶ *Ibid.*, p. 121.

²⁷ LUMERTZ; MACHADO, *op. cit.*, p. 124.

Nesse sentido, nas palavras de Seizo Miyadahira, médico ginecologista e um dos autores do livro “Ética em Ginecologia e Obstetrícia”, há um conjunto de condutas que permeiam a relação de confiança entre o médico e o paciente²⁸:

Pode-se dizer que a relação humana começa quando as pessoas se dispõem a fazer algo em comum na busca pelo benefício da aplicação do saber de outra. A partir daí, consolida-se uma relação de confiança. Sejam quais forem os motivos e as necessidades, o saber, a prática, a base moral e ética para o sucesso estarão plantadas nessa confiança. Assim é a relação médico-paciente.

No entanto, quando os princípios que norteiam a conduta dos profissionais da saúde são violados, o atendimento aos pacientes se torna degradante e desumanizado e, por consequência, acabam por converter a situação em uma experiência clínica traumatizante para o paciente²⁹.

No que se refere aos serviços de saúde voltados para a área de ginecologia e obstetrícia, quando os profissionais de saúde se negam a escutar a opinião da paciente, deixam de justificar os procedimentos realizados, ou não respeitam a individualidade das mulheres, aumentam-se os riscos relacionados à morbimortalidade materna e neonatal³⁰.

De acordo com o Código de Ética Médica³¹, por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217/2018, o médico deve demonstrar a sua competência técnica para conduzir devidamente os casos, bem como tem o dever de informar os pacientes, e respeitar o seu direito, e de seus representantes legais, de decidir sobre práticas diagnósticas ou terapêuticas, desde que isso não ofereça risco de morte à pessoa. Ainda, é necessário que se obedeça ao sigilo profissional, e que sejam usados todos os meios disponíveis e, com respaldo científico, a favor do paciente.

Da mesma forma, o Código de Deontologia de Enfermagem³², na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 564/2017, prevê, em seus princípios fundamentais, o comprometimento na assistência às pessoas, respeitando o exercício da autonomia que lhes cabe acerca de sua saúde, conforto, segurança, bem-estar e tratamento. O profissional da área de enfermagem também é responsável por informar o paciente e seus familiares sobre o “preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal”.

Ainda, importante frisar que, conforme prevê o artigo 3º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, devem ser respeitados, integralmente, a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais, sendo o interesse e o bem-estar do indivíduo prioritários em relação ao que for interesse próprio da ciência ou da sociedade³³. Sendo assim,

²⁸ MIYADAHIRA, Seizo. A relação médico-paciente. In: BOYACIYAN, Krikor (org.). **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2018, p. 91.

²⁹ PEREIRA, Jéssica Souza; SILVA *et al.* Violência Obstétrica: Ofensa à Dignidade Humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)**, [S.l.] v. 15, n. 1, p. 103-108, 2016, p. 105.

³⁰ *Ibid.*, p. 106.

³¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução n. 2.217/2018, que aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 15 maio 2020.

³² CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética de Enfermagem**. Resolução n. 546/2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 06 nov. de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 15 maio 2020.

³³ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/undh.htm>. Acesso em: 15 maio 2020.

a autonomia vem esculpida como princípio básico para que a dignidade humana seja conservada³⁴.

Destarte, no que tange à gravidez e ao parto, a atenção humanizada engloba uma série de procedimentos e cuidados que os profissionais da saúde devem ter para que o parto e o nascimento sejam experiências positivas para a mãe e para o bebê, bem como aos familiares e à comunidade. Assim sendo, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais auxiliares da saúde exercem um papel fundamental quando colocam à disposição o seu conhecimento, com o intuito de preservar a incolumidade da mulher e do bebê³⁵.

Utilizada como uma abordagem ética, a humanização no atendimento à saúde já foi operada em várias perspectivas. No caso do parto e do nascimento, técnicas como a narcose, utilização de aparelhos mecânicos invasivos, uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos de risco, já foram considerados métodos procedentes³⁶.

No entanto, foi por meio de um processo gradual de aperfeiçoamento que se promoveram técnicas mais benéficas de atenção à saúde da mulher gestante e parturiente. Foi a partir da década de 1990 que se iniciou um movimento extensivo pela medicina baseada em evidências, o que é amplamente difundido pela Organização Mundial da Saúde³⁷.

Vê-se que o paternalismo médico cedeu espaço à participação conjunta entre pacientes e profissionais da saúde nas decisões, o que somente foi possível com a definição de preceitos bioéticos integrados à postura desses profissionais³⁸.

Dessa forma, no ano de 2000, foi instituído, no Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no Sistema Único de Saúde, em que se estabeleceu um percentual máximo para a realização de cesarianas em relação ao número total de partos realizados, bem como a confecção de um plano nacional de ações para a redução de mortalidade infantil e materna³⁹.

Em 2003, a portaria nº 653, do Ministério da Saúde, passou a estabelecer que as mortes maternas fossem notificadas compulsoriamente para a investigação de suas causas, pelo que, um ano depois, em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁴⁰.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como princípio a garantia de direitos humanos às mulheres a fim de reduzir a ocorrência de óbitos por questões previsíveis ou evitáveis, incorporando como base o empoderamento das usuárias do Sistema Único de Saúde, o acesso a uma atenção obstétrica de qualidade, ao planejamento familiar, ao abortamento seguro e ao combate à violência⁴¹.

³⁴ DA SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob o Prisma da Autonomia, Beneficência e Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42-65, jul./dez. 2017, p. 57.

³⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2001, p. 9.

³⁶ CPMI VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Dossiê Parto do Princípio, Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Brasília, 2012, p. 10.

³⁷ *Ibid.*, p. 16.

³⁸ BOYACIYAN, Krikor (org.). **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2018, p. 83.

³⁹ SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro Araujo. Políticas de Humanização ao Pré-Natal e Parto: Uma Revisão de Literatura. **Revista Científica Facmais**, [S.I.], v. 5, n. 2, 1. sem., p. 54-64, 2016, p. 37.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 59.

⁴¹ SANTOS; ARAUJO, *op. cit.*, p. 59-60.

A Lei 11.108/2005 garantiu a presença de acompanhante em todos os procedimentos médicos, abrangendo consultas, parto e pós-parto⁴². Essa previsão legislativa surgiu como uma conquista para que a autonomia de vontade das gestantes passasse a ser respeitada.

Em 2011, com a Rede Cegonha, foram determinadas uma série de medidas para garantir a assistência humanizada às mulheres a partir da confirmação da gravidez, agregando o pré-natal e o parto, e também pelo acompanhamento até os dois primeiros anos de vida do bebê, tendo como amparo um sistema logístico para o encaminhamento das pacientes aos postos de saúde e maternidades⁴³.

A Portaria nº 306/2016 do Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a operação cesariana, com o intuito de regular sobre a assistência das mulheres submetidas ao procedimento⁴⁴. Quanto a esse aspecto, o Conselho Federal de Medicina, na Resolução 2.144/16, em cumprimento ao princípio da autonomia da mulher, determinou que a cesariana requerida pela gestante deve ser realizada apenas a partir da trigésima nona semana de gestação⁴⁵.

Observa-se que as políticas de humanização ao pré-natal e ao parto promoveram avanços para um atendimento obstétrico mais digno no Brasil. Outrossim, ao passo que os procedimentos médicos vão sendo questionados, substituídos e aprimorados por meio de estudos científicos, os Códigos de Ética são alterados para estabelecerem limites e permissões na atuação dos profissionais, os quais devem se ancorar nos princípios convencionados⁴⁶.

Entretanto, ainda é realidade no Brasil o abuso de práticas violentas cometidas contra a mulher gestante e parturiente, seja na esfera pública como na privada, onde não são acolhidas as medidas previstas em leis, resoluções e portarias publicadas pelos órgãos competentes. Ademais, o problema é ainda mais grave quando se utiliza da via normativa para se permitir o afastamento de garantias fundamentais às mulheres, inclusive negando-lhe o direito em decidir sobre os seus corpos em relação ao parto.

A título argumentativo, há se dizer que a Resolução nº 2.232 do Conselho Federal de Medicina, suspensa liminarmente em parte pela Justiça Federal⁴⁷, provocou controvérsia acerca da recusa terapêutica. Isso porque a pretendida alteração do Código de Ética da Medicina prevê, no §2º do artigo 5º, que a recusa deve ser analisada pelo médico sob a “perspectiva do binômio mãe-feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto”⁴⁸.

A questão cinge-se quanto à possibilidade de o texto normativo promover uma abertura para que o médico, ao concluir pelo abuso de direito a partir da recusa terapêutica, use de

⁴² SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro Araujo. Políticas de Humanização ao Pré-Natal e Parto: Uma Revisão de Literatura. **Revista Científica Facmais**, [S.I.], v. 5, n. 2, 1. sem., p. 54-64, 2016, p. 60.

⁴³ *Ibid.*, p. 60.

⁴⁴ SANTOS; ARAUJO, *op. cit.*, p. 61.

⁴⁵ BOYACIYAN, Krikor (org.). **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2018, p. 254.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 83.

⁴⁷ O Juízo da 8ª Vara Cível da Subseção Judiciária de São Paulo considerou que a resolução acarretaria a restrição à liberdade de escolha por parte da gestante quanto ao parto, afirmando que somente seria justificativa negar a recusa terapêutica nos casos em que se configure o risco para a gestante e para o feto. GLOBO.COM. [G1]. **Justiça suspende regra do Conselho de Medicina que permitia intervenção sem o aval de gestantes**. [S.I.], 19 dez. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/12/19/justica-suspende-regra-do-conselho-de-medicina-que-permitia-intervencao-sem-o-aval-de-gestantes.ghtml>. Acesso em: 27 jun. 2020.

⁴⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.232**: estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, 17 jul. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370?fbclid=IwAR2QOo56NDTaMMBnKvnTHXWYEuQAsqw4xZZYnoICIFw6a8Yjus7vrEcL00>. Acesso em: 09 jun. 2020.

maneira indiscriminada o dispositivo para justificar procedimentos contra a vontade da mulher, como manobras, cortes e outras técnicas que são consideradas violentas à gestante e ao bebê⁴⁹.

Nesse contexto, segundo a obstetra Melania Amorim, especialista em Saúde Reprodutiva pela Organização Mundial da Saúde e representante da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, o dispositivo pretendido pode, ainda, conceder aos médicos a tutela sobre o corpo das mulheres por meio do discurso de proteção ao feto, comparando a situação ao Estatuto do Nascituro, projeto de lei cuja pretensão é equiparar o embrião e o feto ao recém-nascido e prever que o aborto seja considerado crime em qualquer circunstância⁵⁰.

Em razão das problemáticas pertinentes ao tema, no próximo e derradeiro capítulo, serão desenvolvidas discussões sobre a violência obstétrica e suas formas, bem como os direitos assegurados à mulher num contexto de enfrentamento às práticas atentatórias direcionadas a sua integridade.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DIMENSÕES E PERSPECTIVAS

Inicialmente, para aprofundar a discussão, é necessário refletir acerca da violência em um aspecto amplo e como ela atua de maneira profunda na sociedade, uma vez que sua natureza está sinalizada pela intersubjetividade e pela alteridade⁵¹.

Com efeito, é por meio de um olhar histórico, político e cultural que se compreende a estruturação da sociedade por meio de dinâmicas violentas. Isso ocorre, por exemplo, ao se perceber que as mulheres nem sempre estiveram amparadas por estruturas sociais e jurídicas que as reconhecessem como sujeitos de direitos, sendo uma das maiores vítimas de ações violentas, muitas vezes institucionalizadas⁵².

Esse cenário se transformou a partir de movimentos que levantaram bandeiras pela garantia de direitos civis, políticos e sociais às mulheres, fazendo com que, contemporaneamente, a violação dessas garantias seja considerada, por si só, uma violência⁵³.

Acerca da temática, Marilena Chaui compreende que, embora se fale muito sobre violência no Brasil, a sociedade muitas vezes não a percebe e reconhece, fazendo com que surja o mito da “não violência”, o que leva à naturalização de uma série de atuações violentas⁵⁴. Ainda, a escritora e filósofa afirma que, nesse processo de não enxergar o fenômeno estruturalmente, a violência acaba por ser encarada apenas como um acontecimento superficial e específico⁵⁵.

Ademais, Chaui salienta que essa negação à existência da violência, que dialoga com a ideia de um suposto “retorno à ética” é sobremaneira equivocada e finda numa ideologia que oculta a violência que constitui a sociedade brasileira⁵⁶:

[...] A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais,

⁴⁹ DE LARA, Bruna. **CFM põe *The Handmaid's Tale* em Prática ao Determinar que um Feto está Acima da Mulher**. The Intercept, 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/09/19/cfm-resolucao-recusa-gravidez/>. Acesso em: 09 jun. 2020.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência Contra a Mulher: Problematizando Definições Teóricas, Filosóficas e Jurídicas. **Revista Psicologia & Sociedade** [online], v. 27, n. 2, p. 256-266, mai./ago. 2015, p. 259.

⁵² *Ibid.*, p. 263.

⁵³ GUIMARÃES; PEDROZA. *op. cit.*, p. 263.

⁵⁴ CHAUI, Marilena. Ética e Violência no Brasil. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 378/383, out./dez. 2011, p. 383.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 383.

⁵⁶ CHAUI, *op. cit.*, p. 379.

insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo não como humano e sim como coisa.

Dessa forma, a violência passa despercebida em sua origem e onde se define como violência, ou seja, a partir de práticas e ideias que reduzem alguém à condição de “coisa”, que violam uma pessoa nas suas diferentes especificidades e que perpetuam relações sociais baseadas na desigualdade⁵⁷. Além disso, de acordo com Chauí, a sociedade não percebe que as próprias explicações fornecidas para o fenômeno são violentas, porque “está cega ao lugar efetivo de produção de violência”⁵⁸.

No que se refere à violência de gênero, de acordo com o disposto no artigo 1º da chamada “Convenção de Belém do Pará”, são consideradas, nesse contexto, as violências física, sexual e psicológica perpetradas contra a mulher no espaço privado e público, podendo, inclusive, envolver o Estado e os seus agentes⁵⁹. Essas violências surgem em razão das relações de dominação que foram moldadas entre os homens e mulheres ao longo da história⁶⁰.

Destarte, a violência obstétrica está inserida no contexto de violência de gênero, cometida no âmbito de atendimento assistencial à saúde, quando se faz o uso arbitrário de conhecimentos pelos profissionais da saúde no controle do corpo das gestantes e parturientes⁶¹.

Importante mencionar que a expressão foi utilizada pela primeira vez na América Latina quando foi promulgada na Venezuela, em 2007, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, fazendo com que se destrinchasse em uma designação amplamente utilizada para caracterizar os atos degradantes cometidos contra as mulheres no momento da concepção⁶².

Entretanto, no Brasil, embora haja iniciativa por parte de municípios e estados-membros para o estabelecimento de conceitos e medidas acerca do fenômeno, não há na legislação federal vigente uma tipificação acerca da violência obstétrica como se vê na Venezuela⁶³.

Pelo contrário, em maio de 2019, o Ministério da Saúde se posicionou contra a utilização da terminologia “violência obstétrica”, e que estaria trabalhando para abolir o termo, apoiando-se no parecer do Conselho Federal de Medicina, onde se alega que a expressão pode soar ofensiva aos médicos obstetras e ginecologistas⁶⁴.

Ao discordar do posicionamento do Ministério da Saúde, entidades como a Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) afirmaram que a negação ao uso da expressão fere os direitos fundamentais garantidos às mulheres e prejudica a solidificação de políticas públicas estabelecidas para o enfrentamento

⁵⁷ CHAUI, Marilena. Ética e Violência no Brasil. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 378/383, out./dez. 2011, p. 383.

⁵⁸ CHAUI, *loc. cit.*

⁵⁹ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**: adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 20 jun. 2020.

⁶⁰ DA SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob o Prisma da Autonomia, Beneficência e Dignidade da Pessoa Humana. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42-65, jul./dez. 2017, p. 43.

⁶¹ *Ibid.*, p. 43.

⁶² DA SILVA; SERRA, *op. cit.* p. 44-45.

⁶³ DOS SANTOS, Raíssa Paula Sena. **Violência Obstétrica no Brasil**: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviços Sociais e Direitos Sociais). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, 2016, p. 76.

⁶⁴ JANSEN, Mariana. **Violência Obstétrica: Por que Devemos Falar sobre?** Potilize, 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

à violência obstétrica⁶⁵. O Ministério Público Federal (MPF), por seu turno, divulgou uma recomendação direcionada ao Ministério da Saúde para que esclarecesse a sua postura, visto que a expressão já é amplamente difundida nos meios acadêmicos, civis e jurídicos, e citou o Inquérito Civil composto por 1.952 páginas, em que estão contidas dezenas de denúncias realizadas por mulheres⁶⁶.

Acerca da análise de responsabilização judicial, verifica-se que, no Brasil, a ausência de um conceito normativo em relação à violência obstétrica, faz com que, inclusive, os Tribunais de Justiça escolham não adotar o termo em suas decisões, e o fenômeno acabe não sendo devidamente reconhecido de forma atrelada aos direitos reprodutivos da mulher⁶⁷.

Apesar disso, a prestação jurisdicional é devida quando os direitos fundamentais são violados durante a gestação e parto, e a análise da situação e responsabilização do agente pode se dar tanto no âmbito cível quanto penal⁶⁸. Neste último, inclusive, há uma série de possíveis delitos em que podem ser enquadradas as condutas violentas perpetradas contra as gestantes e parturientes, como os crimes⁶⁹: contra a honra, de maus tratos, de ameaça, de constrangimento ilegal, de lesão corporal, e, em casos mais graves, o de homicídio, o qual pode se enquadrar tanto na modalidade culposa, quando existe imprudência, negligência ou imperícia, como na dolosa, quando há intenção de matar⁷⁰.

Ainda, conforme Delmo Mattos da Silva e Maiane Cibele de Mesquita Serra, a Constituição Federal de 1988, ao resguardar, no inciso II do artigo 1º, o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, além de construir a base para um Estado Democrático de Direito, forma e estabelece direitos fundamentais diversos, como a vida e a saúde, o que auxilia na construção de uma estrutura pautada na proteção constitucional à maternidade⁷¹.

De acordo com a previsão estampada nas legislações da Argentina e da Venezuela, a violência obstétrica se caracteriza pela apropriação do corpo das mulheres e de seu processo reprodutivo por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros agentes da saúde, os quais se utilizam de um tratamento não humanizado, provocando a perda da autonomia da paciente e da capacidade em decidir sobre o próprio corpo e sexualidade⁷².

Por conseguinte, a violência institucional no atendimento obstétrico envolve uma vasta camada de atos violentos cometidos contra as mulheres, isto é, pode abranger situações de violência física, em que mulheres são amarradas, algemadas ou maltratadas; violência sexual, em que ocorre o assédio e o uso de técnicas sem o consentimento da paciente, atentando contra a sua intimidade e dignidade sexual; violência psicológica, como o abandono e o tratamento indiferente dado pelo profissional e que causa medo e insegurança à grávida e à parturiente; a violência estrutural da sociedade, quando se verifica a insuficiência de políticas públicas e de

⁶⁵ JANSEN, Mariana. **Violência Obstétrica: Por que Devemos Falar sobre?** Potilize, 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

⁶⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Recomendação n. 29/2019**. São Paulo, 07 maio 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf> Acesso em: 05 jun. 2020.

⁶⁷ DE CARVALHO, Grasielle Borges Vieira; ANDRADE, Jéssica Souto de Figueredo. Reflexões Sobre a Violência Obstétrica e Possíveis Desdobramentos Penais. In: MELO, Ezilda (org.). **Maternidade e Direito**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020, p. 108.

⁶⁸ FUNES, Gloria Maria Pereira. Violência Obstétrica: A Dor Além do Parto. In: MELO, Ezilda (org.). **Maternidade e Direito**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020, p. 88.

⁶⁹ FUNES, *loc. cit.*

⁷⁰ DE CARVALHO; ANDRADE, *op. cit.*, p. 110.

⁷¹ DA SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob o Prisma da Autonomia, Beneficência e Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42-65, jul./dez. 2017, p. 57.

⁷² *Ibid.*, p. 45.

maternidades, o que acaba por lesar, principalmente, mulheres negras, pobres e em situação de abortamento⁷³.

A Organização Mundial da Saúde – OMS – produziu, em 1996, um manual cujo título se denomina “Maternidade Segura - assistência ao parto normal: um guia prático”, material esse dedicado a estabelecer uma classificação baseada em evidências científicas acerca de práticas comuns na condução do parto, sendo diferenciadas a partir de quatro categorias, quais sejam⁷⁴:

[...] Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sobre as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, e, por isso, devem ser usadas com cautela; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Nesse sentido, dentre as práticas aplicadas ao parto que devem ser incentivadas, uma vez apoiadas em estudos científicos, estão previstas⁷⁵: o partograma⁷⁶, a permissão à mulher em se colocar na posição que lhe for mais confortável, bem como liberdade na sua movimentação, oferta de líquidos, utilização de meios que não sejam invasivos para o alívio da dor e desconforto, contato entre o corpo da mãe e do filho após o parto, e também a amamentação na primeira hora de vida do bebê.

Em relação ao abuso de práticas físicas cometidas por profissionais da saúde no contexto da gestação e do parto, citam-se as seguintes⁷⁷: indução à tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), enema (lavagem intestinal), episiotomia⁷⁸, manobra de Kristeller⁷⁹, manobra de Valsalva (orientação para que a mulher “cerre” os dentes, segure a respiração e faça força), cesáreas eletivas, exame de toques vaginais sucessivos e realizados por diferentes profissionais, imobilização, posição horizontal durante o parto, soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, descolamento da membrana ou ruptura artificial da bolsa amniótica sem o consentimento da mulher, uso de fórceps sem necessidade, impedimento ou demora para o contato da mãe com o bebê após o parto, entre outras técnicas que podem ser consideradas ineficientes ou prejudiciais.

⁷³ DOS SANTOS, Raíssa Paula Sena. **Violência Obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas**. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviços Sociais e Direitos Sociais). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, 2016, p. 45.

⁷⁴ PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Editorial. Saúde da Mulher na Gestação e Puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 1-2, dez. 2019, p. 1.

⁷⁵ PEREIRA, Simone Barbosa, *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 71, supl. 3, p. 1393-1399, 2018, p. 1397.

⁷⁶ Documento preenchido pelo profissional da saúde e que representa graficamente as dilatações e contrações da parturiente. ROCHA, Ivanilde Marques da Silva, *et al.* O Partograma como Instrumento de Análise da Assistência ao Parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 880-888, dez./2009, p. 881.

⁷⁷ DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2020.

⁷⁸ Procedimento consistente na cirurgia de aumento da abertura do canal vaginal, em que se faz um corte na entrada do órgão com o auxílio de uma tesoura ou bisturi, por vezes sem aplicação de anestesia na mãe, com o objetivo de facilitar a saída do bebê no momento do parto. DA SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob o Prisma da Autonomia, Beneficência e Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42-65, jul./dez. 2017, p. 48.

⁷⁹ Manobra na parte superior do útero enquanto duram as contrações do parto para que se empurre o nascituro em direção à pelve a fim de acelerar o trabalho de parto. DA SILVA; SERRA, *loc. cit.*

Assim sendo, o que se defende, em favor da atuação responsável pelos profissionais da saúde, é o estabelecimento de medidas de atenção ao parto e ao nascimento por meio de evidências científicas, que estão em constante análise, para que se desenvolva uma “nova cultura na assistência obstétrica”⁸⁰.

É por meio de uma reformulação na assistência humanizada à saúde das grávidas, parturientes e puérperas que, segundo Simone Barbosa Pereira *et al*, o uso e o aperfeiçoamento de boas práticas e demais técnicas propiciam o afastamento de um modelo mecanizado no atendimento às mães e bebês⁸¹.

Com efeito, de acordo com pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres já foram vítimas de violência obstétrica durante o parto, sendo que, das mulheres que sofreram abortamento, metade relatou ter sofrido alguma intervenção violenta durante a assistência⁸². Ainda, é de se se dizer que as violações ocorridas durante a gravidez e o parto devem ser analisadas sob alguns recortes, como em relação à raça, à idade, à condição social e financeira, à instrução, e à forma como foi conduzido o pré-natal⁸³.

No cenário brasileiro, em um levantamento de dados realizado pela pesquisa “Nascer no Brasil”⁸⁴, foram entrevistadas 23.940 (vinte e três mil e novecentas e quarenta) puérperas, em 266 (duzentos e sessenta e seis) hospitais e 191 (cento e noventa e um) municípios, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, cujo objetivo centrou-se em analisar os potenciais riscos para o óbito neonatal.

Entre os apontamentos feitos no estudo está o da qualidade no processo de assistência ao parto e nascimento, cuja análise se fez concluir pela alta taxa de morbimortalidade materna e perinatal, o que está relacionado, entre outros fatores, ao tratamento inadequado oferecido às pacientes⁸⁵. Constatou-se a utilização de métodos já obsoletos ou chamados de iatrogênicos, como por exemplo, a manobra de Kristeller, que foi empregada em 36,5% do total dos partos vaginais e em 21,5% dos óbitos neonatais⁸⁶. Por sua vez, práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde foram pouco operadas, como a adoção da posição verticalizada pela mulher⁸⁷, e o auxílio do partograma para acompanhar o trabalho de parto, utilizado em apenas 35,7% entre os recém-nascidos que sobreviveram e 36,5% entre os que não resistiram⁸⁸.

Depreende-se da pesquisa que, embora os partos ocorram, preponderantemente, em hospitais (98%) e com a assistência de médicos (88,7%), a taxa de mortalidade neonatal e infantil se encontra em patamar elevado, sendo de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos no ano de 2010, situação que tem sido denominada como “paradoxo perinatal brasileiro”⁸⁹.

Ainda, aponta-se uma elevada porcentagem de cesarianas no Brasil, consistente em 53,7% dos nascimentos⁹⁰, em 2011, demonstrando que é uma via de parto utilizada, por vezes,

⁸⁰ PEREIRA, Simone Barbosa, *et al*. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 71, supl. 3, p. 1393-1399, 2018, p. 1397.

⁸¹ PEREIRA, *loc. cit*.

⁸² JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-12, 2018, p. 8.

⁸³ JARDIM; MODENA, *loc. cit*.

⁸⁴ LANSKY, Sônia, *et al*. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014, p. 192.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 193.

⁸⁶ LANSKY, *op. cit.*, p. 196.

⁸⁷ LANSKY, *op. cit.*, p. 202.

⁸⁸ LANSKY, *op. cit.*, p. 196.

⁸⁹ LANSKY, *op. cit.*, p. 193.

⁹⁰ LANSKY, *op. cit.*, p. 193.

sem indicação técnica⁹¹. Nesse ponto, a Organização Mundial da Saúde prevê que as taxas de cesárea superiores a 10%, a nível populacional, não se relacionam à diminuição de mortes maternas e neonatais, mas pondera que, para além de questões estatísticas, os esforços devem estar direcionados a utilizar o procedimento cirúrgico somente nos casos de extrema necessidade⁹².

Nesse sentido, inegável é a relevância da atuação de enfermeiros, médicos e outros agentes da saúde no atendimento às mulheres grávidas, parturientes e puérperas. No entanto, principalmente no que se refere ao trabalho de parto e ao parto, é comum que a ocorrência de condutas violentas seja negada por aqueles que as cometem⁹³. Essa negativa vem justificada pelo discurso de necessidade das intervenções, seja pelo bem das mães, como pela proteção dos bebês, o que gera a banalização e aceitação da violência obstétrica⁹⁴. Ainda, outras justificativas são empregadas para os atos violentos, como o excesso de trabalho e o estresse relacionado à rotina laboral, bem como a precariedade de recursos materiais fornecidos pelas instituições, o que culmina no afastamento da atenção humanizada por aqueles que têm a obrigação ética e profissional de prestá-la⁹⁵.

Da mesma maneira, garantias legais asseguradas às parturientes ainda são ignoradas, como o direito à presença de acompanhante, previsto na Lei nº 11.108/2005. Tal negação às mulheres é objeto de discussão diante da resistência por parte de alguns profissionais da saúde quanto à permanência de familiares no ambiente do parto, sendo alegado, por vezes, que essa dinâmica pode atrapalhar a conclusão de certos procedimentos⁹⁶.

De acordo com pesquisa realizada em 2015, no Município de Cabedelo, na Paraíba, 41 mulheres puérperas foram ouvidas acerca da violência obstétrica, sendo que apenas 17% delas negou ter sido vítima de maus tratos; em contrapartida, 83% das mulheres revelou ter sofrido algum desconforto, em diferentes níveis, durante o parto, sendo que, para 39% das entrevistadas, a violência não existia até que se iniciaram os questionamentos, visto que não compreendiam a gravidade das situações pelas quais foram submetidas⁹⁷.

Nota-se que, embora as mulheres estejam protegidas por políticas públicas de saúde materna, ainda que incipientes, bem como por leis que lhes garantem direitos durante a gestação e o parto, ainda existe uma incongruência na prática em relação às normas vigentes, tendo em vista a forte relação de poder que as instituições hospitalares e seus agentes estabelecem com as pacientes⁹⁸.

Com isso, é de ser ponderado que a falta de um pleno conhecimento pelas mulheres quanto aos direitos sexuais e reprodutivos faz com que o ciclo da violência obstétrica permaneça ocorrendo corriqueiramente. Assim, seja porque não há o reconhecimento do ato violento

⁹¹ LANSKY, Sônia, *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014, p. 200.

⁹² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2020.

⁹³ JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-12, 2018, p. 9.

⁹⁴ JARDIM; MODENA, *loc. cit.*

⁹⁵ JARDIM; MODENA, *op. cit.*, p. 9.

⁹⁶ DO NASCIMENTO, Laís Chaves, *et al.* Relato de Puérperas Acerca da Violência Obstétrica nos Serviços Públicos. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11 (Supl. 5), p. 2014-2023, mai/2017, p. 2020.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 2017.

⁹⁸ DO NASCIMENTO, *op. cit.*, p. 2019.

durante a intervenção médica, seja pelo momento de vulnerabilidade que caracteriza o parto, os procedimentos inadequados acabam sendo aceitos sem nem ao menos serem questionados⁹⁹.

Ainda, as agressões institucionais de natureza obstétrica têm como escopo a apropriação do corpo da parturiente e do parto, fazendo com que a participação da mulher seja apagada nesse processo de inversão do protagonismo, que passa a ser do profissional da saúde¹⁰⁰.

Portanto, além da pendência em conceituar legalmente a violência obstétrica no Brasil, bem como a necessidade de se desenvolver, de maneira consistente, as políticas públicas para o seu combate, impende reconhecer que o fenômeno é sobremaneira complexo e envolve amplas questões sociais e jurídicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é um problema recorrente no Brasil e no mundo, e tem como origem a construção de ideias limitantes e ultrapassadas acerca da gestação e do parto, os quais ainda são tratados como se fossem processos anormais. Dessa forma, a violência institucional, quando verificada, se caracteriza pela adoção de um atendimento obstétrico baseado no uso excessivo de medicalização e de manobras invasivas, bem como de intervenções cirúrgicas, por vezes desnecessárias, como a cesárea eletiva, em desacordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde.

Tendo em vista a construção de juízos equivocados e práticas violentas em relação à maternidade ao longo dos séculos, sejam elas por meio de interferências religiosas, como também científicas, o movimento feminista coexiste para mostrar seu olhar crítico sobre o fenômeno social, e deve participar de maneira incisiva do debate. Nesse sentido, em razão de manifestações acerca da maternidade, passou a se existir uma observação profunda sobre a gestação e o parto, fazendo com que a mulher viesse a se tornar um sujeito digno de direitos, tanto sob o espectro humano, como diante da vivência verificada nesse momento.

Por este ângulo, a atenção humanizada à saúde da gestante, uma cultura ainda incipiente no Brasil, tem como base a aplicação de princípios bioéticos que devem nortear a atuação dos profissionais da saúde, com destaque para o da Autonomia. Além disso, os Códigos de Ética já preveem uma principiologia incutida nos seus deveres, o que, por si só, deve afastar as possíveis justificativas dadas pelos agentes para que o atendimento não esteja direcionado à integridade física e emocional da mulher e do bebê.

Ademais, em que pese existam políticas públicas atinentes à atenção obstétrica, com a previsão de garantias às mulheres no momento do pré-parto, parto e pós-parto, a ausência de instrumentos específicos para que se identifique a violência faz com que o problema continue existindo, e que, em inúmeros casos, não haja a devida responsabilização. Quanto a esse aspecto, pode-se perceber que o desconhecimento das mulheres acerca de seus direitos também é óbice para que haja uma ruptura com a violência institucional no atendimento obstétrico.

É de se dizer, por conseguinte, que a violência obstétrica possui uma forte relação com a perda na capacidade de decisão e na liberdade de escolha por parte da mulher, e pode ter influências históricas e culturais concernentes à posição feminina na sociedade e à forma como o parto ainda é tratado no Brasil, cujo modelo se mantém fortemente ligado a um viés patológico do processo.

⁹⁹ JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-12, 2018, p. 9.

¹⁰⁰ DE CARVALHO, Grasielle Borges Vieira; ANDRADE, Jéssica Souto de Figueredo. Reflexões Sobre a Violência Obstétrica e Possíveis Desdobramentos Penais. In: MELO, Ezilda (Org). **Maternidade e Direito**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020, p. 99.

REFERÊNCIAS

BOYACIYAN, Krikor (org.). **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2018.

BRASIL, Marina Valentim; COSTA, Angelo Brandelli. Psicanálise, feminismo e os caminhos para a maternidade: diálogos possíveis? **Revista Psicologia Clínica**, v. 30, n. 3, p. 427-446, set.- dez./2018.

CHAUI, Marilena. Ética e Violência no Brasil. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 378/383, out./dez. 2011.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**: adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética de Enfermagem**. Resolução n. 546/2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 06 nov. de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 15 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução n. 2.217/2018, que aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 15 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.232**: estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, 17 jul. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370?fbclid=IwAR2QOo56NDTaMMBnKvnTHXWYEuQAsqw4xZZYnoICIFw6a8Yjus7vrEcL00>. Acesso em: 09 jun. 2020.

COSTA, Ana Alice Alcântara. O Movimento Feminista no Brasil: Dinâmicas de uma Intervenção Política. **Revista Gênero**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-20, 2005.

CPMI VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Dossiê Parto do Princípio, Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Brasília, 2012.

DA SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob o Prisma da Autonomia, Beneficência e Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42-65, jul./dez. 2017.

DE LARA, Bruna. **CFM põe The Handmaid’s Tale em Prática ao Determinar que um Feto está Acima da Mulher**. The Intercept, 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/09/19/cfm-resolucao-recusa-gravidez/>. Acesso em: 09 jun. 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2020.

DO NASCIMENTO, Laís Chaves, *et al.* Relato de Puérperas Acerca da Violência Obstétrica nos Serviços Públicos. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11 (Supl. 5), p. 2014-2023, mai./2017.

DOS SANTOS, Raíssa Paula Sena. **Violência Obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas.** 2016. Dissertação (Mestrado em Serviços Sociais e Direitos Sociais). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, 2016.

GLOBO.COM. [G1]. **Justiça suspende regra do Conselho de Medicina que permitia intervenção sem o aval de gestantes.** [S.I.], 19 dez. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/12/19/justica-suspende-regra-do-conselho-de-medicina-que-permitia-intervencao-sem-o-aval-de-gestantes.ghtml>. Acesso em: 27 jun. 2020.

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência Contra a Mulher: Problematizando Definições Teóricas, Filosóficas e Jurídicas. **Revista Psicologia & Sociedade** [online], v. 27, n. 2, p. 256-266, mai./ago. 2015.

JANSEN, Mariana. **Violência Obstétrica: Por que Devemos Falar sobre?** Politize, 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-12, 2018.

LANSKY, Sônia, *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014.

LUMERTZ, Eduardo Só Dos Santos; MACHADO, Gyovanni Bortolini. Bioética e Biodireito: origem, princípios e fundamentos. Porto Alegre. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 81, p. 107-126, 2016.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia do século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set.- dez./2005.

MELO, Ezilda (org.). **Maternidade e Direito.** São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher.** Brasília, 2001.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Recomendação n. 29/2019.** São Paulo, 07 maio 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf> Acesso em: 05 jun. 2020.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias Feministas e Estudos de Gênero: Articulando Pesquisa, Clínica e Política. Maringá. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2020.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Editorial. Saúde da Mulher na Gestação e Puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 1-2, dez. 2019.

PEREIRA, Jéssica Souza; SILVA *et al.* Violência Obstétrica: Ofensa à Dignidade Humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)**, [S.I.] v. 15, n. 1, p. 103-108, 2016.

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva, *et al.* O Partograma como Instrumento de Análise da Assistência ao Parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 880-888, dez./2009.

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro Araujo. Políticas de Humanização ao Pré-Natal e Parto: Uma Revisão de Literatura. **Revista Científica Facmais**, [S.I.], v. 5, n. 2, 1. sem., p. 54-64, 2016.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Revista Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 16, p. 137-150, 2001.

SELFA, Ana de Sousa; SPINELLI, Letícia Machado. As Críticas de Carole Pateman e Susan Okin à Dicotomia Público/Privado. **Revista Sociais & Humanas**, Santa Maria, v. 31, n. 1, p. 9-28, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/undh.htm>. Acesso em: 15 maio 2020.

VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014.