

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Renata Araujo de Paiva

**Violência Obstétrica: um mecanismo
conformador do sujeito feminino**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito

Orientadora: Prof^a. Gisele Guimarães Cittadino
Coorientadora: Prof^a. Thamis Dalsenter Viveiros de
Castro

Rio de Janeiro
junho de 2020



Renata Araujo de Paiva

**Violência Obstétrica: um mecanismo
conformador do sujeito feminino**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós graduação em Direito do Departamento de Direito do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Gisele Guimarães Cittadino

Orientadora

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Thamis Dalsenter Viveiros de Castro

Coorientadora

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Adriana Vidal de Oliveira

Departamento de Direito – PUC-RIO

Prof^a. Heloisa Helena Barboza

Departamento de Direito - UERJ

Rio de Janeiro, fevereiro de 2020.

Rio de Janeiro, 02 de junho de 2020

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Renata Araujo de Paiva

Graduada em Direito pela PUC-Rio em 2002, pós-graduada em Direito Empresarial pela FVG-RJ em 2003, advogada. Interesses de pesquisa nas áreas de feminismo e direitos sexuais e reprodutivos.

Ficha

Catográfica

Paiva, Renata Araujo de

Violência obstétrica : um mecanismo conformador do sujeito feminino / Renata Araujo de Paiva ; orientadora: Gisele Guimarães Cittadino ; coorientadora: Thamís Dalsenter Viveiros de Castro. – 2020.

149 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2020.

Inclui bibliografia

1. Direito – Teses. 2. Violência obstétrica. 3. Violência de gênero. 4. Direitos humanos. 5. Racismo estrutural. I. Cittadino, Gisele Guimarães. II. Castro, Thamís Dalsenter Viveiros de. III. Pontifícia

CDD: 34

Dedicatória

Dedico este trabalho a Laís, Cecília e Isabela, minhas
inspirações na busca de um futuro melhor.

Agradecimentos

A realização desta pesquisa contou com a colaboração de muitas pessoas, direta ou indiretamente e minhas queridas orientadoras foram fundamentais para a sua conclusão. Agradeço à Gisele pelo acolhimento, atenção, paciência e gentileza direcionados a mim e ao trabalho, com apontamentos indispensáveis e enriquecedores. À Thamis, agradeço pela dedicação generosa, pela partilha do conhecimento que permitiu o aprofundamento do tema, pelas conversas nas quais a troca de experiências teve grande significado e pelo incentivo a cada etapa do percurso.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação da PUC pelas aulas e textos que despertaram percepções e ampliaram o conhecimento, com um agradecimento especial à professora Marcia e à professora e amiga Thula, por debates e discussões que permitiram a revisão de conceitos e posicionamentos de extrema relevância, auxiliando não só minha trajetória acadêmica, mas também de vida. Agradeço ao Anderson e à Camen, pela atenção e disponibilidade para atender às dúvidas e orientar em todas as formalidades do programa.

Aos companheiros de estudos, Corinne, Isabelle, Walber e Amanda pelo acolhimento e cumplicidade constantes e aos colegas de turma pelas trocas enriquecedoras ao longo do curso. Agradeço a minhas queridas amigas Ana Luísa, pelo apoio e grande incentivo ao ingresso no mestrado, a Sandra e Debora, por inúmeras conversas e suporte emocional.

O apoio familiar permitiu a minha dedicação à pesquisa e por isso agradeço a minha tia Valéria e a minha sogra Elenice, pelo amparo com as crianças nas intermináveis horas de estudo e o acolhimento em momentos difíceis. Agradeço, pela paciência, apoio e amor incondicional neste longo processo, principalmente, a Felipe, Cecília e Isabela, pessoas às quais devo meus mais puros sentimentos e maiores anseios, que me motivam a buscar minha melhor versão, todos os dias. Por fim, meu agradecimento especial é para meus pais, Regina e Rogério, meus exemplos de seres humanos, pais e

médicos. Tenho certeza de que estariam orgulhosos dos caminhos por mim percorridos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradeço à CAPES e à PUC-Rio pelo apoio disponibilizado.

Resumo

Paiva, Renata Araujo de. Cittadido, Gisele Guimarães de. **Violência Obstétrica: um mecanismo conformador do sujeito feminino.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação de Mestrado. Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A recente emergência do termo violência obstétrica abarca uma grande carga de significados e possibilidades. Fruto da busca pela ruptura com as estruturas opressoras de poder impostas sobre os copos das mulheres em período gestacional no sistema de saúde, o termo é tão polêmico e impactante quanto a violência vivenciada por essas mulheres no mundo inteiro. Diante dos debates que a expressão suscita, este trabalho consiste na análise dos mecanismos de poder que perpetuam a violação de direitos das mulheres gestantes no sistema de saúde brasileiro, sob a perspectiva de Michel Foucault, e sua caracterização como violência de gênero, estruturante da sociedade capitalista ocidental. A partir da análise de tais mecanismos, considerando fatores como o racismo estrutural, classe e as disputas políticas que envolvem a atenção de saúde da mulher, bem como o arcabouço legal disponível, pretende-se traçar um panorama das possibilidades de prevenção e enfrentamento do problema no cenário brasileiro atual.

Palavras-chave

violência obstétrica, violência de gênero, direitos humanos, racismo estrutural.

Abstract

Paiva, Renata Araujo de. Cittadido, Gisele Guimarães de. (Advisor) **Obstetric violence: a control mechanism for the female subject.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação de Mestrado. Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The recently emerged term obstetric violence, is capable of great meaning and possibilities. Resulting from the struggle for rupture from oppressing structures of power imposed upon pregnant women's bodies in facility-based childbirth and other health services, this term is as polemic and powerful as the violence experienced by women all over the world. Considering the debates over this expression, the present research hopes to analyze the power dynamics that enable pregnant women's rights violation in Brazilian health-care system, using Michel Foucault's perspective, and a gender-based violence approach, that is built into the fabric of patriarchal capitalist society. Based on this analysis and considering facts such as structural racism, class and political disputes that surrounds women's health-care attention, as well as the legal available support, it is hoped to provide an overview of possibilities for prevention and confrontation of the problem, in Brazilian current circumstances.

Keywords

obstetric violence, gender-based violence, human rights, structural racism.

SUMÁRIO

1 – Introdução	11
2-Conceituando violência obstétrica	15
2.1 – Violência obstétrica: uma violência de gênero	15
2.2 – Como ocorre a violência obstétrica no contexto brasileiro	35
2.3 – Humanização do parto para além da revisão dos protocolos médicos: a necessidade de repensar o termo humano	40
3 – O protagonismo da mulher no processo gestacional e a medicalização do corpo feminino	49
3.1 – A evolução técnica da medicina e a captação do conhecimento sobre os corpos femininos	49
3.2 – Medicalização como instrumento de biopolítica? A relação entre medicalização e o corpo da mulher	60
3.3 – Medicalização do parto no contexto brasileiro: dois cenários possíveis para a utilização da tecnologia na atenção à saúde da mulher	68
3.4 – A substituição do protagonismo feminino pela figura do médico e a construção do imaginário a respeito do parto	73
4 – Tutela jurídica da violência obstétrica no Brasil	81
4.1 - A delicada relação entre violência obstétrica e os direitos humanos da mulher: “o que importa é que nasceu com saúde”	81
4.1.1 - O ato de parir como uma experiência de resistência: o descompasso entre os anseios sociais e a regulamentação da classe médica	88
4.1.2 - Direito à vida e à dignidade da pessoa humana: “ser mãe é padecer no paraíso”	99
4.1.3 - Direito à integridade física: “parirás com dor”	108
4.2 – Prevenção e combate da violência obstétrica através dos compromissos legalmente assumidos pelo Estado brasileiro na proteção aos direitos da mulher	
5 – Conclusão	
6 – Referências	

Introdução

Gestação, parto e nascimento. Palavras que remetem a sentimentos de cuidado, proteção e carinho. Para muitas mulheres, no entanto, estes eventos trazem lembranças de solidão, dor, sofrimento e desamparo, refletindo uma dura realidade de desrespeito e violências. Quais seriam os motivos por trás desta situação? Quem são os atores de tais violações? Por qual razão são permitidas na sociedade? Quem são as mulheres que sofrem as violências? Estes questionamentos deram o impulso para a investigação sobre os processos sociais que levam à violação dos direitos das mulheres no período gestacional e as possibilidades de enfrentamento e prevenção.

A resistência de mulheres contra as estruturas sociais que as oprimem vem de longa data, pavimentando um caminho de lutas que possibilitou a organização do movimento feminista. Em suas várias faces, este movimento apresenta inúmeras possibilidades de combate aos processos de sujeição das mulheres a circunstâncias opressoras, sendo responsável por muitas das conquistas que resultaram no reconhecimento internacional de direitos civis, trabalhistas, reprodutivos e sexuais, e em políticas e campanhas de igualdade de gênero. Através dos movimentos de mulheres são trazidas à tona, debatidas e nomeadas, as circunstâncias de opressão de gênero, de raça e de classe, possibilitando a tomada de providências para movimentar as estruturas sociais na direção da mudança. Inobstante o vasto caminho já percorrido, alguns contextos de violação impostos às mulheres seguem invisibilizados diante da naturalização de sua ocorrência no âmbito social. É o caso da violência obstétrica.

A violência praticada contra a mulher em período gestacional não é uma novidade na sociedade patriarcal ocidental, mas sua nomeação como violência obstétrica é um fenômeno recente, que trouxe visibilidade a este antigo problema. Associada à reivindicação do saber sobre o corpo feminino pela medicina, a violência obstétrica atinge todas as mulheres que se encontram em estado gestacional, seja no pré-natal, na gestação, no puerpério ou em situação de abortamento e perdas gestacionais.

Ocorre quando são violados os direitos das mulheres pelos profissionais do sistema de saúde, neles compreendidos médicos, enfermeiros, auxiliares técnicos e administrativos. É uma violência institucional. Pode ser cometida através de tratamento desrespeitoso, violência verbal ou física, restrição da liberdade de movimento, uso de amarras, algemas ou constrição física por terceiros, negativa de ingestão de líquidos ou alimentos, recusa da presença de um acompanhante durante todo o atendimento, parto e pós-parto, recusa ou demora no tratamento, negativa de recursos para alívio da dor, farmacológicos ou não, restrição da autonomia privada, realização de procedimentos sem consentimento da parturiente, ou sem indicação clínica, recusa ou negligência de informações relativas ao processo gestacional, parto e abortamento. Ainda que vários tipos tenham sido aqui elencados, não se trata de uma lista exaustiva, pois a violência obstétrica assume muitas e assustadoras formas.

Uma das formas de violência obstétrica que ganhou notoriedade nos últimos anos, é a realização de cirurgia cesariana sem indicação clínica. Isto porque a Organização Mundial de Saúde direcionou seus esforços na questão da morte materno-infantil e buscou a identificação de fatores que concorrem para os altos índices mundiais, inobstante a existência de técnicas e tecnologia capazes de evitar grande parte da ocorrência de tais mortes, na atualidade. Dentre um dos fatores apontados como responsável por este cenário está a alta incidência de intervenções médicas nos partos, o que levou a OMS ao incentivo à redução desta via de parto. O órgão recomenda que no máximo 15% dos partos sejam realizados através de cirurgias cesarianas, mas no Brasil o percentual é de aproximadamente 52% dos partos realizados. Considerando-se somente os dados referentes aos hospitais particulares, este índice sobe para alarmantes 88% e, considerados aqueles realizados no setor público, o índice é de 46%.¹ Esta não é, no entanto, a única forma de intervenção nos partos e outro índice que chama a atenção é o percentual de episiotomias realizadas, que, no Brasil é de 53%, quando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde é que não ultrapasse 10%. A episiotomia é

¹Projeto Nascer Brasil Fundação Oswaldo Cruz
<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>

um corte realizado no períneo da mulher com o objetivo de ampliar a passagem para o bebê. Por ser um corte profundo na musculatura, aumentando o risco de infecções, desconforto e até sequelas, sua realização rotineira não é recomendada pela OMS.

Importante ressaltar que a publicação pela OMS de tais recomendações foi impulsionada por movimentos sociais que buscam a revisão dos protocolos médicos de atenção ao parto, cuja iniciativa pode ser identificada desde os anos de 1950 e deram origem ao que hoje se conhece como movimento pela humanização do parto. Outro fator extremamente relevante na tomada de providências pela OMS é a atuação de movimentos feministas e organizações não governamentais, em âmbito global, para denúncia do tratamento violento direcionado às mulheres em situação gestacional, que foi potencializado pelo surgimento da internet, com a utilização, inicialmente, de mensagens eletrônicas e posteriormente, das redes sociais, multiplicando exponencialmente o alcance e a troca de informações.

Este lento processo de tomada de consciência coletiva, resultado de um maior acesso à informação e da mobilização das mulheres na troca de experiências e alertas sobre o tema, possibilitou a verificação da violência obstétrica e suas múltiplas formas de ocorrência como um evento de incidência mundial desencadeando estudos em várias áreas do conhecimento, que reconhecem sua ocorrência como uma forma de violação aos direitos sexuais e reprodutivos², bem como uma forma de violência de gênero. Como resultado deste amplo debate, alguns países adotaram legislações de proteção dos direitos das mulheres no atendimento médico direcionado ao período gestacional, e outros chegaram a editar leis conceituando a violência obstétrica³.

² A OMS e a ONU declaram expressamente a violência obstétrica como uma forma de violação aos direitos fundamentais das mulheres através dos documentos Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde e *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*, respectivamente.

³ Leis definindo violência obstétrica são encontradas na Argentina, na lei 26.485, na Venezuela, no artigo 15 da Lei Orgânica sobre o direito da Mulher a uma vida livre de Violência e no México, na lei 180/2014. Leis referentes aos direitos das gestantes e parturientes são encontradas no Brasil, na Bolívia e no Panamá. No Brasil também são

No caso brasileiro, pode ser observada a tomada de providências pelo poder público nos últimos anos, com a implementação de uma série de programas que visam a melhoria da atenção voltada à saúde da mulher e da criança desde o parto⁴.

Mesmo assim, o Brasil ainda segue na contramão da tendência mundial, lutando contra altos índices de mortalidade materna e infantil, precariedade do atendimento de saúde da maioria da população usuária da rede pública, o que influi diretamente na ocorrência de violência obstétrica e uma resistência por parte do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina ao reconhecimento da violência obstétrica e da aceitação das medidas de prevenção. Esta resistência resultou na adoção de uma postura contraditória do Ministério da Saúde, recentemente, ao publicar um despacho em 03/05/2019, proibindo o uso institucional da expressão violência obstétrica, em atenção a um parecer do Conselho Federal de Medicina.

Um outro fator que contribui para inserir o Brasil entre os países com os piores indicadores relacionados à violência obstétrica é a cultura médica intervencionista de atenção ao parto, que compreende a realização de procedimentos invasivos, sem que haja indicação clínica, tais como a episiotomia, utilização de hormônios para acelerar ou retardar o andamento do parto, repetidos exames de toque, raspagem de pelos pubianos, lavagem intestinal e manobra de Kristeller. A cultura intervencionista, no caso brasileiro, levou a uma compreensão dos procedimentos cirúrgicos como sendo característicos de qualidade no atendimento e, portanto, almejados como ideal. Dentro deste cenário, insere-se a realização de cirurgias cesarianas sem indicação clínica, em virtude de uma suposta comodidade e segurança, como dia e hora marcados para acontecer e rapidez do procedimento. O incentivo desta via de parto, no entanto, nem sempre ocorre com base em premissas honestas, levando muitas mulheres a aceitarem a

encontrados os seguintes projetos de lei que buscam definir a violência obstétrica: PL 7633/2014, PL 7867/2017, PL 8219/2017 e PL-878/2019, na Câmara dos Deputados.

⁴ Nos últimos anos foram implementados os seguintes programas e políticas de saúde direcionados à mulher: Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000) Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (2003), Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2014) Rede Cegonha (2011)

indicação cirúrgica com base no medo fundamentado em informações que supervalorizam os riscos do parto vaginal.

Outra face, especialmente cruel da violência obstétrica, é sua manifestação pela negativa de prestação adequada de atenção médica manifestada no contexto de preconceito e racismo institucional, que atinge a maior parcela da população, através de pré-natal inadequado, recusa na realização de procedimentos de alívio da dor, tratamento violento da mulher, agravando ou ocasionando sofrimento, recusa ao atendimento, gerando a peregrinação à procura de leito hospitalar e negativa de realização de parto cirúrgico, quando há indicação.

Diante deste cenário impressionante, o objetivo da pesquisa é analisar a violência obstétrica, a partir de sua compreensão como violência de gênero e identificar de que forma sua ocorrência encontra espaço na sociedade, com referencial teórico em Michel Foucault, para investigação das relações de poder-saber que se ramificam pela sociedade e possibilitam a invisibilidade das violações de direitos das mulheres em situação gestacional. Outra pretensão do trabalho é identificar os mecanismos de prevenção e reparação presentes na legislação brasileira. Considerando que o ambiente jurídico ainda carece de maiores investigações acerca do tema, a abordagem proposta se dá a partir dos processos de desrespeito aos direitos fundamentais das mulheres no atendimento relacionado à gestação.

Assim, o trabalho é iniciado com a análise do conceito de violência obstétrica no Brasil, por meio de sua compreensão como violência de gênero, tomando como marco teórico a abordagem de Michel Foucault sobre o exercício do poder no controle da sexualidade, considerando a contribuição do discurso científico na conformação de papéis atribuídos aos gêneros na sociedade patriarcal capitalista e a constituição da figura feminina como ser desviante. O esforço de compreensão da temática também contatará com as contribuições de Judith Butler, na medida em que questiona as construções de gênero baseadas na biologia, como uma formação fora da cultura e da história. O estudo busca, ainda, analisar o controle sobre a mulher na sociedade através do viés da desumanização imposto pelo racismo, capaz de acarretar as formas mais brutais de violência, bem como sobre as mulheres vulneradas por outros fatores, abordando a temática da humanização do parto

sob estas óticas, considerando o modelo intervencionista de atenção médica brasileiro, que desconsidera a produção científica atual sobre o assunto. Tomando como base o posicionamento de organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, e as previsões internacionais de direitos humanos das mulheres acolhidas pelo governo brasileiro, serão apresentados os cenários de violência encontrados nos hospitais nacionais.

No capítulo seguinte será abordada a medicalização do corpo feminino e seus impactos sobre o protagonismo das mulheres no processo gestacional. Ainda contando com a perspectiva de Foucault, o texto buscará relacionar o surgimento e desenvolvimento da especialidade de ginecologia e obstetrícia com a exclusão da mulher da cena do parto e a consolidação do poder médico sobre o corpo feminino. A hospitalização do parto identificada como a última fase na concretização do processo de disciplina e controle da mulher no ambiente social, contemplando todas as classes, ainda que de formas distintas, através da construção de um modelo de parto ideal, cirúrgico e centrado na figura do médico, que se valeu do embrutecimento da atenção dirigida ao parto vaginal e do processo de medicalização dos corpos. Tomando como base o conceito foucaultiano de biopolítica, será realizado um esforço de reflexão a respeito da violência obstétrica como mecanismo de controle dos corpos femininos a partir da medicalização que lhes é imposta ou negada, em função da posição social que ocupam. O processo de medicalização dos corpos femininos será abordado a partir da dupla vertente de super ou sub medicalização, a depender da condição socioeconômica ou racializada da mulher.

O último capítulo buscará traçar a evolução da tutela jurídica da violência obstétrica no Brasil, desde o reconhecimento internacional dos direitos das mulheres como direitos humanos e as dificuldades no reconhecimento de tais direitos na prática obstétrica, diante da normalização dos padrões violentos de atendimento médico. Serão consideradas as tensões e resistências dos órgãos de classe neste cenário, com a abordagem do posicionamento dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, contrários aos anseios dos movimentos sociais e aos esforços do Ministério de Saúde em modificar os atores e suas funções na cena do parto. Será abordado como tais

tensões se refletem na prática diária de desrespeito à dignidade humana, à integridade física, à privacidade, ao direito à informação e à vida, cometidas nas instituições de saúde. Finalmente, serão abordadas as possibilidades de prevenção da violência obstétrica e reparação dos danos, através dos mecanismos jurídicos disponíveis no direito brasileiro.

Toda a análise é feita com o esforço de compreensão a partir da ótica da teoria interseccional proposta por Kimberlé Crenshaw para um diagnóstico mais amplo das sobreposições de vulnerabilidades a que estão submetidos os variados grupos de mulheres da sociedade brasileira, contando com as contribuições das intelectuais do movimento feminista negro no Brasil, em especial Sueli Carneiro. O trabalho conta ainda com as perspectivas levantadas pelos estudos de Simone Diniz, em sua vasta contribuição sobre a violência obstétrica, que também ampara a compreensão de termos médicos que são abordados nesta pesquisa somente em vista da melhor compreensão do problema.

2

Conceituando violência obstétrica

2.1

Violência obstétrica: uma violência de gênero

Violência obstétrica é o termo que tem sido utilizado para definir o tratamento que viola os direitos das mulheres durante o atendimento relacionado ao processo gestacional e seu surgimento pode ser atribuído à crescente demanda promovida por redes de articulação feministas e organizações não governamentais no mundo, que vêm dando visibilidade aos relatos de sofrimento e privações experimentados pelas mulheres. A identificação do fenômeno como algo que ocorre em escala global, nos mais variados contextos sociais trouxe à tona a necessidade de sua nomeação. Afeto às questões de saúde sexual e reprodutiva, o tema tem sido objeto de estudos em variadas áreas do conhecimento, há tempos, mas a sua compreensão como uma questão que envolve a violência estrutural contra as mulheres pode representar uma nova forma de enfrentamento.

A expressão, utilizada em vários países da América do Sul⁵, não consta em nenhuma legislação de aplicação internacional referente aos direitos humanos, mas é adotada pela ONU no recente relatório que trata sobre o tema da violação aos direitos humanos das mulheres⁶. Não se trata, no entanto, de uma expressão amplamente aceita no Brasil, pois causa polêmica na

⁵ CR Williams, C Jerez, K Klein, M Correa, JM Belizán, G Cormick indicam Argentina Venezuela, que utilizam o termo na América do Sul, México e Panamá também utilizam a expressão violência obstétrica. Os autores ainda mencionam a Bolívia como sendo um dos países que possuem legislação referente à proteção dos direitos das mulheres referentes ao período gestacional, sem, no entanto, utilizarem a nomenclatura, violência obstétrica. *Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth*. Publicado em 04/05 2018, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>. Obtido no endereço: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15270>. Acesso em 17/02/2020.

⁶ *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence* – ONU. 2019. obtido no endereço <https://undocs.org/en/a/74/137> acesso em 18/10/2019.

comunidade médica, diante da vinculação da atuação do profissional de saúde a uma conduta de violação de direitos cometida contra a mulher que está sob seus cuidados, em contradição à própria natureza da profissão⁷. Tamanho é o desconforto com a expressão, que o Ministério da Saúde chegou a recomendar que o termo não fosse mais utilizado de atendendo aos apelos do Conselho Federal de Medicina⁸, ainda que posteriormente, respondendo a um ofício do

⁷Sobre o termo violência obstétrica, NIY, Denise Yoshie, ALONSO, Bruna Dias, MORENO, Bruna Silveira, DINIZ, Carmen Simone Grilo “No entanto, o uso do termo “violência” tem gerado polêmicas no país, sobretudo entre os profissionais médicos, que propõem ainda a categoria “violência contra o obstetra”. Dessa forma, recorre-se a outras denominações, como: desumanização, abuso, desrespeito, maus-tratos, entre outros, como maneira de possibilitar o diálogo com os diferentes atores envolvidos na assistência à gestação e ao parto.” *Violência obstétrica nos estudos brasileiros sobre assistência ao parto: definições em construção*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 93.

Ainda sobre o termo, Hirsh e Mendonça aduzem: “O termo “violência obstétrica”, nesse sentido, tornou-se um guarda-chuva que, de maneira ampla, agrega as diferentes percepções acerca do que seja violência, propiciando uma aproximação entre mulheres de diferentes classes sociais.” HIRSH, Olivia, MENDONÇA, Sarah. *Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 90.

⁸ Íntegra do despacho do Ministério da Saúde emitido em 03/05/2019: “Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.

Embora não haja consenso quanto à definição desse termo, o conceito de “violência obstétrica” foca a mulher e o seu momento de vida (gestação, parto ou puerpério).

A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional 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”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.

O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.

O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela melhor evidencia científica disponível, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde.

Neste sentido, estratégias têm sido fortalecidas para que o cuidado materno seja cada vez mais qualificado, principalmente no que se refere à diminuição da mortalidade materna, mortalidade infantil, prevenção de danos decorrentes de intervenções necessárias para a preservação da vida do binômio mãe-bebê e na relação de cuidado e afetiva mãe-filho. Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano.

Esforços institucionais são empreendidos por este Ministério da Saúde com a implementação de uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros, na busca de qualificar a atenção ao parto

MPF⁹ que questiona sobre a abolição da utilização do termo, tenha reconhecido a legitimidade das mulheres em utilizar os termos que melhor entendessem adequados, mas sem notificação formal do órgão quanto à autorização para que o termo seja utilizado em suas normas e comunicações oficiais.

Diniz et al, em recente levantamento a respeito da utilização da expressão nos estudos referentes à assistência ao parto, no Brasil, pensando na melhor forma para a sua compreensão, não somente em relação à avaliação da relação entre profissionais e gestantes, mas também como meio de assegurar a qualidade e a segurança dos serviços e do sistema¹⁰, propõe a sua utilização, nos seguintes termos:

“A partir do que foi exposto, e de forma tentativa, propõe-se compreender a violência obstétrica como situações ou condutas vivenciadas pela mulher na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva e que possam

e nascimento, necessitando fortalecer parcerias em um processo multidisciplinar. Nessa perspectiva, têm-se intensificado esforços de aproximação com a academia, conselhos de especialidades e sociedades científicas para discussões ampliadas.

Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

Encaminha-se ao GAB/SAS para prosseguimento.” Obtido através do Sistema Eletrônico de Informação do Ministério da Saúde.

⁹ A manifestação do Ministério da Saúde causou manifestações de repúdio pelo MPF, pela OAB e pela Anadef – Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais. Na sua recomendação o MPF afirma “Que, negar o termo "violência obstétrica", pregar a "abolição de seu uso" e afirmar-se "ser expressão inadequada", é negar a existência efetiva da violência no parto, sofrida por milhares de mulheres no Brasil e no mundo, conforme diversas pesquisas já publicadas e dezenas de denúncias recebidas nos autos do inquérito civil 1.34.001.007752/2013-81.” Afirma, ainda, que a violência obstétrica é violência de gênero a ser reconhecida e combatida pelo Estado. A OAB, por sua vez, afirma que “O ato de amenizar condutas violentas cometidas contra as mulheres, sem observar casos específicos e o reflexo do despacho no mundo jurídico, fere o artigo 20 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Também contraria fortemente as políticas públicas de proteção e erradicação da violência contra a mulher e a Convenção de Belém do Pará, além da já citada Lei Federal nº 10.778/2003.” A nota da Andef aduz que: “A Anadef julga a extinção do termo um verdadeiro preciosismo político, visto que a justificativa do Governo Federal foi associá-lo ao viés ideológico. A cinco dias do Dia das Mães, é inquestionável o retrocesso nos direitos das mulheres promovido pelo Ministério da Saúde com a medida, que está na contramão do trabalho realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pautado na redução da mortalidade materna, em muitos casos provocada pela violência obstétrica.”. Informações obtidas na notícia publicada no site Migalhas, em 10/05/2019, no endereço <https://www.migalhas.com.br/quentes/302078/violencia-obstetrica-mpf-e-entidades-repudiam-orientacao-do-ministerio-da-saude-de-abolir-termo>.

¹⁰ NIY, Denise Yoshie, ALONSO, Bruna Dias, MORENO, Bruna Silveira, DINIZ, Carmen Simone Grilo. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. pg. 118.

resultar em dano ou sofrimento físico ou emocional ou impedimento ao exercício de seu direito de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e emocional, incluindo-se aí o seu direito a receber informações claras sobre seu estado de saúde e seu direito a decidir autonomamente sobre seu corpo e seus processos reprodutivos, com garantia de atendimento livre de discriminação e coerção.”¹¹

Inobstante as dificuldades com relação à aceitação do termo, o fato é que a discussão sobre o fenômeno vem ganhando força e recebendo atenção em várias frentes. A Organização Mundial de Saúde, após uma pesquisa realizada em vários países que constatou a ocorrência de tratamento violento das mulheres no sistema de saúde ao redor do mundo, publicou um documento denominado “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”¹², declarando que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação”, destacando o seguinte:

“Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.(5) Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos.”

Reconhecendo que a recorrência deste cenário de violências é um problema de saúde pública mundial e ressaltando que estas condutas se caracterizam como formas de violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres, o documento convoca a comunidade internacional ao debate e,

¹¹ *Ibidem.*

¹² O documento foi publicado em 2014, Íntegra obtida no endereço http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=95014115350CC7C8907822D6703D4339?sequence=3. Último acesso em 14/02/2020.

para melhora das condições de atendimento das mulheres, recomenda que os governos passem a adotar medidas preventivas que envolvam a sociedade no processo de reconhecimento e valorização dos direitos das mulheres, bem como na produção de dados referentes às práticas na assistência de saúde.¹³

A percepção da violência obstétrica como uma forma de violência de gênero possibilita novas formas de observação das dinâmicas que impulsionam a violação dos direitos das mulheres neste ambiente que deveria incitar o cuidado. A identificação da violência obstétrica como um fenômeno de ordem mundial está associada ao seu reconhecimento como uma forma de violência contra as mulheres e, neste sentido demanda uma investigação mais profunda. A opção por esta terminologia, violência de gênero, está fundamentada na compreensão de que sua ocorrência não se limita a um tipo específico de relação (doméstica ou médico-paciente), mas sim a todas as relações sociais, através de um contexto de desigualdade entre os gêneros. Suely Souza de Almeida afirma que a “violência de gênero designa a produção da violência em um contexto de relações produzidas socialmente. Portanto, seu espaço de produção é societal e o seu caráter é relacional”¹⁴. E segue afirmando que este tipo de violência necessita de um contexto de desigualdades de gênero, “que integram o conjunto das desigualdades sociais estruturais que se expressam no marco do processo de produção e reprodução das relações fundamentais – as de classe, étnico-raciais e de gênero”¹⁵.

¹³ As medidas a serem adotadas são assim elencadas:

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

¹⁴ ALMEIDA, Suely de S. “Essa Violência mal-dita”. *Violência de gênero e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007.

¹⁵ O Relatório Especial da ONU afirma que os Estados partícipes também a obrigação, pela Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres de buscar, de todas as formas possíveis e sem demora, uma política de eliminação da discriminação e violência de gênero contra mulheres, incluindo no campo de saúde. Segundo o relatório, esta é uma obrigação de natureza imediata e atrasos não são justificáveis de forma alguma, nem mesmo econômica, cultural ou religiosa. *Ibidem*, pg. 6, item 10.

Para a análise das hierarquias de gênero, toma-se como referencial a investigação de Foucault sobre o exercício do poder, na qual o autor o analisa como uma forma de ação sobre a ação dos outros, desvinculado de um fim bom ou mal¹⁶, que não se resume a uma instituição, mas sim corresponde a uma “situação estratégica complexa numa sociedade determinada”¹⁷. E como tal, está ramificado pela sociedade, afetando ao mesmo tempo em que é afetado pelas resistências a ele opostas. Partindo desta ótica, verifica-se uma possibilidade de compreensão dos mecanismos que possibilitam esta desigualdade de gênero na formação social, perpetuando a violência estrutural normalizada contra as mulheres. Segundo o autor, a construção de uma rede de saberes-poderes que permitiu a formação de discursos científicos sobre a diferença sexual entre masculino e feminino e a atribuição de características a cada um, operou a conformidade de papéis e desempenho de funções na sociedade¹⁸.

Esta diferenciação compreendeu não só o aspecto físico dos corpos, mas também de ordem moral e social, com a caracterização da figura feminina como mais frágil e com capacidades intelectuais menos valorizadas que aquelas atribuídas à figura masculina. O desenvolvimento das ciências a partir de um viés biológico determinante entre os corpos feminino e masculino, possibilitou o encerramento da mulher a uma condição de inferioridade na sociedade ocidental, além da formação de um ramo da ciência com pretensões de especialidade sobre o “corpo feminino”, sobre os seus padrões de comportamento e supostas enfermidades a ele inerentes. Por meio de tais debates foi possível a adoção de políticas públicas de controle da natalidade e a crescente medicalização de seus corpos para os mais variados fins.¹⁹

¹⁶ AGUIAR, Janaína Marques. *Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Medicina da USP, 2010. Pg. 38.

¹⁷ FOUCAULT, Michel. “A História da Sexualidade: a vontade do saber”. Rio de Janeiro: Paz&Terra, 2017. pg. 101.

¹⁸ Ibidem, pg. 113. Considerando a sexualidade como um elemento dotado de muita instrumentalidade, capaz de servir às mais variadas estratégias nas relações de poder, o autor organiza em quatro, o que denomina de “grandes conjuntos estratégicos” nos quais identifica o desenvolvimento de dispositivos específicos de saber e poder estratégicos sobre o sexo a partir do século XVIII, que são: a histerização do corpo da mulher; pedagogia do sexo da criança; socialização das condutas de procriação e psiquiatrização do prazer perverso.

¹⁹ No Dossiê Violência Obstétrica: “Parirás com Dor”, apresentado na CPMI da Violência Contra Mulheres do Senado Federal, pela Rede Parto do Princípio, ao abordar a questão do

A atribuição do papel doméstico e de geração e criação de filhos sentenciou a posição da mulher na esfera privada da estrutura social capitalista ocidental, sob a tutela da figura masculina, naturalizando a perpetuação do ciclo dos processos de violência que se iniciava no âmbito familiar, em uma estrutura hierarquizada da sociedade. As mulheres submetidas a marcadores étnicos no caso brasileiro, por sua vez, sofreram a naturalização dos processos de violência provenientes da estrutura escravocrata da sociedade, restando vinculadas a um imaginário ora erotizado, ora embrutecido, que delimitou sua participação social a atividades a serviço da manutenção da organização social racista, hierarquizada e segregadora²⁰.

Tomando como base estes dois cenários de possibilidades da concepção da visão e papel da mulher na sociedade, quais sejam, mulheres destinadas à vida doméstica na condição de “protegidas” na estrutura

papel social atribuído à mulher como fator desencadeador de violências na atenção relacionada ao período gestacional é apresentado estudo de Aguiar, no qual é afirmado: “Estes maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto ao gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica. [...] se considerarmos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência nesse campo é fundamentalmente uma violência de gênero. E, uma vez que o próprio conceito de gênero está interligado a fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e étnicos, já que as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual estão inseridas, esta violência perpetrada nas maternidades (públicas ou privadas) é atravessada também por estas questões.” Pgs. 50 e 51.

²⁰ “O mito da “democracia racial” enfatiza a popularidade da mulata como “prova” de abertura e saúde das relações raciais no Brasil. No entanto, sua posição na sociedade mostra que o fato social exprime-se corretamente de acordo com o ditado popular. Nessa versão, há o reconhecimento geral do povo de que a raça negra foi prostituída, e prostituição de baixo preço. Já que a existência da mulata significa o “produto” do prévio estupro da mulher africana, a implicação está em que após a brutal violação, a mulata tornou-se só objeto de fornicação, enquanto a mulher negra continuou relegada à sua função original, ou seja, o trabalho compulsório. Exploração econômica e lucro definem, ainda outra vez, seu papel social.” (NASCIMENTO, pg. 75, 2016) O autor se refere ao ditado popular: Branca para casar/Negra para trabalhar/Mulata para fornicar.

Sobre este tema, Pires e Stanchi: “Objeto de propriedade do senhor de engenho, a mulher negra não era considerada pessoa humana, sujeito, por estar na zona do não ser. Seus corpos eram violados pelo estupro, pela chibata e pelos trabalhos exaustivos.” Racismo Institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra. PIRES, THULA. STANCHI, Malu. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

patriarcal e mulheres destinadas à exploração para serviço desta sociedade patriarcal, encontramos dois caminhos distintos de atenção da saúde e atendimento médico destinados à mulher. Isto porque, dentro da estrutura hierarquizada da sociedade, a violência de gênero atinge de forma distinta as mulheres, uma vez que se une ao racismo e às questões de classe, resultando em um acúmulo de processos de opressão e violência que recaem sobre a maior parte da população feminina brasileira, tornando-se parte constitutiva das bases do tecido social do nosso país.

É neste contexto de complexidade dos mecanismos de violência, decorrentes das desigualdades de gênero e estruturas racistas, criadas e mantidas na sociedade moderna ocidental por força das estratégias de poder, que se encontra a normalização dos comportamentos violentos direcionados à mulher. E tais violências são perpetradas não só pelos indivíduos do sexo masculino, mas também por outras mulheres, em uma repetição de padrões conformados de comportamento que resultam na manutenção de condições de controle que se impulsionam repetidamente no tecido social²¹.

Não se trata de uma vontade de cometer violação de direitos ou violência contra a mulher, mas sim o convencimento, pautado na construção social, de que a ela é possível cometer atos, que em outros contextos seriam claramente compreendidos como violadores de direitos, em função da posição ocupada pelo agente naquele cenário, bem como da posição ocupada pela mulher, não só naquele cenário, mas especialmente nele, e em todo o contexto social. O corpo denominado feminino passa a ter uma dimensão expropriável, passível de manipulação independente da sua concordância, e tal situação é legitimada pela ciência.

A partir da análise de Foucault, Sadler et al afirmam que a violência obstétrica pode ser observada como uma forma de reposicionar os corpos femininos na condição de submissão e passividade a eles “inerentes”, diante do comportamento indisciplinado e, em certa medida, oposto à feminilidade,

²¹ Tratando a questão da violência de gênero sob a ótica do patriarcado, Heleieth Saffioti destaca a sua eficiência na manutenção de padrões repressivos que operam independente da presença da figura patriarcal, pois outros agentes sociais se encarregam da repetição de comportamentos de dominação. SAFFIOTI, Heleieth. I. B. “Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.” Labrys, Estudos Feministas. Revista Eletrônica, n. 1-2, Jul./Dez. 2002.

que a mulher apresenta quando está parindo²². É esta rebeldia do parto que levaria à atuação condescendente e violenta contra a mulher, nascida da necessidade de controle daquele corpo indisciplinado pelo ambiente hospitalar.

Em Foucault vamos encontrar o corpo da mulher, tornado objeto de estudo a partir das diferenças do corpo do homem, sofrendo um processo de análise para ser então qualificado e desqualificado, entendido como “integralmente saturado de sexualidade”, portador de uma patologia a ele inerente, que o mantém sujeito às práticas médicas, vinculado ao corpo social, ao espaço familiar e à vida das crianças, com as funções e regulações da reprodução, da vida doméstica, cuidado e educação dos filhos, de idosos e doentes²³. Como objeto destes estudos, deste olhar da ciência, da medicina, um olhar fundante do indivíduo²⁴, a mulher foi colocada em um lugar na sociedade e a ela foram atribuídas determinadas funções.

Importante ressaltar que este olhar, ao qual Foucault dedicou o estudo sobre a prática médica do século XVIII, é um olhar comparativo. A observação dos padrões desviantes no indivíduo é o que indica a patologia, é o que possibilita o diagnóstico, o que é possível mediante o estabelecimento dos próprios padrões a serem observados, padrões estes, fixados a partir do ideal considerado do corpo do homem. Vista a partir deste ideal, a mulher sempre está aquém ou desviante.

O controle da sexualidade, o poder exercido sobre o sexo, como campo de disputa de interesses políticos encontra grande atuação sobre a figura feminina, sobre o corpo da mulher. Isto porque, a estratégia de controle sobre este corpo permite o direcionamento da sociedade, seja mediante o controle populacional, ora incentivando o aumento ora a redução da população, seja mediante a manipulação das insatisfações, através do incentivo aos prazeres como mecanismo de distração. O corpo desviante é

²² SADLER, Michelle; SANTOS, Mário JDS; RUIZ-BERDÚN, Dolores; ROJAS, Gonzalo Leiva; SKOKO, Elena; CLAUSEN, Patricia Gillen & Jette A. *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. *Reproductive Health Matters*, 24:47, 47-55, <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>. Último acesso em 17/02/2020.

²³ FOUCAULT, Michel. *A História da Sexualidade: a vontade do saber*. Rio de Janeiro: Paz&Terra, 2017, pg. 113.

²⁴ *Ibidem*.

objeto da naturalização das mais variadas formas de violência, dependendo das estratégias de poder em curso.

Intelectuais feministas se debruçaram sobre a questão da construção do corpo feminino como o “outro” do masculino, na busca por esta quebra de paradigma, sendo que mais recentemente, Judith Butler analisou a questão da construção social do sexo e do gênero, para fazer uma crítica aos movimentos feministas por se valerem da utilização do termo mulher, como um sujeito universal e da estrutura heterossexual como ponto referencial, em suas pretensões emancipatórias.

Para a autora, a atuação política para a ruptura com os mecanismos de opressão que recaem sobre as mulheres, passa pela revisão da utilização da própria categoria “mulher” pelos movimentos feministas. Seu ponto de vista apresenta uma inovação ao questionar a definição do conceito “mulher”, como um caráter restritivo, na medida em que, ao mesmo tempo que define uma identidade para o movimento feminista através da figura da mulher, marca uma exclusão, visto que o termo comporta uma definição de sujeito forjado na própria estrutura opressora da qual o movimento busca a emancipação, como afirma

Assim, o sujeito feminista se revela discursivamente constituído, e pelo próprio sistema político que supostamente deveria facilitar sua emancipação, o que tornaria politicamente problemático, se fosse possível demonstrar que esse sistema produz sujeitos com traços de gênero determinados em conformidade com um eixo diferencial de dominação, ou os produz presumivelmente masculinos. Em tais casos, um apelo acrítico a esse sistema em nome da emancipação das “mulheres” estaria inelutavelmente fadado ao fracasso.

E ainda

A crítica feminista também deve compreender como categoria das “mulheres”, o sujeito do feminismo, é produzida e reprimida pelas mesmas estruturas de poder por intermédio das quais se busca a emancipação.²⁵

²⁵ Butler, Judith. “Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.” Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2017, pgs. 19 e 20.

Butler problematiza a concepção que distingue sexo e gênero ao atribuir o primeiro à biologia e o segundo à cultura e questiona a possibilidade de os atributos de gênero poderem não ser correspondentes aos corpos de forma fixa, mas sim flutuante, quando pensados de forma radicalmente independente do sexo. Entendendo gênero como um conceito que pode ter abordagens variáveis no contexto histórico, a autora considera que não se pode definir pessoas a partir de uma única categoria, já que temas como raça, classe e orientação sexual também as compõem. Butler afirma, ainda, a impossibilidade de se defender uma identidade universal estável, bem como de uma estrutura universal de denominação das mulheres, fixa no patriarcado.

Para a autora, tanto sexo quanto gênero estão no campo da construção cultural, já que esta é perpassada pelas relações de poder de determinados contextos históricos da sociedade, a fim de possibilitar a manutenção de estruturas desejadas. A identidade, sob este aspecto, teria a função de garantir a estabilidade de sexo e gênero, na forma de uma imposição normativa coerente com os mecanismos de conformação e perpetuação das estruturas sociais, como podemos observar:

Enquanto a indagação filosófica quase sempre centra na questão do que constitui a “identidade pessoal” nas características internas da pessoa, naquilo que estabeleceria sua continuidade ou autoidentidade no decorrer do tempo, a questão aqui seria: em que medida as *práticas reguladoras* de formação e divisão do gênero constituem a identidade, a coerência interna do sujeito, e, a rigor, o *status* autoidêntico da pessoa? Em que medida é a “identidade” um ideal normativo, ao invés de uma característica descritiva da experiência? E como as práticas reguladoras que governam o gênero também governam as noções culturalmente inteligíveis de identidade? Em outras palavras, a “coerência” e a “continuidade” da “pessoa” não são características lógicas ou analíticas da condição de pessoa, mas, ao contrário, normas de inteligibilidade socialmente instituídas e mantidas. Em sendo a “identidade” assegurada por conceitos estabilizadores de sexo, gênero e sexualidade, a própria noção de “pessoa” se veria questionada pela emergência cultural daqueles seres cujo gênero é “incoerente” ou “descontínuo”, os quais parecem ser pessoas, mas não se conformam às normas de gênero da inteligibilidade cultural pelas quais as pessoas são definidas.

A contribuição da autora sobre a formação dos conceitos de sexo e gênero na sociedade e suas críticas ao feminismo apresentam uma nova lente

de percepção dos mecanismos de opressão e formas de combatê-los, de extrema relevância para o pensamento feminista²⁶.

Mecanismos de hierarquização de gênero, que perpetuam estruturas de opressão e naturalizam violências sobre os corpos desviantes estão na base do sistema capitalista, através de estruturas sociais centradas na figura patriarcal e são fundamentais para a compreensão da violência contra a mulher, especialmente no contexto brasileiro, ao qual foram acrescidos processos de desumanização de povos indígenas e negros, no processo de dominação e escravidão. A melhor compreensão de tais processos, no entanto, demanda o concurso das narrativas do movimento negro brasileiro, que buscam recontar a história nacional desmontando o mito da democracia racial. Com as intelectuais do movimento feminista negro aprende-se sobre a ocorrência diferenciada dos processos de violência de gênero entrelaçados à opressão do racismo, que afetam e moldam a construção da subjetividade da mulher negra, refletindo-se, na forma de expressão da violência obstétrica sobre as mulheres inseridas neste grupo social²⁷.

Analisando as conquistas do movimento feminista brasileiro, Carneiro destaca a necessidade da perspectiva da mulher negra, utilizando a expressão “enegrecer o feminismo”, para ressaltar não só a hegemonia identitária branca e ocidental no feminismo clássico, como “revelar a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminino construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais.”²⁸ Para a autora, o racismo leva à criação de gêneros subalternizados, tanto da identidade feminina, quanto da masculina, já que os homens negros são colocados em posição de “prestígio

²⁶ Analisando as contribuições de Butler para a nova perspectiva do feminismo, Adriana Vidal de Oliveira aponta as críticas por ela realizadas às obras de Julia Kristeva, por sua concepção da relevância do papel da maternidade para a mulher; de Monique Wittig, em função do dualismo criado pela ênfase na separação entre heterossexuais e homossexuais, especialmente sem considerar a possibilidade da reprodução de padrões de poder das relações heterossexuais nas relações homossexuais e, também por afastar as mulheres heterossexuais do feminismo; Com relação a Simone de Beauvoir, a crítica de Butler se concentra na noção de o gênero seria construído socialmente, mas o sexo não, sendo um atributo imutável do ser humano. OLIVEIRA, Adriana Vidal de. Dissertação de Mestrado “A Expressão Constituinte do Feminismo: Por uma retomada do processo liberatório da mulher”. PUC-Rio, 2007, pg. 143-153.

²⁷ Como referências do movimento feminista negro brasileiro, podem ser destacadas Lélia Gonzalez, Luiza Bairros e, mais recentemente, Djamila Ribeiro e Vilma Piedade.

²⁸ Carneiro, Sueli. Escritos de uma vida. Ed. Letramento, 2018, pg. 197.

inferior ao do gênero feminino racialmente dominante”.²⁹ Como consequência do que a autora denomina como dupla subvalorização há o rebaixamento do *status* do gênero pelo racismo, diante do estabelecimento de uma gradação para a equalização social que passa pela igualdade intragênero, na qual os parâmetros a serem alcançados são pautados pelas realizações dos gêneros dominantes, impondo que as mulheres negras, para alcançar o patamar de desigualdade entre homens e mulheres brancas, ultrapassassem as circunstâncias sociais dos homens negros, que encontram-se socialmente abaixo das mulheres brancas, segundo os indicadores sociais³⁰.

E ao tratar da questão da violência contra a mulher negra, assim explica a autora:

Tem-se reiterado que para além da problemática da violência doméstica e sexual que atingem as mulheres de todos os grupos raciais e classes sociais, há uma forma específica de violência que constrange o direito à imagem ou a uma representação positiva, limita as possibilidades de encontro no mercado afetivo, inibe ou compromete o pleno exercício da sexualidade pelo peso dos estigmas seculares, cerceia o acesso ao trabalho, arrefece as aspirações e rebaixa a autoestima.

Esses são os efeitos da hegemonia da “branquitude” no imaginário social e nas relações sociais concretas. É uma violência invisível que contrai saldos negativos para a subjetividade das mulheres negras, resvalando na afetividade e sexualidade destas.”

Pires e Stanchi, ao criticarem os movimentos feministas de humanização do parto, que analisam a questão da violência obstétrica com base na construção da figura da mulher não racializada como branca, ou seja, com base em uma construção hegemônica de humanidade que não considera as violências impostas às pessoas percebidas a partir da zona do não ser³¹, afirmam:

Nesta perspectiva, retoma-se a figura forjada da mulher culpada, concebida por instituições religiosas cristãs que impuseram aos corpos femininos o estigma da mulher virgem, ascética e casta. Nesse contexto, são resgatadas criticamente as funções sociais estipuladas às mulheres brancas, a patologização do parto, a naturalização da cesárea e a comercialização do

²⁹ *Ob. cit.* pg. 198.

³⁰ *Ob. cit.*, pgs. 198 e 199.

³¹ Racismo Institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra. PIRES, THULA. STANCHI, Malu. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 211.

processo gestacional e puerperal. Nesses termos, as tensões postas têm grande relevância ao arranjo da luta contra a violência obstétrica.

Ainda segundo as autoras, a violência obstétrica opera como um fator atuante no processo de extermínio da população negra, através do racismo institucional, que consiste na atuação sistêmica de negar acesso aos direitos a uma parcela da população, em razão de sua cor, cultura ou origem étnica³².

Diferentes formas de violência e opressão devem ser observadas na análise da violência obstétrica como as que incidem sobre as mulheres deficientes, aquelas inseridas no sistema carcerário³³ e pessoas transgênero, pois a abordagem, nesses contextos específicos, demanda uma verificação diferenciada das relações de poder, capaz de avaliar o acúmulo de opressões incidentes.

Mesmo havendo ocorrências diferenciadas sobre a população feminina³⁴, o fato é que o ‘termo violência obstétrica’ é utilizado para a caracterização da violação dos direitos da mulher no período gestacional³⁵. E,

³² *Ibidem*, pg. 222. As autoras apresentam a definição de Hamilton e Carmichael em *Black Power: Politics of Liberation in America*, nos seguintes termos: “O racismo institucional se constitui como ‘a falha coletiva de uma colonização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica’”. Logo, produz tratamentos e consequências precarizadas aos corpos e existências subalternizados, a partir de estruturas sistêmicas públicas e privadas fundadas e respaldadas pelo Estado.

Sobre o tema racismo institucional, Silvio Almeida afirma que este conceito teve importância fundamental ao demonstrar que o racismo não se restringe a atuação individual, bem como ressaltar a “dimensão do poder como elemento constitutivo das relações raciais, não somente o poder de um indivíduo de uma raça sobre outro, mas de um grupo sobre outro”, o que requer apoio das instituições. O autor, no entanto, apresenta o conceito de racismo estrutural, através do qual é possível compreender que as instituições reproduzem as condições da estrutura social previamente existentes, razão pela qual, a expressão de racismo que as instituições manifestam é fruto do racismo na sociedade. *Racismo Estrutural*. Ed. Pólen. São Paulo. 2019. Pgs. 37-47.

³³ A questão das mulheres deficientes e daquelas inseridas no sistema carcerário será analisada com mais detalhe no capítulo 4, com relação ao direito à integridade física.

³⁴ Importante ressaltar que, por população feminina, o presente estudo compreende mulheres e adolescentes cisgênero e transgênero, ainda que a abordagem da pesquisa tenha sido direcionada apenas àquele grupo, em função do reduzido tempo de um trabalho de mestrado. Sobre direitos reprodutivos e violência obstétrica contra a pessoa transexual, ver Heloísa Helena Barboza, *Violência obstétrica e os direitos da pessoa transexual gestante*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019

³⁵ O racismo também opera nas formas de violência e opressão sofridas pelas mulheres indígenas, devendo ser consideradas para a compreensão adequada da violência de gênero no Brasil e, consequentemente, na incidência da violência obstétrica. Este tema, no entanto, não foi abordado na pesquisa, em virtude de sua especificidade e complexidade, que fugiriam ao escopo do trabalho. A observância da complexidade do tema pode ser verificada nos dados apresentados pela Relatora Especial da ONU sobre os Direitos dos Povos Indígenas, Victoria Tauli-Corpos, em 2016, a questão da violência contra as mulheres indígenas requer maior coleta de dados para o enfrentamento adequado, ressaltando que além da violência doméstica,

mesmo que seja um termo combatido, ele já é foco de todo um movimento de conscientização para a necessidade de modificação de protocolos médicos e da revisão de condutas a serem adotadas na assistência ao parto, que envolve não só a mobilização da sociedade, como também estudos acadêmicos e científicos.

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo³⁶ aponta que uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Os dados de percentuais de cirurgias cesarianas e procedimentos de intervenção nos partos normais são alarmantes, no Brasil, em muito superando as recomendações da OMS.

Em atenção às crescentes demandas em prol dos direitos das mulheres, a Organização das Nações Unidas realizou um levantamento sobre relatos de violência obstétrica chegando à conclusão de que alguns eventos se caracterizam como verdadeiros casos de tortura³⁷. Partindo de uma abordagem de direitos humanos, o relatório compreende a violência obstétrica³⁸ como integrante da violência estrutural da sociedade patriarcal,

os casos de estupro são um problema grave. Marcia Wayna Kambeba, ativista dos direitos indígenas, em entrevista reproduzida no site da Agência Patrícia Galvão afirma que: “Mulheres indígenas sofreram esterilização forçada. Mulheres e crianças são violentadas e assassinadas por pistoleiros como forma de intimidar o povo a deixar a aldeia. Os responsáveis não são punidos. Na aldeia Tururucari-Uka, do povo Kambeba, as casas foram derrubadas várias vezes. A cacique de lá é uma mulher. Ela lutou bravamente e a aldeia hoje continua no mesmo lugar. Uma comunidade não indígena invadiu a aldeia na tentativa de expulsá-los. O líder da invasão disse aos Kambeba: pra que índio quer tanta terra?” Notícia publicada no endereço <https://agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/noticias-violencia/por-que-violencia-contras-mulheres-indigenas-e-tao-dificil-de-ser-combatida-no-brasil/>. Acesso em 17/02/2020.

Ainda sobre a questão das violências contra mulheres indígenas, Lívia Gimenes Dias da Fonseca aborda as dificuldades do diálogo entre as lideranças indígenas femininas e o Estado no artigo *A Construção Intercultural do Direito das Mulheres Indígenas a Uma Vida Sem Violência: a experiência brasileira*. Revista Latino Americana de Direitos Humanos, vol. 6., n 1. 2015. <http://dx.doi.org/10.18542/hendu.v6i1.2474>

³⁶ Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados - Fundação Abramo Perseu e SESC 2010, Pesquisa obtida no endereço https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files_pesquisaintegra.pdf. Consultado em 21/05/2019.

³⁷ Alguns exemplos apresentados pelo relatório da ONU são a utilização de uma técnica denominada simfisiotomia, na Irlanda até os anos de 1990, consistente na incisão na sínfise púbica para aumento da pelve, que deixou inúmeras mulheres com sequelas para o resto de suas vidas, o acorrentamento ou amarração das mulheres encarceradas durante o parto ou no pós-parto e a detenção de mulheres após o parto em virtude da incapacidade de pagamento dos custos hospitalares.

³⁸ O relatório se refere a violência sofrida pelas mulheres na atenção ao parto hospitalar utilizando o termo violência obstétrica

somada à falta de treinamento adequado do corpo de saúde quanto à compreensão dos direitos humanos das mulheres, e busca identificar as causas de sua ocorrência, bem como apresentar recomendações às nações sobre como assegurar que não ocorram. Diante da constatação da dificuldade de que a violência contra as mulheres na atenção gestacional seja efetivamente considerada uma violência, o relatório chama atenção que:

*...that the following definition of violence against women, as enshrined in article 1 of the Declaration on the Elimination of Violence against Women, is applicable to all forms of mistreatment and violence against women in reproductive health services and childbirth: “any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life”.*³⁹

O relatório se pauta na definição apresentada pela recomendação 19⁴⁰ do Comitê Para Eliminação de Toda a Discriminação Contra Mulher, de que violência de gênero é aquela que atinge as mulheres, por serem mulheres ou que as afeta de forma desproporcional. O relatório ainda destaca a Convenção de Belém do Pará como sendo o primeiro mecanismo a reconhecer a violência obstétrica como uma violação de direitos humanos, recomendando ações das nações para sua criminalização.

Dentre as conclusões do relatório, destaca-se a identificação da violência obstétrica como um evento que ocorre ao redor do mundo, atingindo mulheres de todos os contextos socioeconômicos. Importante notar que o relatório identifica a ocorrência de eventos de violência obstétrica em países

³⁹ Em tradução livre: ... “que a seguinte definição de violência contra a mulher , como previsto no artigo 1 da Convenção Eliminação de Toda a Discriminação Contra Mulher, é aplicável a todas as formas de abuso e violência contra a mulher nos serviços de saúde reprodutiva e parto; qualquer ato de violência de gênero que resulte em ou possa resultar em lesão física, sexual ou psicológica, ou sofrimento à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação de liberdade arbitrária, caso ocorra em público ou na vida privada.”

⁴⁰ “The definition of discrimination includes gender-based violence, that is, violence that is directed against a woman because she is a woman or that affects women disproportionately. It includes acts that inflict physical, mental or sexual harm or suffering, threats of such acts, coercion and other deprivations of liberty. Gender-based violence may breach specific provisions of the Convention, regardless of whether those provisions expressly mention violence.” General recommendations adopted by the committee on the elimination of discrimination against women, n 19 https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_E.pdf acesso em 15/11/2019

reconhecidos como de realidades econômicas estáveis, com altos índices de qualidade de vida ou com sistemas de saúde reconhecidos como eficazes⁴¹, revelando que este problema não está adstrito a localidades que enfrentam dificuldades financeiras ou problemas sociais decorrentes de economias instáveis ou de exclusão, mas sim relacionado ao gênero. Alguns países da América Latina reconheceram a necessidade de discussão sobre o assunto e efetivamente chegaram a editar leis tipificando a violência obstétrica como crime de gênero⁴². Na Argentina, a lei 26.485 assim afirma:

Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Na Venezuela, a violência obstétrica está definida no artigo 15 da Lei Orgânica sobre o direito da Mulher a uma vida livre de Violência como sendo:

*la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.*⁴³

O Brasil ainda não tem uma lei federal específica sobre violência obstétrica, mas existem quatro projetos de lei tramitando na Câmara dos Deputados com o objetivo tipificar a violência obstétrica⁴⁴, nos quais busca-se a exemplificação de atos que a caracterizam, dos direitos das mulheres no

⁴¹ No relatório há notícias de movimentos sociais contra a violência obstétrica na Suécia, Finlândia, Holanda e França.

⁴² Instituto Artemis, “Na Argentina e na Venezuela a violência obstétrica é reconhecida como um crime cometido contra as mulheres” <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>

PES, Fabiana Dal’Mas Rocha. *O Estado tem o dever de prevenir e punir a violência obstétrica*. MP no Debate, publicado em 07 de dezembro de 2015 no site Consultor Jurídico, no endereço eletrônico

<https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica>. Último acesso em 29/02/2020.

⁴³ O texto do artigo foi obtido no endereço <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/08/3284/violencia-obstetrica>. Consultado em 21/05/2019

⁴⁴ PL 7633/2014, PL 7867/2017, PL 8219/2017 e PL-878/2019 Câmara dos Deputados

parto, pós-parto e situações de abortamento, levando em consideração a vulnerabilidade física e psicológica da mulher além da situação de desvantagem com relação à detenção do conhecimento. A ausência de uma lei dedicada ao tema pode dificultar o enfrentamento de forma mais contundente da questão, mas não significa a sua impossibilidade, uma vez que existem outros institutos legais capazes de assegurar os direitos das mulheres, vigentes no País.

A discussão a respeito da violência obstétrica vem ganhando força através da articulação de organizações da sociedade civil dedicadas aos direitos das mulheres, que buscam chamar a atenção das instituições competentes para a necessidade do reconhecimento e combate à violação de direitos da mulher no período gestacional. Além da pesquisa da Fundação Perseu Abramo, anteriormente citada, encontramos o Dossiê Senado “Parirás com dor” elaborado em 2012 pela ONG Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a situação da violência contra a mulher no Brasil, em 2012⁴⁵. O dossiê foi elaborado para denunciar as situações de violência a que estão submetidas as mulheres, com especial enfoque nas negras e indígenas, no atendimento gestacional no País.

Outras iniciativas da sociedade civil também evidenciam as circunstâncias de precariedade no atendimento dedicado à mulher, nas condições relacionadas à gestação, tais como ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, a Associação Artemis e Amigas do Parto, com grande repercussão nos meios de comunicação e mobilização, seja de mulheres usuárias dos serviços de saúde, como de profissionais atuantes.

As mobilizações contra a violência direcionada à mulher na gestação se pautam na Constituição Federal, em princípios internacionais de direitos humanos e na legislação infraconstitucional. O artigo 1º, inciso III da Constituição Federal afirma que a dignidade da pessoa humana é um princípio

⁴⁵ A CPMI do Senado teve como objetivo “investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar as denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”, e seu relatório final, publicado em julho de 2013 trata da questão da saúde da mulher, discutindo a violência no parto - <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496481> Consultado em 21/05/2019

fundamental do Estado brasileiro e o artigo 5º, III, assegura que ninguém será submetido à tortura e tratamento desumano. Estes dispositivos constitucionais já seriam suficientes para assegurar o tratamento digno às parturientes, se a questão não perpassasse a compreensão do que seriam procedimentos e tratamentos caracterizados como desumanos ou tortura. Muitos dos procedimentos são realizados sob a noção de que são indicados do ponto de vista técnico ou que não estão ferindo a integridade física e moral da mulher, eis que são ensinados aos profissionais de saúde como vias adequadas de atendimento. Uma outra dimensão deste processo está nas relações de saber-poder que se desenvolvem no atendimento direcionado à mulher, em especial quando se encontra em uma condição de vulnerabilidade como no parto e pós-parto, em uma sociedade cujas bases repousam na construção patriarcal de desvalorização da figura feminina. Há uma naturalização do desrespeito da autonomia da vontade da gestante, seja pelo fundamento da técnica profissional, seja pelo fundamento da incapacidade feminina. O corpo da mulher é passível de práticas capazes de modificar sua constituição ou até mesmo causar a morte, em muitos casos, sem autorização e mais, sem que seja sequer necessária a informação ou justificativa para a sua realização.

Em 1992 o Brasil ratificou o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, no qual é assegurado “a homens e mulheres igualdade no gozo de todos os direitos econômicos, sociais e culturais” (artigo 3º) lá enumerados, “proteção especial às mães por um período de tempo razoável antes e depois do parto” (artigo 10º, 2) e ainda, “diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil” (artigo 12º, n º2, “a”). A Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979 (CEDAW), ratificada integralmente pelo Brasil em 2002, tem disposições que buscam a eliminação de todas as formas de discriminação das mulheres, garantia dos direitos humanos, adoção de medidas de proteção da maternidade, destacando-se aquela contida no artigo 5º, letra “a” que determina que os Estados adotarão medidas para

Modificar os padrões sócio-culturais de conduta de homens e mulheres, com vistas a alcançar a eliminação dos preconceitos e práticas consuetudinárias e de qualquer outra índole que estejam baseados na ideia da inferioridade ou superioridade de qualquer dos sexos ou em funções estereotipadas de homens e mulheres.

A Convenção de Belém do Pará de 1994 também estabelece diretrizes para a atuação do Estado no sentido de prevenir punir e erradicar a violência contra a mulher, reconhecendo expressamente que esta forma de violência se constitui como uma violação aos direitos humanos e liberdades fundamentais e que limita o exercício de direitos e define como “violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (artigo 1º).

Atenta à crescente demanda relacionada à violação de direitos das mulheres durante o período gestacional, a Defensoria Pública de São Paulo elaborou uma cartilha para orientar as mulheres no atendimento médico, afirmando que a violência obstétrica se caracteriza pela:

“apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.⁴⁶

Como peça central de um campo multidisciplinar de debates e disputas de poder, o corpo feminino segue sendo objeto de variadas violações de ordem física, moral e psicológica. Neste contexto, passa-se à análise das formas de ocorrência da violência obstétrica no Brasil.

⁴⁶ DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO. Cartilha “Violência Obstétrica Você sabe o que é?” Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Fundação Artemis. 2013.

2.2

Como ocorre a violência obstétrica no contexto brasileiro

Considerando-se que a verificação da violência obstétrica não comporta uma enumeração de caráter limitador, mas sim requer uma análise ampla, a fim de identificar os variados contextos e possibilidades de violação de direitos das mulheres em situação gestacional no âmbito do atendimento médico-hospitalar, este capítulo se destina ao esforço de examinar sua ocorrência no cenário brasileiro.

Pode-se elencar como exemplos de situações de violência obstétrica o impedimento ao acompanhante no momento do parto, desrespeito à privacidade, restrição da mobilidade e da alimentação da parturiente, recusa de medicamentos analgésicos ou anestésicos, tratamento desrespeitoso por parte do corpo médico, de enfermagem e auxiliares, recusa ou demora na internação, falta de informação sobre os procedimentos ou fisiologia do parto, realização de procedimentos sem consentimento da parturiente, violência física ou sexual, uso inadequado de medicamentos e tecnologias.⁴⁷

Aguiar e d'Oliveira, em pesquisa realizada com 21 mulheres puérperas usuárias do SUS de São Paulo, concluem que a violência institucional nas maternidades públicas brasileiras ocorre pela combinação da violência de gênero com a relação hierárquica presente na assistência médica que as trata como objeto de intervenção profissional, incapaz de tomar suas próprias decisões. Partindo da concepção de violência de Chauí, as autoras compreendem que a violência de gênero “transforma as diferenças -ser mulher, pobre e de baixa escolaridade – em desigualdades”⁴⁸.

⁴⁷ DINIZ, Carmen Simone Grilo, – “Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto”, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. p. 7

⁴⁸ Conceito de violência de Marilena Chauí em *Ética e violência*, citado pelas autoras: “conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (Chauí, 1985, p.35)” *Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*, AGUIAR, Janaína Marques de, D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>

As autoras indicam que a avaliação das entrevistadas se relaciona com o suporte recebido e o bom relacionamento com os profissionais, anotando que:

Em suas falas, as entrevistadas ressaltam a importância de uma boa relação com o profissional, fundada: no respeito à sua privacidade, na atenção às suas queixas, em uma comunicação que preze pelo entendimento mútuo, e no uso de tecnologias que elas entendem como necessárias e bem realizadas. Assim, a individualização do atendimento é valorizada por elas como importante para um bom cuidado⁴⁹

E com relação ao atendimento de má qualidade:

Assim, o mau atendimento é definido, pelas entrevistadas, por uma falta de manejo da dor, seja na cesárea ou parto normal (antes, durante e depois do parto); pela ocorrência de complicações, mesmo após a alta médica, que ameacem a integridade física tanto da mulher quanto do bebê, traduzida, pelas entrevistadas, como uma negligência ou o que lhes pareça ser erro médico; pela exposição desnecessária da intimidade da paciente; por dificuldades na comunicação; pela realização de algum procedimento ou exame sem consentimento ou desrespeitosamente; pela discriminação por condição social ou cor; e, sobretudo, por tratamento grosseiro marcado pela impaciência ou indiferença dos profissionais, e por falas de cunho moralista e desrespeitoso.⁵⁰

A percepção da violência sofrida, no entanto, pode ser influenciada pelo grau de informação a respeito da adequação dos procedimentos e, principalmente pelo contexto social da mulher, que pode agravar a posição de inferioridade na relação hierárquica do atendimento médico. Em alguns contextos a ideia de um bom parto está associada à rapidez do processo, diante da possibilidade de maior ou menor tempo de exposição à dor, o que pode influenciar na forma como algumas intervenções são recebidas pelas parturientes.⁵¹

Pesquisas e estudos realizados pela Organização das Nações Unidas e denúncias de mulheres nas redes sociais ou a organizações da sociedade civil corroboram este quadro, ao apresentar os mais variados contextos de abusos e violências experimentados pelas mulheres ao redor do mundo, desde o

⁴⁹ *Ibidem.*

⁵⁰ *Ibidem.*

⁵¹ HIRSH, Olivia, MENDONÇA, Sarah. *Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 88.

excesso de intervenções médicas, geralmente para acelerar o processo do parto, a situações de risco que poderiam ser evitadas com atenção médica de qualidade. Políticas internacionais visam a melhoria do bem-estar da parturiente e do bebê, levando em consideração que, inobstante a maioria dos partos ocorra sem riscos, há margem para complicações cuja prevenção é imprescindível⁵².

Inúmeros fatores, no entanto, se interpõem no processo de identificação do que seriam complicações ou na escolha de medidas preventivas a serem adotadas, tais como as práticas culturais, condições econômicas locais, situação socioeconômica ou racial da gestante. A questão científica também influi diretamente na forma de atendimento dedicada à mulher no momento do parto, uma vez que não há um consenso na comunidade médica sobre o que seria a condição de normalidade do parto⁵³.

Diante disto, providências de intervenção acabam sendo adotadas para a segurança do parto, que em alguns casos, segundo entendimento da OMS, seriam desnecessárias ou até prejudiciais⁵⁴. Um outro fator que pode

⁵² No Brasil, seguindo as recomendações da OMS, foram implementados vários programas que buscam melhores resultados nos índices relacionados à saúde do binômio materno-fetal, dos quais podem ser citados: Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000) Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (2003), Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2014) Rede Cegonha (2011), Projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia - Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ e UFMG.

⁵³ Recomendações da OMS de Cuidado intraparto para uma experiência positiva de parto. Neste documento a OMS apresenta 56 recomendações referentes ao atendimento médico de assistência ao parto. Dentre as bases para as recomendações está o reconhecimento de que não há consenso sobre a normalidade dos diferentes estágios de evolução e progresso do parto, diante das evidências científicas atuais. p. 08. Obtido no endereço:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=311D7F8D5951196BB1FE08660300F4C9?sequence=1>. Acesso em 05/12/2019.

⁵⁴ DINIZ, analisando as modificações na atenção médica do parto cita a recomendação da OMS: “O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (WHO, 1996: 4). *World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva: WHO, 1996.* DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. Ainda sobre as intervenções no parto, relevante mencionar o estudo de Diniz et al, sobre prevenção quaternária no que diz respeito à violência obstétrica, analisando o conjunto de ações que visam evitar danos associados às intervenções médicas e de outros profissionais de saúde. Os autores indicam a tomada de providências em duas frentes, “ações individuais, familiares e comunitárias realizadas na APS (*atenção primária à saúde*), associadas ao pré-natal; e ações em maior escala (social, política e institucional).” Grifo nosso. TESSER, CD; ANDREZZO

influenciar no atendimento médico são as questões relacionadas aos recursos financeiros envolvidos com a saúde, tanto no caso da rede pública, quanto da rede particular. No caso da rede particular, parâmetros estabelecidos pelas operadoras dos planos de saúde, podem ocasionar intervenções com vistas à menor permanência da gestante nos hospitais. Já no caso da rede pública, a grande maioria dos hospitais não está preparada para acomodar o número de parturientes com seus acompanhantes durante todo o período do parto, bem como há constante alegação de falta de insumos necessários para a assistência médica adequada.

Vários relatos de violência obstétrica estão relacionados a questões deficitárias da rede pública hospitalar, com muitos casos de morte materna e infantil decorrentes da demora no atendimento ou da insistência na realização de partos normais quando uma cirurgia cesariana seria o procedimento adequado⁵⁵. É possível encontrar exemplos nos meios de comunicação de casos que variam desde a condução coercitiva da parturiente para realização forçada de cirurgia cesariana à morte da gestante por falta de atendimento adequado.

Adelir Carmem Lemos de Góes foi uma das mulheres cujo caso de violência obstétrica chocou ao chegar aos jornais noticiando a realização forçada de uma cirurgia cesariana, mediante uma ordem judicial. Seus relatos indicam que houve grave abuso por parte da equipe médica e do hospital quando se recusaram a apresentar informações adequadas à então parturiente sobre o que alegaram ser os riscos à saúde do bebê a sua própria saúde. Estes abusos decorrentes da falta de atendimento respeitoso da mulher foram ainda mais graves em razão da conduta do judiciário que determinou a condução coercitiva da gestante ao mesmo Hospital, para atendimento pela mesma

HFA, KNOBEL, R; DINIZ, SG: *Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer*. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013. 2015.

⁵⁵ Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados - Fundação Abramo Perseu e SESC 2010, Pesquisa obtida no endereço https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files_pesquisaintegra.pdf. Consultado em 21/05/2019.

equipe, culminando com a negativa ao direito do acompanhante no momento do parto⁵⁶.

Alyne da Silva Pimentel morreu em 16 de novembro de 2002 em decorrência da falta de assistência médica adequada, no sexto mês de gestação, após buscar atendimento médico na rede pública de Belford Roxo, onde recebeu medicação para dor e enjoo e foi mandada para casa. Dois dias depois retornou pior, sendo constatada a morte do feto, teve o parto do feto morto induzido e ainda foi submetida a uma cirurgia para retirada dos restos da placenta. Com indicação de transferência para hospital em outro município, Alyne aguardou muitas horas para então ser submetida à espera de leito no novo hospital, no corredor da emergência onde faleceu em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto. Este caso foi levado pela família ao Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Cedaw) da ONU e resultou na condenação do Brasil ao pagamento de uma indenização à família de Alyne pelo reconhecimento da falha na garantia de seus direitos humanos, além de recomendações para que sejam evitadas as mortes de outras mulheres.⁵⁷

Estes são apenas dois dos casos que chegaram ao conhecimento da população através dos noticiários, mas o fato é que inúmeros outros casos ocorrem diariamente. A violência obstétrica é corriqueiramente praticada e as pesquisas demonstram que centenas de mulheres sofrem com alguma de suas formas de ocorrência, tal como as mencionadas anteriormente, que passam por violência verbal, física, realização de procedimentos invasivos sem indicação clínica, sem anestésicos e recusa da realização da cirurgia cesariana nos casos em que há indicação clínica⁵⁸. A maioria destes casos não é sequer denunciada.

⁵⁶ Notícia publicada no site Globo.com em 02/04/2014, no endereço: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html>. Acesso em 18/02/2020.

⁵⁷ O caso de Alyne está narrado na página <https://alyne.org.br/alyne-da-silva-pimentel-teixeira-presente/> Consultado em 23/05/2019.

⁵⁸ Algumas pesquisas que indicam as violências sofridas pelas mulheres, no Brasil: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados - Fundação Abramo Perseu e SESC 2010; Pesquisa Nascer no Brasil de 2014; *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil* de 2017.

Atenta a este cenário, a OMS vem estudando a forma do atendimento médico dedicado às mulheres ao redor do mundo e publicando recomendações para a revisão dos protocolos médicos e políticas públicas de saúde. Segundo estes documentos⁵⁹, as mortes, tanto de mulheres, quanto de bebês podem ser reduzidas com a melhora da qualidade do atendimento na atenção ao parto, mais até do que as estratégias relacionadas ao pré-natal e ao pós-parto. Entretanto, além de estratégias pontuais que visam a melhora nos índices de morte materna ou infantil decorrentes do parto e nascimento, as recomendações da OMS buscam a modificação da cultura de desrespeito e violência à mulher e criança nestes eventos, com a promoção de uma atenção de saúde que os compreenda como uma parte fundamental da experiência humana, com impactos no desenvolvimento pessoal, familiar e social.

Esta questão, no entanto, demanda análises mais amplas do que a mera revisão de protocolos médicos ou de saúde, pois envolve reflexões sobre conceitos basilares das construções social, cultural e econômica das localidades onde forem implementadas as mudanças de políticas públicas. Desta forma, passa-se à abordagem do conceito de humanização do parto e a revisão de paradigmas que tal análise comporta.

2.3

Humanização do parto para além da revisão dos protocolos médicos: a necessidade de repensar o termo “humano”

Na esteira dos movimentos sociais que denunciam a violação de direitos das mulheres, foi impulsionado o questionamento sobre os padrões médicos de atendimento à gestante, através da compreensão do parto como um evento natural, social e familiar, dando origem ao chamado movimento do parto humanizado. A própria definição do que seria a humanização do parto, no entanto, pode ser um campo em disputa. Em determinados

⁵⁹ *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience* WHO. Obtido no endereço: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=311D7F8D5951196BB1FE08660300F4C9?sequence=1>. Acesso em 06/12/2019.

momentos da evolução da técnica médica, é possível encontrar a utilização do termo humanização como fator justificante do desenvolvimento e aplicação do fórceps, ou a utilização de medicamentos narcóticos. Tal concepção estaria baseada na noção de que o parto, um evento de muito sofrimento para a mulher, poderia ser substituído pela técnica, trazendo alívio e maior segurança.⁶⁰

Mais recentemente, no entanto, vamos encontrar uma concepção de humanização do parto mais próxima da valorização da experiência humana, do respeito aos processos fisiológicos do parto e dos direitos das mulheres. Para Diniz:

“O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.”⁶¹

A Organização Mundial de Saúde afirma que “humanizar o parto é o conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para mãe e bebê”⁶². No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2003, a política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS, o programa Humaniza SUS, com vistas à implementação de atendimento humanizado na rede do sistema único de saúde. Segundo a cartilha que orienta os procedimentos de humanização do parto⁶³, é possível observar que este

⁶⁰ Com base nesta pretensão de poupar a mulher do sofrimento do parto, foi desenvolvida uma técnica capaz de apagar a experiência do parto da memória da mulher, através da sedação total, na qual era ministrada uma mistura de medicamentos, havendo indução do parto medicamentosa, dilatação mecânica do colo e retirada do bebê a fórceps, sem que a mulher tivesse qualquer lembrança das dores sentidas durante o procedimento. Esta técnica, adotada pela elite na Europa e nos EUA nos anos de 1910 e foi utilizada no Brasil pelo médico Fernando de Magalhães, considerado o pai da obstetrícia brasileira. DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3):627-637, 2005.

⁶¹ Ibidem.

⁶² Ibidem.

⁶³ Cadernos Humaniza SUS – Volume 4 – Da Humanização do Parto e Nascimento, obtido no endereço <http://redehumanizaus.net/acervo/cadernos-humanizaus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/> Acesso em 29/10/19

processo compreende uma atuação respeitosa da mãe e do bebê, utilização adequada da tecnologia vigente, com base em evidência científica⁶⁴, uma perspectiva de atendimento voltada para a compreensão da mulher como indivíduo e não como paciente e do processo do parto como evento fisiológico e não patológico⁶⁵.

O movimento de medicina baseada em evidência científica, que questionou a forma da atenção médica no parto, teve origem após a iniciativa de revisão sistemática dos estudos de eficácia e segurança na assistência ao período gestacional, impulsionada por uma pluralidade de movimentos iniciados em 1950, “evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas”⁶⁶, com foco na defesa dos direitos dos pacientes. Como evolução desta iniciativa, a realização de uma conferência pela OMS e OPAS, resultante na Carta de Fortaleza, teve forte impacto na comunidade médica e na sociedade ao defender a modificação de padrões de atendimento e a maior participação da

⁶⁴ Com relação à utilização adequada da técnica, são relevantes os esclarecimentos do Dr. Ricardo Chagas respondendo à pergunta sobre como avaliar os casos em que técnicas emergenciais são utilizadas em necessidade clínica real para embasá-las: “Isso se chama iatrogenia, e ocorre quando a técnica é utilizada sem necessidade. É preciso reconhecer que existem obstetras que gritam com a mulher no momento do nascimento, que cortam o períneo sem haver necessidade, mas não podemos dizer que todos agem dessa forma. É preciso falar que isso existe justamente para que pare de existir. A violência obstétrica existe. Quando as mulheres se sentem à vontade para falar sobre seus partos muitas relatam casos de violência obstétrica. Então precisamos falar sobre ela e reconhecer que ela existe. Qualquer generalização é irresponsável, mas se não falarmos sobre a violência obstétrica não poderemos nunca acabar com ela.” Entrevista constante do livro *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019 p. 64.

⁶⁵ “A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.” DINIZ, Simone Grilo. *Parirás com Dor* – Dossiê apresentado ao Senado Federal em 2012 para a CPMI da Violência Contra a Mulher. pg. 17, Rede Parto do Princípio. Brasília, DF: Senado Federal. Acesso em 20 de maio de 2019, em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

⁶⁶ DINIZ, *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):627-637, 2005, acesso em 23 de maio de 2019 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>

mulher em todo o processo.⁶⁷ Sobre a revolução trazida pelo movimento de medicina baseada em evidência científica, assim explica Diniz:

Na assistência ao parto, a redescritção operada pela MBE é extensa. O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar” (WHO, 1986). Os familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços.⁶⁸

No Brasil várias organizações da sociedade civil vêm buscando dar mais visibilidade ao movimento pela humanização do parto. A ReHuna – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, composta por profissionais de saúde e usuárias busca a divulgação da assistência com base na evidência científica, objetivando a diminuição das intervenções desnecessárias, compreensão do parto como evento fisiológico, ressaltando o protagonismo da mulher. Na mesma linha de atuação estão as organizações Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, composta por usuárias do sistema de saúde, Amigas do Parto, site que busca divulgar informações sobre o parto.

A busca pela assistência ao parto com base em evidências científicas, menos intervenções, sua compreensão como um evento fisiológico, retomada do protagonismo da mulher e respeito aos direitos humanos é uma constante nos movimentos de humanização do parto e uma luta dos movimentos feministas, no Brasil. É uma luta contra a violência institucional de gênero que visa a modificação do padrão de assistência médica da mulher no processo gestacional. É uma luta contra a violência obstétrica.

⁶⁷ *Ibidem.*

⁶⁸ Op. cit. Pg. 630.

Mas, para o movimento feminista negro brasileiro, a luta contra a violência obstétrica precisa envolver não só a questão da violência institucional de gênero, deve incorporar, principalmente, a questão do racismo institucional e, para tanto, o movimento de humanização do parto necessita da ampliação do espectro do próprio conceito de “humano”. Isto porque, enquanto o movimento feminista busca a aplicação dos direitos humanos às mulheres, o movimento feminista negro luta pelo reconhecimento das mulheres negras como sujeitos de direito em um país cujas bases de formação do tecido social estão enraizadas em um processo de negação da humanidade de pessoas negras e indígenas, escravizadas, que resultou no racismo institucional⁶⁹.

São as mulheres negras que vão sofrer as formas mais acentuadas da violência de gênero, da violência obstétrica, uma vez que sobre elas pairam estigmas provenientes do processo escravagista. Assim, diante da desumanização institucionalizada destas populações, a humanização do processo de assistência ao parto depende do combate ao racismo para alcançar as mulheres negras da população. Thula Pires e Malu Stanchi, ao abordar a questão da humanização do parto a partir da perspectiva antirracista, afirmam:

O debate sobre a humanização do parto, portanto, ainda hoje é centralizado nos privilégios inerentes à branquitude: desatende a necessidade de focalizar a discussão sobre violência obstétrica a partir dos efeitos do racismo institucional estabelecido pelos processos colonialistas de dominação brasileira e nas ações potencialmente violentas que esses reflexos e reinvenções do sistema colonial provocam nos corpos femininos não brancos.

E ainda:

Racializar o debate sobre a violência obstétrica é retirar a discussão de uma lógica identitária e pôr em evidência as múltiplas formas em que a violência de Estado é mobilizada para perpetuar o secular genocídio do povo negro e reivindicar um projeto de humanização da assistência ao parto desde uma perspectiva antirracista.⁷⁰

⁶⁹ PIRES, THULA. STANCHI, Malu. *Racismo Institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 209 e ss.

⁷⁰ *Ibidem*, pg. 210.

Com relação às críticas sobre o movimento de humanização do parto, é relevante apresentar o debate de Jaqueline Fiuza da Silva Regis e Glauco Vaz Feijó, em análise aos filmes *Renascimento do Parto 1 e 2*, sobre a invisibilidade de vozes e discursos de mulheres, em especial negras, e a valorização dos discursos de especialistas brancos, apresentando uma realidade de humanização do parto inacessível à maioria da população, sem uma crítica direcionada à “tecnicização e industrialização do parto”, que aliás apontam ser a ótica de apresentação do parto domiciliar no primeiro filme. Apontam que o segundo filme é bem sucedido ao tratar da violência obstétrica e da experiência de humanização no SUS através do Hospital Sofia Feldman e na perspectiva de raça e classe trazida à tona na narrativa, mas que ainda segue dando maior destaque à hegemonia do poder médico-científico. Através desta análise dos autores, o debate ganha ainda outros contornos, trazendo à tona a questão da existência de outros saberes, relegados à condição de inferioridade ou ao apagamento pelo epistemicídio gerado pelo processo colonial.⁷¹

Retomando a abordagem, ressalta-se a necessidade de uma leitura interseccional⁷² da ocorrência de violência obstétrica, que pode revelar a concorrência de fatores de vulneração das mulheres e é muito relevante quando se pensa em traçar estratégias de combate aos comportamentos institucionais que levaram a estas circunstâncias. Nesta forma de abordagem

⁷¹ *Marcas da colonialidade no movimento pela humanização do parto no Brasil a partir dos filmes O renascimento do parto 1 e 2*. Discurso & Sociedad, 2019 13(1):118-138. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.dissoc.org/ediciones/v13n01/DS13%281%29DaSilvaRegis&VazFeijo.pdf>. Acesso em 19/02/2020.

⁷² A abordagem de interseccionalidade desta pesquisa é realizada a partir da perspectiva de Kimberlé Crenshaw, através da qual pretende-se trazer à tona questões relacionadas à raça e gênero no enfrentamento da violência contra as mulheres, especialmente para revelar os processos de subordinação e as distinções na forma como as pessoas o experimentam. A autora explica que diferentes eixos de poder atuam, por vezes sobrepostos uns aos outros, criando interseções complexas, transformando a experiência da opressão através da interação entre desvantagens e vulnerabilidades. Desta forma, mulheres racializadas irão experimentar a opressão em virtude do gênero e da raça, de forma distinta daquela que mulheres não racializadas experimentam a opressão sexista. A este quadro podem ser incluídos outros eixos de poder como classe, nacionalidade, orientação sexual e alterando o contexto da opressão vivenciada. CRENSHAW, Kimberlé. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. Stanford Law Review. Vol. 43, nº 6, julho 1991. pp.1241-1299. <http://www.publicscienceproject.org/wp-content/themes/arras/images/pdf/6.pdf> e Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas. Ano 10. 1º semestre de 2002.

é possível observar dois caminhos através dos quais a violência obstétrica geralmente ocorre, que são a medicalização em excesso ou a submedicalização, dependendo da posição social da mulher⁷³.

A esse respeito, a diferenciação entre vulnerabilidade e vulneração é fundamental ao debate, pois apresenta uma nova dimensão do contexto de violações impostas a uma parcela da população que influencia diretamente na observação da violência obstétrica. Com efeito, por vulnerabilidade, compreende-se uma condição inerente à própria vida humana, que está exposta a múltiplas e distintas possibilidades de perigos, ou ameaças e a vulneração como impedimento, por forças sociais e econômicas ao pleno desenvolvimento de capacidades, da dignidade, do exercício de direitos de parcela da população, que impedem a fruição de uma vida completa e de qualidade⁷⁴. É a partir desta percepção que deve ser observada a realidade da população racializada do País, especialmente quando verificado que os índices de mortes maternas, feminicídios, estupros, mortes violentas de jovens, são sempre superiores com relação às pessoas negras⁷⁵.

⁷³ Este tema será abordado de forma mais detalhada no capítulo 3.

⁷⁴ Heloisa Helena Barboza, elucida que “além da complexidade do processo de vida do ser humano, que o expõe com frequência à vulneração, há um grande número de pessoas que já se encontram, quando já não nascem, vulneradas, atingidas em sua dignidade, em razão de condições adversas de ordem psicofísica, social e/ou econômica. Não há para tais pessoas possibilidade de exercer seus direitos, por vezes sequer de ter acesso a eles, em igualdade de condições, sendo necessário que o direito lhes propicie os meios para tanto.” BARBOZA, Heloisa Helena. *Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos* In: OLIVEIRA, Guilherme de; PEREIRA, Tânia da Silva (coord.). *Cuidado & vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2009, p. 108. Ainda sobre a distinção entre vulnerabilidade e vulnerados, Schramm aduz: “Ou seja, neste caso, devemos distinguir a mera “vulnerabilidade”, que é uma condição ontológica de qualquer ser vivo e, portanto, uma característica universal de qualquer ser vivo, da “susceptibilidade” ou “vulnerabilidade secundária” (por oposição à “vulnerabilidade primária” ou “vulnerabilidade” em geral). Mas os “susceptíveis”, embora não somente “vulneráveis”, podem, ainda, ser “vulnerados”, ou seja, diretamente afetados, estando na condição existencial de não poderem exercer suas potencialidades (capabilities) para ter uma vida digna e de qualidade; isto é, de terem uma mera vida orgânica – representada pelo termo grego zoé ou pelo termo “vida nua” - ao invés de uma vida propriamente humana – indicada pelo termo grego bíos.” . SCHRAMM, Fermin Roland. *A Bioética da Proteção: uma proposta para os desafios morais dos países em desenvolvimento*. Cadernos de Saúde Pública. 2004.

No debate sobre vulneração é possível incluir as mulheres deficientes, em situação de rua, dependentes químicas, encarceradas e transexual, cuja abordagem detalhada foge ao escopo temporal de uma dissertação de mestrado, ainda que sejam mencionadas de forma esparsa pelo texto.

⁷⁵ Ver: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/folder_politica.pdf; Pesquisa Ipea sobre violência contra negros: http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=article&id=730

Considerando esta situação, Hirsch e Mendonça, observam que a humanização do parto pode ter significados bastante distintos para mulheres em condições sociais diferentes, conforme observa-se da seguinte passagem:

Enquanto as ativistas militam que “as mulheres não querem esse parto cheio de intervenções”, há de se apontar que sim, um número significativo de mulheres às querem. Talvez não um parto “cheio” de intervenções, mas com algumas. A partir da etnografia realizada em uma maternidade pública, Mendonça elabora como este grupo não tem “o corpo que sabe parir” como um valor – não passou por uma pedagogia de desconstrução e positivação do parto natural, tal como ocorre com as ativistas – de modo que realizar alguma intervenção não significa para elas a perda de algo.⁷⁶

A pesquisa de opinião pública realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC, nos indica que maior quantidade de mulheres relata ter sofrido maltrato no atendimento pré-natal e durante o parto na rede pública, além de que este número é maior nos grandes centros urbanos. As mulheres entrevistadas possuíam baixa escolaridade e eram, na maior parte, auto declaradas brancas.⁷⁷

Outros estudos nos apresentam indicativos mais voltados para a questão das etnias, como é o caso de *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil* de Maria do Carmo Leal⁷⁸, no qual é apresentado um quadro comparativo com informações referentes ao atendimento pré-natal e do parto para mulheres negras e brancas. A pesquisa nos mostra que os índices de partos por cirurgias cesarianas e intervenções dolorosas para aceleração dos partos vaginais são menores para as mulheres negras, mas que elas recebem menos anestésicos nos partos vaginais e também nos procedimentos de episiotomia. Também constata que os índices de inadequação das informações sobre o trabalho de parto e do próprio pré-natal são maiores para as mulheres negras.

⁷⁶ HIRSH, Olivia, MENDONÇA, Sarah. *Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 86.

⁷⁷ Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados - Fundação Abramo Perseu e SESC 2010.

https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pes_quisaintegra.pdf. Consultado em 21/05/2019.

⁷⁸ LEAL, Maria do Carmo. “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.” http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt

Podemos vincular estes dados ao racismo estrutural decorrente dos processos de colonização nos quais foi criado um ideário de que as mulheres negras são mais resistentes, conforme abordado anteriormente, com ecos, inclusive, nas bases da medicina moderna, uma vez que o médico estadunidense conhecido como o pai da ginecologia moderna, James Marion Sims, realizava experimentos em mulheres negras escravizadas, sem a utilização de anestesia, nos idos de 1845⁷⁹.

Outras questões relacionadas à problemática institucional de atenção à saúde da população negra no Brasil são apontadas por Jurema Werneck no artigo *Racismo institucional e saúde da população negra*, onde a autora ressalta a baixa produção de estudos e literatura especializada nas áreas de ciências da saúde dedicados à mulher negra, além de apontar a necessidade de maior tomada de decisões políticas e de gestão de saúde de acordo com os dados indicativos de “ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas, principalmente, diferentemente dos brancos”⁸⁰.

Ocorre que, muitas das questões relativas à violência obstétrica podem ser atribuídas a problemas gerais de saúde enfrentados pela população nacional, tais como reduzido quadro médico, de enfermagem e técnico nas unidades de atendimento, hospitais superlotados, que ocasiona a falta de leitos, escassez de materiais e medicamentos em decorrência da redução dos investimentos na saúde pelos governos locais. Estes fatores ofuscam as reais circunstâncias que concorrem para a perpetuação dos comportamentos de violência contra segmentos específicos de mulheres, já vulneradas por outros fatores, tais como a pobreza, falta de escolaridade, condição racializada. E podem ser, igualmente, atribuídos ao racismo institucional que perpassa todos os seguimentos da sociedade, resultando na precariedade das demandas da maior parte da população nacional.

⁷⁹ GOES, E. Racismo científico, definindo humanidades de negras e negros, Geledes, 2016 e PIRES, THULA. STANCHI, Malu, op. cit., pag. 214.

⁸⁰ Werneck, Jurema. “Racismo institucional e saúde da população negra”. Saúde so. Vol. 25 n° 3. São Paulo july/sept. 2016 - http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300535&script=sci_abstract&tlng=pt

A questão socioeconômica também concorre para dificultar a visualização das particularidades enfrentadas pela população negra feminina no País, uma vez que as mulheres negras correspondem a grande parte do público de baixa renda dependente do atendimento de saúde, muitas vezes deficitário, das esferas públicas.

Nestas situações, podemos identificar o que Crenshaw denomina como superinclusão, que ocorre quando um “*problema ou condição imposta de forma específica ou desproporcional a um subgrupo de mulheres é simplesmente definido como um problema de mulheres.*”⁸¹ Esta poderia ser a avaliação da questão do racismo enfrentado pelas mulheres negras através da violência obstétrica, caso fosse levado em conta somente o aspecto de gênero do problema, sem um olhar mais atento aos números apresentados anteriormente nas pesquisas indicadas.

A ocorrência do racismo institucional no atendimento de saúde das mulheres negras como fator gerador da violência obstétrica é um problema que requer atenção direcionada, demandando ações conjuntas nas esferas acadêmica e administrativa, através de conteúdo e programas específicos voltados à saúde da mulher negra, já que sua ocorrência difere daquela da qual as mulheres brancas são vítimas.

É sob esta ótica, que o movimento de humanização do parto há que ser considerado e se desenvolver, abarcando e respeitando narrativas e percepções distintas, a fim de permitir o florescimento de práticas variadas de atenção, questionando os modelos hegemônicos a partir de uma visão antirracista.

⁸¹ CRENSHAW, Kimberle. “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”. Estudos Feministas. Ano 10. 1º semestre de 2002. pg. 174.

3

O protagonismo da mulher no processo gestacional e a medicalização do corpo feminino

3.1

A evolução técnica da medicina e a captação do conhecimento sobre os corpos femininos

A melhor compreensão do atual modelo de atendimento de saúde direcionado à mulher demanda a observação do contexto histórico no qual se deu a formação da ciência médica moderna ocidental, cujas raízes estão na Europa. É inegável que a evolução da ciência médica, aliada a outros fatores, trouxe inúmeros benefícios à humanidade, possibilitando condições de aumento da expectativa e qualidade de vida, ante ao desenvolvimento de terapias e tratamentos para doenças, que já representaram grandes ameaças, e hoje são tratadas com medicamentos encontrados com facilidade nas grandes cidades. Mas, ao mesmo tempo em que representa um ganho para a sociedade, tal evolução não é livre de consequências que se estendem até os dias de hoje.

A evolução da técnica médica está intimamente ligada à salubridade, à necessidade de higienização e sanitização das cidades, bem como à modificação da função dos hospitais, que tal como demonstra Foucault, passam a adquirir o conceito de casas de saúde, no século XVIII⁸². Até então, os hospitais eram locais destinados à separação daquele doente pobre, do convívio social, com fornecimento de amparo material e espiritual, mas sem o objetivo real da cura. Seu funcionamento estava vinculado a um propósito religioso, caritativo⁸³, e não à função médica.

⁸² O autor apresenta o movimento de visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais e estudos para a construção de novos hospitais, com caráter científico, através do qual são realizados levantamentos a respeito da localização de leitos e relação com o aumento ou a diminuição das mortes, tipo de ventilação das salas, transporte, lavagem e distribuição das roupas de cama e etc.. A partir deste movimento, surge um novo olhar sobre o hospital e sua função. *O Nascimento do Hospital*. In *Microfísica do Poder*. Paz & Terra. Rio de Janeiro e São Paulo. 2019, pgs. 173 e 174.

⁸³ O autor ressalta, ainda, que em alguns casos, os hospitais também acumulavam a função de lugar de internamento de pessoas excluídas socialmente, sem qualquer relação com a função médica. *Ibidem*, pg. 175.

Esta situação se modificará, no entanto, em meados do século XVIII, quando, segundo Foucault, ocorre a introdução de mecanismos disciplinares no hospital, com o objetivo inicial de impedir que ele se transformasse em um agente nocivo à sociedade, espalhando doenças, além de uma questão de desordem econômica ao qual ele era vinculado⁸⁴. Assim, para Foucault, a disciplina, como técnica de poder, foi o grande impulsionador do movimento de reorganização do hospital e não a técnica médica. Mas com a transformação do saber e a prática médicos que deixam de ser direcionados à doença, como medicina de crise, para serem direcionados ao que está a sua volta, é confiado a ele o poder disciplinar⁸⁵. Passa-se então, à construção do modelo hospitalar que considere todos os fatores como meios voltados à cura do doente, desde à localização e arquitetura do edifício, tanto internamente como no espaço urbano, até a disposição interna dos doentes, alimentação, temperatura, higiene.

Outro fator relevante é a modificação da estrutura de poder na organização hospitalar com a inserção do médico como personagem central em áreas anteriormente designadas aos religiosos, tais como administração e finanças, além do aumento de sua presença na vida cotidiana hospitalar, com maior número de visitas e finalmente a presença de um médico residente, ocasionando o surgimento da figura do médico de hospital⁸⁶. Estes fatores consolidam a mudança de poder e a hierarquia hospitalar centrada na figura do médico. A inclusão de disciplina na atividade hospitalar permite que sejam observados resultados e estudados métodos, possibilitando a melhor eficiência no tratamento das enfermidades e também, o acúmulo e

⁸⁴ Para o autor, o momento inicial deste movimento se deu nos hospitais marítimos e militares, considerados um problema do ponto de vista econômico, que permitia a prática de crimes relacionados ao tráfico de bens, através da simulação, por parte do traficante, de enfermidades para fugir à alfândega. Além disso, o hospital marítimo trazia consigo a questão da quarentena, com vistas a impedir o desembarque de doentes que poderiam desencadear processos epidêmicos. Outro fator que o autor associa à reorganização hospitalar é a questão relacionada ao investimento das forças armadas no preparo de indivíduos para o serviço militar, que fez com que os hospitais militares passassem a ser o foco de olhar disciplinador, com buscas a redução da mortalidade dos militares feridos ou doentes para garantir o retorno mais rápido às atividades, bem como evitar a deserção. *Ibidem*, pgs. 178-182.

⁸⁵ *Ibidem*, pg.183. Ainda sobre essa modificação do saber médico, Vieira elucida que a mudança de foco da doença para a cura e a associação da doença com a desorganização e o mau funcionamento sociais, coloca a biologia como “portadora de leis que deverão reger a sociedade”. VIEIRA, Elizabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Ed. Fiocruz, 2015. Pg. 22.

⁸⁶ *Op. Cit.*, pg. 186.

transmissão do saber⁸⁷, anteriormente localizado nos livros, consolidando o hospital como um local de formação do profissional de medicina, além de um espaço destinado à cura.

Esta transição da medicina particular e individual para uma medicina com caráter social também alcançou o universo dito feminino, ainda que tenha demorado um pouco para ocorrer completamente. Isto porque a evolução da técnica médica destinada aos atendimentos de gestação e parto teve um ritmo próprio, pois até o século XIX o ato de parir ainda era exclusivamente feminino, domiciliar ou realizado em casas de parto, em um universo no qual a figura masculina não tinha lugar, exceto em casos extremos, nos quais as mulheres ou os bebês estivessem em risco e um médico era chamado a atuar. Ao homem era restrita a atuação na condição passiva, na espera. A evolução da ciência aliada ao modelo social que alterou os papéis sociais de homens e mulheres, no entanto, modificou este quadro com a alteração da rotina do parto, que foi aos poucos saindo do âmbito familiar e levado ao âmbito hospitalar, bem como substituindo a figura da parteira pela figura do médico, homem⁸⁸.

Segundo Leister e Riesco, a transição do local do parto domiciliar para o hospital, no Brasil, ocorreu nas primeiras décadas do século XX, sendo efetivamente realizada somente a partir dos anos de 1960⁸⁹. O ingresso da figura masculina neste ambiente denominado feminino e a transferência do local do parto da residência familiar ou da casa de parto para o ambiente

⁸⁷ *Op. cit.* Pg. 188

⁸⁸ Importante ressaltar que, apesar de o ensino superior não ser exclusividade dos homens no Brasil, pois a presença de mulheres na Universidade é encontrada desde a reforma instituída pelo Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879, não se tratava de um acesso amplo à população feminina, mas somente uma “categoria progressista da classe alta”. CALÁBRIA, Roberta. *Doula à brasileira As idiossincrasias do cenário obstétrico contemporâneo e a figura da doula no Rio de Janeiro*. In: VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 290.

⁸⁹ As autoras apontam a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS em 1967 como um dos fatores que contribuíram para a modificação da cultura do parto domiciliar auxiliado por parteiras. O INPS operava com três componentes, o privado, a seguridade social para empregados regulares e subvenção do poder público para instituições de caridade. Afirmam que, nesse sistema de saúde, os médicos recebiam valores maiores pela realização de partos por cirurgia cesariana do que pela realização de partos vaginais, o que teria contribuído para o processo de valorização deste meio de parto. *Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980*. LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzales. Texto contexto - enfermagem. [online]. 2013, vol.22, n.1, pp.166-174. ISSN 0104-0707. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100020>. Acesso em 21/02/2020.

hospitalar não foi um processo rápido ou simples, pois além da modificação cultural, a ida da mulher ao hospital para o parto trazia consigo a ideia do insucesso e da morte, tais eram as condições evolutivas da técnica cirúrgica nos idos de 1800. A evolução da prática obstétrica demandou a modificação deste cenário e, conseqüentemente, a retirada do conhecimento sobre o corpo feminino do âmbito da exclusividade das parteiras, como nos relata Elizabeth Meloni Vieira sobre a formação das escolas médicas brasileiras:

As escolas médicas tem um papel fundamental na formação de ideias médicas. Em relação ao corpo feminino e o processo de medicalização no Brasil, as escolas propõem a hospitalização do parto em benefício do ensino médico e da apropriação e desenvolvimento da prática obstétrica. Serão as escolas médicas também que irão trazer da Europa a discussão sobre o corpo feminino como objeto médico. Almeida (1985) refere-se a esse fato afirmando que as ideias sobre a mulher importadas da Europa no século XIX configuram uma imagem calcada nos animais e nos selvagens, voltada para a maternidade, ponto crucial de sobrevivência das crianças⁹⁰.

Deste processo, resulta a criação da especialidade médica capaz de conhecer e disciplinar o corpo feminino, mesclando os conhecimentos e estudos resultantes, também, do processo de colonização⁹¹, através do qual houve um grande esforço de apagamento das culturas das populações indígena e negra, escravizadas, e a predominância do pensamento europeu,

⁹⁰ VIEIRA, Elizabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Ed. Fiocruz, 2015.pg. 29.

⁹¹ Sobre esse tópico é relevante mencionar que, no caso brasileiro a consolidação do saber médico não ocorreu sem contar com o concurso do exercício profissional médico em benefício dos sistema escravagista então vigente, pois a tomada de providências para manutenção da saúde dos escravos, em alguma medida, poderia ser vista como uma forma de investimento a justificar o auxílio da medicina, especialmente a partir do aumento do controle sobre o tráfico de pessoas escravizadas. Assim, profissionais atendiam aos senhores e mercadores de escravos, sendo o caso da Maternidade Santa Isabel, um desses exemplos. A maternidade, que foi a primeira financiada pela municipalidade no Rio de Janeiro, funcionou no final do século XIX, atendendo mulheres pobres e mulheres escravizadas e atuando como local que mesclava ensino e estudos acadêmicos na formação da prática e cirurgia obstétrica, e oportunidade de negócios na prestação de serviços médicos e aluguel de amas de leite que eram as mulheres escravizadas, cuja boa saúde era atestada pelos profissionais do local. BARRETO, Maria Renilda. “*Maternidade para escravas no Rio de Janeiro*”. Revista de História Regional v. 21, n 2 (digital) 19/12/2016. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/9362/5476>. Ver também, *Racismo Institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra*. PIRES, THULA. STANCHI, Malu. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019; *Médicos ou Monstros? Escravidão impulsionou o desenvolvimento da medicina tropical*. Matéria jornalística da Revista Pesquisa Fapesp (digital). Ed. 110. Abril/2005. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2005/04/01/medicos-ou-monstros/>. Acesso em 22/02/2020.

fortemente centrado no modelo patriarcal de sociedade, ao mesmo tempo em que absorveu os conhecimentos provenientes destas culturas. Até então, este espaço era de atuação das parteiras, profissão regulamentada, através da qual eram prestados serviços relacionados ao parto, pós-parto, amamentação, aborto, contracepção, infertilidade e saúde geral da mulher e do recém-nascido⁹². A criação da especialidade médica de ginecologia e obstetrícia veio a reboque das descobertas de Pasteur relacionadas à teoria microbiana das doenças e à implementação das técnicas de assepsia e antissepsia, que permitiram a evolução da cirurgia e possibilitaram a diferenciação das infecções resultantes do parto e daquelas resultantes das intervenções médicas, abrindo espaço para a atuação nos partos mediante a utilização de instrumentos cirúrgicos⁹³. Tais circunstâncias, aliadas à utilização de anestésicos, abriram caminho tanto para o aprimoramento da técnica cirúrgica, quanto para o afastamento da parteira da cena do parto, como demonstra Heloisa Souza:

Contudo, como ressalta Tornquist (2000), os discursos médicos da época com relação às parteiras não faziam menção sobre falta de conhecimentos relativos às manobras do parto, mas versavam sobretudo a respeito de questões de higiene. Inclusive, esta arte obstétrica dos primeiros tempos processou-se num sincretismo a nível de terapêutica, incorporando técnicas das parteiras, chamadas então de “curiosas”, paralelamente à construção de um discurso anátomo-patológico sobre o corpo e a “natureza” femininos.⁹⁴

Tal como em outros contextos da sociedade daquela época⁹⁵, na área de saúde a figura feminina era vista através de um olhar desqualificador ou

⁹² BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. Cad. Saúde Pública vol.7 no. 2 Rio de Janeiro Apr./June 1991. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>.

⁹³ BRENES, Anayansi Correa. Parteiras Escola de Mulheres. Belo Horizonte, 2018, pg. 66.

⁹⁴ SOUZA, Heloisa Regina. A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. 2005. Pg. 26.

⁹⁵ Importante ressaltar que neste período a mulher possuía posição hierárquica inferior à do homem, na sociedade, sem o reconhecimento expresso de direitos civis, tendo sua figura atrelada ao desempenho de papéis demarcados em função das atividades familiares a que se destinava, de esposa, mãe, cuidadora ou de serviço e exploração, no caso das mulheres escravizadas, conforme já abordado no capítulo 2. Sobre a atribuição de papéis às mulheres da sociedade burguesa, Adriana Vidal de Oliveira, ao analisar as formas pelas quais foram instituídos os paradigmas de gênero no Brasil, apresenta a construção do imaginário sobre essa mulher, que passa pela educação, com vistas ao melhor exercício de suas funções no

restritivo que, por vezes, a aproximava da ideia de selvagem, e era valorizada apenas pela sua função de reprodutora ou, no caso de mulheres escravizadas, também pelos potenciais vinculados à exploração física, o que resultou na noção de validade da submissão de seus corpos sem consideração de suas vontades. É neste contexto que se dá a evolução técnica e científica da medicina cirúrgica, que possibilitará a redução da mortalidade materna, ao mesmo tempo em que retira do universo feminino a legitimidade sobre o conhecimento até então produzido dos processos de gestação e parto, transformando-o em um evento hospitalar, patológico e controlado⁹⁶.

Importante ressaltar, no entanto, que o olhar da ciência, com a formação da disciplina da obstetrícia, se volta para o corpo da mulher, não só para o aspecto fisiológico do parto ou das doenças, mas também para outras questões relacionadas ao seu universo, tais como a sexualidade, o comportamento, a moral. A medicina, ao tomar para si a exclusividade do papel de compreender as questões inerentes à mulher, passa a exercer grande influência na definição do conceito de “feminino” e sua posição social, atrelada ao potencial reprodutor, como será abordado no próximo item. Para além da crítica sobre a forma como se deu a evolução da técnica médica no que diz respeito à saúde da mulher, a identificação e compreensão das dinâmicas de poder que atuaram neste processo tem utilidade para que seja possível a modificação de padrões de atuação que já não estão de acordo com os anseios da sociedade e necessitam de uma revisão mais profunda⁹⁷.

núcleo familiar, demonstrando de que forma se deu, ou a incorporação ou o combate deste discurso pelo movimento feminista. OLIVEIRA, Adriana Vidal de. *Constituição e Direito das Mulheres. Uma Análise dos Estereótipos de Gênero na Assembleia Constituinte e suas Consequências no Texto Constitucional*. Ed. Juruá. Curitiba. 2015. Pg. 83 e seguintes.

⁹⁶ A respeito do olhar observador da ciência sobre o corpo da mulher, são relevantes as considerações de Ana Paula Vosne Martins, ao apresentar o desenvolvimento do estudo de anatomia obstétrica a partir da necrópsia dos corpos de gestantes, mortas no período final das gestações, e dos seus bebês. Para a autora, os livros dedicados à minuciosa descrição dessa carne gestante são importantes para compreender a “transformação do corpo feminino num território sujeito à exploração visual, acessível ao olhar treinado do especialista”, que além da inegável contribuição para a ciência, influenciou, também, na composição do imaginário técnico-científico sobre a feminilidade. . MARTINS, Ana Paula Vosne. *A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX*. Rev. Estud. Fem. vol.13 no.3 Florianópolis Sept./Dec. 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>.

⁹⁷ No capítulo 2 foi abordado o tema da humanização do parto, movimento através do qual estão refletidos alguns anseios sociais com relação à atuação profissional na assistência à gestante e ao bebê, desde o pré-natal, mas especialmente no momento do parto, que demanda a revisão, não só de protocolos médicos, mas principalmente do papel da mulher e a ressignificação do parto como um evento social, cultural e familiar.

De qualquer forma, nota-se que o desenvolvimento das técnicas médicas voltadas à prática obstétrica não prescindiu da utilização dos conhecimentos transmitidos pelas mulheres, através de inúmeras gerações de parteiras e curandeiras. Estudos fazem a vinculação entre a caça às bruxas e a expulsão das mulheres da prática médica, na Europa. A autora Silvia Federici, em um detalhado estudo sobre como o processo de formação da sociedade capitalista europeia teria sido o responsável pela criação de um modelo de subordinação da mulher ao homem, mostra um cenário de construção da ideia do trabalho feminino como sendo improdutivo, bem como do processo de desvalorização da figura feminina e tudo a ela relacionado.⁹⁸

No ponto de vista da autora a caça às bruxas seria tão relevante ao desenvolvimento do capitalismo quanto a colonização e os cercamentos. Buscando as raízes da divisão sexual do trabalho que restringiu as mulheres às tarefas reprodutivas, Federici analisa a perseguição às mulheres sob a pretensão de caça às bruxas como tendo conexões com uma real pretensão de tomada de controle dos processos sexuais e reprodutivos. E este processo ocorreu de forma extremamente violenta com a constante marginalização da mulher na sociedade, bem como com o cultivo de uma cultura de incentivo à animosidade entre as mulheres.⁹⁹

Para a autora este processo também compreendeu a apropriação dos corpos e conhecimentos femininos como objeto de estudo pela ciência, servindo de impulso aos interesses e aprimoramentos das práticas da medicina moderna. A caça às bruxas teve como sujeito, também, aquela mulher que exercia a função de curandeira da vila, que conhecia os poderes medicinais das ervas, que dava assistência aos partos, bebês e demais situações que demandavam conhecimentos hoje dominados pela medicina, pela ciência. Com a perseguição das “bruxas” curandeiras, estes conhecimentos, acumulados e transmitidos através das gerações foram perdidos para as mulheres, passando a ser do domínio dos homens que exerciam a atividade legitimada de medicina. A nova ordem deslegitimou os conhecimentos

⁹⁸ FEDERICI, Silvia. *“Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva”*. Editora Elefante. São Paulo, 2017. p. 181.

⁹⁹ *Ibidem*, p. 191, p. 232

tradicionais ao mesmo tempo em que deles se valeu para criar um sistema de concentração do conhecimento e sua mercantilização¹⁰⁰.

O conhecimento relacionado ao controle da natalidade era de domínio das mulheres, uma vez que eram elas que auxiliavam não só nos partos, mas também nos abortos e meios contraceptivos disponíveis, até que a ciência passou a se interessar pelo funcionamento do corpo da mulher, transformando em objeto do saber. Este interesse, no entanto, não estava livre de influências externas tais como a igreja e o Estado, o que transformou a atividade de auxílio ao parto em um campo de disputas políticas e ideológicas, resultando na regulamentação da profissão de parteira, com normas estabelecidas por comissões que poderiam ser municipais ou eclesiásticas¹⁰¹ até a efetiva criação de uma especialidade médica que a substituiu.

No contexto brasileiro, a formação da obstetrícia foi cercada de conflitos, não só com relação à disputa entre médicos e parteiras, mas com relação, também, às disputas entre os próprios médicos, diante da visão de inferioridade atrelada à prática obstétrica em comparação às demais especialidades médicas¹⁰². Para Vieira, esta situação pode ser relacionada ao fato de a prática ser tradicionalmente uma atribuição de mulheres e, portanto, desvalorizada como atividade para homens, trazendo uma aura de indignidade

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 172, p. 304.

¹⁰¹ *Op. cit.* Pg. 47

Para Palharini e Figuerôa, o afastamento das parteiras do cenário do parto também foi influenciado por interesses relacionados ao combate das práticas do aborto e do infanticídio, realizados, muitas vezes com a concorrência das parteiras, especialmente nas famílias aristocráticas. Segundo as autoras, o parto institucionalizado apresentava a oportunidade de confluência dos interesses da classe médica, que buscava atrair as mulheres ao ambiente institucional com as do poder público, que contaria com esse apoio no combate das práticas. *Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde"* PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.25 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2018 <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008>.

¹⁰² Em uma das teses analisadas por Elizabeth Meloni Vieira, apresentadas às faculdades de medicina do Rio de Janeiro, a partir de 1834, e da Bahia, a partir de 1938, encontra-se a seguinte descrição do exercício da obstetrícia: "Quanto ao indivíduo, porque mal sabe oftalmologia, urologia ou porque é sofrível cirurgião, se intitula parteiro! Sobraçam uma valise, onde abrigam o fórceps 'sabe tudo' que tudo arranca, tudo resolve; onde se acham seringas e ampolas para os colapsos das rupturas uterinas ou para o emprego contra-indicado da pituitrina que mal conhecem; um cateter para nunca tirarem urina da paciente; umas agulhas que não cosem nunca as rupturas do períneo. Eis o profissional quixotesco e criminoso. Para estes só Conheço o Código Penal, a responsabilidade criminal e a denúncia sem rebuços contra esses bufarinheiros sem pego... Se iniciassem um dia os processos por crimes de fórceps, de pituitrina e de cureta, não sei quantos presídios seriam necessários. (Fernandes, 1924: 81)." VIEIRA, Elizabeth Meloni, *op. cit.* Pg. 58.

sobre o médico que exercia “um trabalho que por tradição era praticado por mulheres”¹⁰³. A autora aponta ainda a presença de estereótipos de gênero que marcavam a atuação da mulher na medicina, atribuindo a ela como consequência da escolha profissional a masculinização de suas características, a perda de feminilidade¹⁰⁴.

Outro fator conflituoso na instauração da prática obstétrica no Brasil era a rejeição social quanto à figura do homem profissional no momento do parto, fosse em função de questões morais da época, fosse em função das dúvidas quanto à qualidade dos serviços obstétricos prestados. Os estudos médicos voltados para a assistência ao parto, no Brasil, foram instituídos nos cursos médicos da Escola Rio de Janeiro por volta de 1809, como parte da cadeira de cirurgia e, em Salvador, por volta de 1819¹⁰⁵. Tais estudos, no entanto, seguiram por anos com enfoque teórico, cujo caráter precário seguiu mesmo quando da criação dos cursos de parteiras, em 1832. O pouco investimento na evolução da prática obstétrica no Brasil, o clima de animosidade que se instaurou entre os profissionais da medicina e as parteiras e as questões morais da época formaram um ambiente pouco propício ao desenvolvimento da especialidade. Mas, ainda que com pouca valorização dentro da própria classe médica e com as dificuldades decorrentes do preconceito social, a medicina incorporou a prática de assistência ao parto, direcionando seus esforços à parcela da população que não tinha condições de recorrer à assistência remunerada ou que não tinha poder decisório, como era o caso das mulheres pobres, prostituídas ou escravizadas.¹⁰⁶

¹⁰³ A terminologia “figura feminina” neste trabalho é utilizada em alusão à compreensão forjada pelas ciências de que a mulher possui características biológicas determinantes do seu papel social, que impõem a sua exclusão de atividades atribuídas ao homem. Vide capítulo 2.1.

¹⁰⁴ O acesso às mulheres ao ensino médico no Brasil, passa a ocorrer efetivamente a partir de 1889, apesar de haver regulamentação permitindo seu ingresso às Universidades desde 1879. VIEIRA, Elizabeth Meloni, *op. cit.*, p.58. Ainda sobre o ingresso da mulher na medicina, ver nota 7.

¹⁰⁵ Estas são as duas principais escolas médicas da época. VIEIRA, *op. cit.* Pg.

¹⁰⁶ Palharini e Figuerôa apontam as dificuldades de implantação de um ensino prático da obstetrícia pelas escolas médicas em determinados hospitais, como era o caso da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, em razão dos padrões de moralidade da época, diante da ideia de que esta prática atrairia a presença de prostitutas ao hospital. Mesmo depois da autorização da instalação de uma enfermagem destinada aos cursos médicos as dificuldades persistiram, com grande resistência no atendimento das mulheres pelas freiras, que influenciavam nas questões de infraestrutura, tais como a limpeza, roupa de cama e etc. PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. *Op. cit.*

Observa-se também que a medicina evolui como um mecanismo de devolver a saúde aos indivíduos e seu ingresso no universo feminino também ocorreu nestes termos. A especialidade da obstetrícia foi desenvolvida e aprimorada com o intuito de impedir a morte materna, seja no parto, seja no pós-parto, um cenário que dá ao profissional a dimensão do parto como sendo um evento potencialmente mortal e cuja intervenção, para assegurar o retorno à saúde, é natural. O médico ainda tem o poder e a obrigação de trazer alívio ao sofrimento do paciente, o que, por muitas vezes pode interferir na sua compreensão do parto, que é um evento que envolve o manejo da dor.

A intervenção médica para alívio da dor no parto é uma questão que invoca reflexões, uma vez que ao mesmo tempo em que a utilização de recursos farmacológicos pode trazer conforto e dignidade à cena do parto, também é possível se caracterizar como um meio de violação de direitos da mulher, caso não sejam respeitados seus desejos. A compreensão do parto como uma patologia pode influenciar a atuação profissional negativamente, fazendo com que o uso de recursos farmacológicos ocorra de forma invasiva e influenciando no curso do parto para maior rapidez, e como consequência, retirar a capacidade decisória e de controle do evento do âmbito individual da mulher. Com efeito, a escolha com relação ao manejo da dor deve passar pela decisão informada da mulher, sempre que não haja riscos para o binômio materno-fetal.

Ocorre que, conforme já observado, a prática e o ensino da especialidade obstétrica, marcados por um contexto de precariedade das ciências, experimentação de técnicas e desvalorização social da mulher levou à visão do parto como um evento patológico, de risco, que demanda intervenção ou mesmo supressão por completo, perdendo-se o caráter fisiológico e natural e retirando da mulher a capacidade decisória e de realização.

Como resposta à necessidade de evolução da técnica para salvar vidas, muitos mecanismos de intervenção foram inventados e, por vezes, utilizados indiscriminadamente¹⁰⁷ e sem fundamento em bases científicas sólidas. Na

¹⁰⁷ “A adoção de medidas higiênicas teve sucesso no combate à infecção puerperal. A bacteriologia foi fundamental no desenvolvimento do hospital moderno. Até 1880, as salas cirúrgicas não tinham assepsia; após a adoção desse procedimento, houve como consequência

realidade até boa parte do século XX a medicina era praticada com base no empirismo, tendo sido introduzido o método científico nas décadas de 1970 e 1980¹⁰⁸, com o início do movimento da medicina baseada em evidência científica, tal como abordado no capítulo anterior. Este movimento permitiu o questionamento e avaliação dos métodos de interferência no parto e pós-parto, com relação à segurança e eficácia¹⁰⁹, apontando para a necessidade de uma atenção com o mínimo de interferências, ou nenhuma, para a segurança da mulher e da criança¹¹⁰.

Com base nestes estudos, a Organização Mundial de Saúde¹¹¹ passou a recomendar a menor quantidade possível de intervenções médicas nos partos, bem como classificou as condutas médicas em quatro categorias, as quais seriam (i) utilidade comprovada, (ii) utilidade não comprovada e que deve ser eliminada, (iii) utilidade não comprovada que requer precaução, (iv) realizadas de forma inadequada causando mais danos do que benefícios¹¹². Buscando orientar os médicos quanto à adequação das intervenções, a OMS vem realizando outras publicações que incentivam o parto normal como melhor solução para mulher e criança nos partos de risco habitual.

Ainda assim tais recomendações encontram muita resistência no Brasil, a julgar pelas pesquisas que indicam os percentuais de partos por cirurgia cesariana, realização de episiotomia, utilização de mecanismos indutores do parto e redutores do tempo. De acordo com a ANS o percentual de partos cesáreos informados pelas operadoras de planos de saúde é de 83%,

diminuição da mortalidade, contribuindo muito para que os hospitais tivessem melhor aceitação na sociedade (Rosen, 1980). Essa aceitação e a utilização de anestésicos contribuíram para o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas obstétricas que até então apresentavam elevada mortalidade. Segundo Shorter (1982: 161), no século passado a palavra cesariana era sinônimo de sentença de morte: “Na Grã-Bretanha em 80 cesarianas realizadas antes de 1858, somente 29% das mulheres sobreviviam. Em 120 realizadas nos Estados Unidos entre 1852 e 1880, 58% das mulheres morreram”. VIEIRA, op. cit, pg. 51

¹⁰⁸ Sobre este tema, ver considerações e notas do capítulo 2.3.

¹⁰⁹ Iniciativa Cochrane e Biblioteca Cochrane compilam os estudos realizados que analisam casos desde os anos de 1950.

¹¹⁰ DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. Pg 4.

¹¹¹ World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit*. Geneva: WHO, 1996.

¹¹² DINIZ, Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. p. 5

em dados de 2017¹¹³, já nos atendimentos prestados pelo SUS este percentual é de 41,9%¹¹⁴, com relação às episiotomias, os dados da Pesquisa Nascer no Brasil de 2014 são de 53,3%¹¹⁵. A OMS recomenda que sejam 10%.

É relevante notar que o aumento dos procedimentos invasivos na assistência ao parto parece ser um movimento contrário ao que ocorre em outras especialidades da medicina, pois há uma busca pela tecnologia com o objetivo de reduzir cada vez mais o uso destas técnicas, tal como ocorre em algumas modalidades cirúrgicas que são realizadas através de vídeo e inserção de cateter, desde casos de cálculos renal e vesicular até cirurgias ortopédicas e cardiovasculares. Estes procedimentos buscam a redução não só dos riscos cirúrgicos, como também dos desconfortos ocasionados aos indivíduos a eles submetidos. No caso dos partos, no entanto, verifica-se o movimento contrário, uma vez que, mesmo sendo um evento com potencial para ocorrer de forma bem-sucedida com pouca ou nenhuma interferência, passou a ser corriqueiramente objeto de intervenções dolorosas, que não só aumentam os riscos como também ocasionam sérios desconfortos para a mulher.¹¹⁶

A falta de um olhar que contemple a figura feminina como merecedora de tratamento digno ocasiona uma cultura de violação de direitos em larga escala, de acordo com o que apontam os informes prestados ao Ministério da Saúde com relação às intervenções nos partos. E o mesmo ocorrerá nos casos em que as intervenções efetivamente são necessárias e não são realizadas em

¹¹³ Informações obtidas no site da ANS, no endereço: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Consultado em 22/05/2019.

¹¹⁴ Dados obtidos em notícia publicada no site do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>. Consultado em 22/05/2019.

¹¹⁵ Pesquisa Nascer no Brasil – Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Coordenação Fiocruz. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1, Rio de Janeiro, 2014. Acesso no endereço:

http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Consultado em 21/05/19

¹¹⁶ Diniz aborda a questão da utilização rotineira de intervenções no parto, que pode ter como consequência a superestimação de riscos potenciais, levando a sua substituição por riscos certos decorrentes dos tratamentos cuja eficácia não é comprovada, alertando que “Assim, cria-se o chamado efeito cascata, quando os médicos submetem as mulheres a intervenções “que podem levar a complicações, gerando intervenções subseqüentes e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado” (Mold e Stein,1986).” DINIZ, Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. p 9.

virtude da precarização do atendimento destinado a certos grupos populacionais, como será aprofundado no próximo item.

3.2

Medicalização como instrumento de biopolítica? A relação entre a medicalização e o corpo da mulher

A evolução da técnica e o avanço da tecnologia permitiram que a medicina alcançasse maior eficiência para salvar vidas e aumentar a qualidade de vida do ser humano. Paralelamente à evolução do aspecto técnico-científico relacionado à cura da doença física, houve também a ampliação da atividade médica para além das funções mecânicas do corpo humano, se direcionando para o aspecto comportamental, social do indivíduo¹¹⁷. Essa ampliação do campo de atuação da atividade médica lhe conferiu a função de agente normalizador do desvio e, para tanto, a medicina assume o papel de estabelecer a normalidade. É nesta condição que seu campo de atuação é ampliado para passar a determinar as condutas que são socialmente aceitas ou passíveis de intervenção médica.¹¹⁸ O discurso médico, no entanto, não é um discurso neutro, como se pretendia afirmar, isento de influência das redes de poder e sua produção. Ele, na realidade, se relaciona com as demandas sociais de seu tempo. É possível associar o processo de medicalização do parto a um

¹¹⁷ A ampliação da atuação do médico no século XIX, na visão de Vieira, atribui a ele as funções de educador e guardião da moral e dos costumes, no âmbito do projeto de higienização que vai do espaço público ao ambiente doméstico. A medicina social alcança, também, os indivíduos “O médico passa, então, a ter um papel social mais amplo. Para Machado et al. (1978), ele se torna um cientista social integrando outras disciplinas, tais como estatística, geografia, demografia, topografia, história – à sua lógica e configura-se como um planejador urbano.” Vieira, p. 22.

Para Aguiar, a autoridade médica, moral e cultural, sobre a sociedade não está pautada somente no conhecimento científico e nas tecnologias, mas também em valores e crenças culturais e no seu domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. A autora indica que “De acordo com Starr essa autoridade técnico-científica é a fonte do poder médico, pautada em dois pilares: a legitimidade científica de seus conhecimentos e a dependência dos indivíduos em relação a estes conhecimentos, uma vez que a saúde tem um valor inequívoco de importância para todos e a não obediência à autoridade médica pode resultar em danos (antecipáveis) para a saúde do paciente.” AGUIAR, Janaína Marques de, D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas, SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública vol.29 no.11 Rio de Janeiro Nov. 201. No endereço: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>. Acesso em 21/02/2020.

¹¹⁸ VIERIA, Elizabeth Meloni, op. cit. p. 20-28.

discurso civilizatório, onde a criação da maternidade, juntamente com o movimento sanitaria, possuía uma função relativa à organização social, com o atendimento das mulheres pobres e ao controle de natalidade através do afastamento da parteira destas práticas.¹¹⁹ A institucionalização e medicalização do parto possibilitou o alcance deste projeto à mulher, essa figura que materializa o desvio na sociedade, em quaisquer das condições sociais em que se apresentasse, rica, pobre, escrava, prostituta ou parteira.

No tocante à questão da normalidade estabelecida pelo discurso médico, é importante considerar as contribuições de Georges Canguilhem, ao analisar a definição de patológico, em relação ao conceito de normalidade. Na sua compreensão, o anormal não é o patológico, ainda que o patológico seja anormal e diversidade não é doença.¹²⁰ O autor critica a associação do conceito de normalidade à frequência estatística, ou à média, uma vez que, desta forma, toda anomalia ficaria associada à patologia. A aplicação destes conceitos, normalidade e patologia, segundo o autor, no que se refere aos seres humanos não se limita à observação apenas de suas características naturais, sendo importante considerar, também, o contexto no qual está inserido o indivíduo: "as normas fisiológicas definem não tanto uma natureza humana, mas, sobretudo, hábitos humanos relacionados com os gêneros de vida, os níveis de vida e os ritmos de vida"¹²¹. A doença, para Canguilhem está associada ao sofrimento e não à anormalidade. Com base nessas colocações, considerando que o estabelecimento da normalidade no discurso médico-científico não está isento de sofrer influências, não é um discurso neutro, é possível compreender a concepção de normalidade como sendo um reflexo de uma cultura específica, em um contexto histórico determinado.

A alteração da condição do hospital de local de exclusão e morte para um local de cura possibilitou a modificação da própria função do médico na sociedade e tal alteração, juntamente com o nascimento da medicina social,

¹¹⁹ VIERIA, Elizabeth Meloni, op. cit. p.27-28 e 59-60 e PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Sílvia Fernanda de Mendonça. *Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde"*. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.25 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2018 <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008>.

¹²⁰ CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Ed. Forense Universitária. 2011. Pg. 95-100.

¹²¹ CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Ed. Forense Universitária. 1995. Pg. 125-126.

que segundo Foucault, surge com a medicina moderna, no contexto de formação da sociedade capitalista¹²², foram fatores fundamentais para o projeto de medicalização da sociedade¹²³.

O termo medicalização vem sendo debatido desde meados dos anos de 1970, através da reflexão crítica a respeito da ampliação do campo de atuação da medicina que foge ao da saúde e transforma situações de cunho social em condições a serem tratadas medicinalmente, compreendidas como patologias¹²⁴. Dentre as teorias que criticam a medicalização, encontram-se a noção de que o monopólio médico-científico está aliado à desconsideração de saberes compreendidos como não científicos, ao disciplinamento autoritário dos indivíduos, à vinculação da medicina ao sistema capitalista, como instituidora de condutas normalizadoras¹²⁵.

Partindo da concepção de Foucault sobre poder, o processo de medicalização surge como parte de uma conformação social, na medida em que os saberes-poderes que estão a ele relacionados influenciam na construção da subjetividade dos indivíduos. Assim, não se trata apenas de afirmar negativamente a medicalização, mas sim de identificar seu potencial transformador na sociedade, compreendendo suas ramificações como parte de um mecanismo de gestão da vida. Podemos identificar aspectos da medicalização no controle populacional, seja para incentivo do aumento da população, seja para frear seu crescimento, ou mesmo no processo de sanitização e higienização das cidades, até a construção de um ideal de saúde a ser alcançado através de comportamentos e hábitos a serem adotados individual e coletivamente.

¹²² FOUCAULT, Michel. *O nascimento da medicina social*. In: *Microfísica do Poder*. Ed. Paz & Terra. Rio de Janeiro e São Paulo. 2019. Pg. 143-170.

¹²³ Ao analisar o processo de formação da medicina social, Foucault se baseia em três modelos de constituição desta forma de atuação médica, que são, o modelo alemão, da medicina de Estado, o modelo francês, da medicina urbanística e, por fim, a medicina direcionada aos pobres e trabalhadores. FOUCAULT, Michel. Op. cit. pg. 143-170

¹²⁴CARVALHO, Sérgio Resende; RODRIGUES, Camila Cristina de Oliveira; COSTA, Fabrício; ANDRADE, Henrique S. *Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 25(4):1251-1269. DOI: 10.1590/S0103-73312015000400011

https://www.researchgate.net/publication/294421012_Medicalizacao_uma_critica_impertinente_Introducao. Acesso em 23/02/2020.

¹²⁵ CARVALHO, Sérgio Resende; RODRIGUES, Camila Cristina de Oliveira; COSTA, Fabrício; ANDRADE, Henrique S. *Ibidem*.

No campo da saúde da mulher, o processo de medicalização tem especial impacto a partir da transformação do corpo feminino em objeto de estudo da ciência, com foco na questão da reprodução. A figura feminina passa a ser definida e ter sua função social atrelada a partir de sua relação com este processo, sua capacidade ou incapacidade reprodutiva. A sexualidade da mulher passa a ser vinculada a este aspecto também, assim como a sua saúde física e mental. Vieira assim afirma:

Ehrenreich & English (1973) assinalam que o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista na nossa cultura. A “doencificação” desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico.¹²⁶

A medicina exerceu um papel de destaque na conformação do corpo feminino ao ideal de formação social, ao vincular a saúde da mulher ao modelo de sexualidade ligada ao casamento e à reprodução. O discurso médico passa a incorporar aspectos relacionados à educação das mulheres, com vistas a assegurar a educação dos filhos¹²⁷, revelando a pretensão da formação de um segmento sadio da sociedade. Diz-se um seguimento, pois este discurso era voltado apenas para uma parcela da população que não incluía mulheres inseridas em contextos fora da elite social e econômica, que eram objeto de um discurso diferenciado.

Analisando as teses inaugurais dos cursos de medicina no Brasil do final do século XIX, Vieira apresenta o cenário que revela esta diferença de discursos para justificar intervenções de acordo com a posição social da mulher. Neles, a autora identifica um propósito de diferenciação de mulheres em mais ou menos sensíveis à dor, em função da inserção em um contexto mais distante ou mais próximo da natureza, ou do meio urbano¹²⁸. Disto resulta que as mulheres da elite da época seriam vislumbradas como menos propensas a suportar o processo do parto, necessitando de maior intervenção

¹²⁶ Obra citada, pg. 24/25.

¹²⁷ OLIVEIRA, Adriana Vidal de. *Constituição e Direito das Mulheres. Uma Análise dos Estereótipos de Gênero na Assembleia Constituinte e suas Consequências no Texto Constitucional*. Ed. Juruá. Curitiba. 2015. Pg. 93.

¹²⁸ VIEIRA. Elizabeth Meloni. *Op. cit.*, p. 36 e 37.

médica e anestésicos do que as mulheres do campo, por exemplo. As mulheres escravizadas e pobres, dentro desta lógica, estariam entre aquelas que teriam maior resistência à dor e, portanto, não necessitariam de cuidados médicos direcionados ao alívio, ou o necessitariam em menor grau. Este discurso discriminatório segue como base da violência obstétrica até os dias atuais, em um recorte de raça e classe, como já abordado no capítulo 2 e será abordado adiante, novamente.

O surgimento de uma diferenciação do tratamento no discurso médico poderia estar associado ao fato de que a medicina passou a consolidar-se como profissão liberal, voltada à elite da sociedade, que era quem poderia pagar pelos serviços diferenciados, em convergência com a estrutura social segregadora, de bases escravagistas¹²⁹. O fato é que o discurso médico refletia os anseios da elite da época, com um projeto de sociedade que dependia, em grande medida, da regulação da conduta das mulheres de acordo com suas posições sociais. Desse interesse surgiram inúmeras teorias referentes à reprodução e sexualidade das mulheres, sendo definida, pelo discurso médico, a natureza feminina¹³⁰. Natureza esta que, em grande parte associada ao comportamento dos animais, sujeitou a mulher a toda sorte de controles de natureza medicamentosa ou cirúrgica, a fim de corrigir “desvios” de comportamento, tais como a infidelidade e a homossexualidade.¹³¹

Esse controle sobre a “feminilidade”, sobre os corpos que foram definidos como femininos, em especial o controle diferenciado de acordo com a posição social ocupada por esse corpo, vai definir as bases da atenção de

¹²⁹ VIEIRA. Elizabeth Meloni. *Ibidem*. p. 37.

¹³⁰ Com relação ao papel desempenhado pela ciência médica na elaboração do conceito de natureza feminina, Vieira elucida sua ancoragem em fatos biológicos referentes ao corpo da mulher, tais como menstruação, gestação, amamentação, que são tomados como respostas para questões sociais, tornando-se determinantes na divisão social por gêneros. Dentro desta proposta, a sexualidade da mulher estrava atrelada ao papel social a ela imposto, o que deu origem a teorias associando o comportamento tido como desviante a condições da “natureza feminina”, geralmente ligadas à sexualidade ou às funções biológicas exclusivas do corpo da mulher, que embasaram intervenções médicas radicais como mutilação, castração, internação. Condutas como a masturbação, a infidelidade, a homossexualidade são associadas a funções biológicas como o funcionamento dos ovários ou a existência do clitóris. VIEIRA. Elizabeth Meloni. . *Ibidem*. p. 31-33 e 37-45.

¹³¹ A realização de cirurgias como clitorectomia, nevrotomia clitoriana, aderência dos grandes lábios, extirpação dos ovários, recomendação da gravidez ou a camisa de força como mecanismos de contenção do comportamento das mulheres, são elencados por Vieira como alguns dos procedimentos recomendados para controle do comportamento da mulher, encontrados nas teses inaugurais referentes aos cursos de medicina das faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia. *Ibidem*, p. 38.

saúde da mulher, possibilitando e perpetuando a ocorrência da violência obstétrica.

A medicina moderna e o processo de medicalização se iniciam no que Foucault denomina como sociedade disciplinar. A disciplina tem papel crucial na transformação da medicina em saber-poder, através da manipulação do “corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo”¹³². Mas, mais do que se transformar em um instrumento de um projeto social, a medicina se beneficia deste mecanismo para alcançar outro patamar de atuação. É através da disciplina, tal como descrita por Foucault, que a medicina vai encontrar meios de organização e transmissão do conhecimento, conhecimento este que vai ser fundamental para possibilitar o surgimento de uma nova era em termos de saúde global, mas que também será fundamental no exercício de outras formas de poder.

No poder disciplinar, temos a tentativa de “reger a multiplicidade dos homens, na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos”.¹³³ Mas Foucault nos apresenta uma nova tecnologia de poder, que surge na segunda metade do século XVIII e que incorpora a técnica disciplinar. Nesta tecnologia, o foco não se dirige aos corpos, de forma individual, mas sim à multiplicidade deles, à massa global por eles formada na qual os processos da vida, como nascimento, morte, doença e produção geram impactos a serem considerados globalmente¹³⁴. Para o autor, o poder disciplinar representa uma primeira tomada de poder sobre o corpo, através da individualização, ao passo que a segunda é massificante, em direção ao “homem-espécie” e não ao “homem-corpo”, que ele denomina biopolítica da espécie humana.¹³⁵

Um dos campos de intervenção da biopolítica é justamente aquele referente à saúde, através da investigação de dados relacionados aos nascimentos, às doenças, incapacidades e às mortes. Dados que permitem a coordenação da informação, normalização do saber e a adoção de práticas

¹³² FOUCAULT, Michel. *Em defesa da Sociedade*, p. 209. Ed. WMF Martins Fontes. São Paulo. 2018.

¹³³ FOUCAULT, Michel. *Ibidem*, aula de 17/03/76, p. 204.

¹³⁴ *Ibidem*

¹³⁵ *Ibidem*

generalizadas de tratamento médico. Para Foucault, a “biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema do poder”¹³⁶. E para lidar com a população e os eventos aleatórios que sobre ela recaem impactando o equilíbrio global, surge outro poder que é o de “fazer viver” e “deixar morrer”. É o que Foucault denomina de regulamentação da vida.

E como ponto fundamental de equilíbrio entre estas tecnologias de poder, disciplinar e regulamentadora, está a norma, pois ela circula entre uma e outra forma de poder, permitindo ao mesmo tempo “controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica”¹³⁷. Com ela, surge a sociedade de normalização, na qual se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação¹³⁸, que possibilita o biopoder, ou seja, um poder que abarca a vida individual e coletiva, o corpo e a população.

É a emergência desse biopoder que possibilitou o ingresso do racismo como um dos mecanismos de Estado¹³⁹, permitindo que segmentos populacionais sejam objeto de práticas diretas de eliminação ou mesmo de práticas não diretas, mas que se enquadram na categoria de deixar morrer¹⁴⁰. Para Foucault é através desse encontro entre o racismo e o exercício do biopoder que a sociedade de normalização vai funcionar, permitindo que o Estado exerça uma função assassina¹⁴¹, pois

¹³⁶ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da Sociedade*, pág. 209. Ed. WMF Martins Fontes. São Paulo. 2018 p. 206.

¹³⁷ *Ibidem*, p. 212.

¹³⁸ *Ibidem*, p. 213.

¹³⁹ Obra citada, p. 214.

¹⁴⁰ Com relação ao racismo de Estado, relevante mencionar o posicionamento de Giorgio Agamben, que o denomina como tanatopolítica. Para o autor, algumas vidas estão inseridas na qualificação política de vidas não dignas de viver, o que ocorre mesmo no estado de direito, com a vontade soberana operando sobre elas. O autor relaciona o nazismo como um momento de concretização máxima da biopolítica. *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua*, pp. 25. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter. *Corpo e autonomia: a interpretação do artigo 13 do código civil brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada no programa de pós-graduação da PUC-Rio. 2009. CASTOR, Ruiz. *Homo sacer. O poder soberano e a vida nua*. IHU On-Line número 371, de 29-08-2011. Disponível no endereço: <http://www.ihuonline.unisinos.br/edicao/371>. Acesso em 23-02-2020.

¹⁴¹ Sílvia de Almeida pondera que o racismo tem duas funções ligadas ao poder do Estado, que são: a fragmentação e o estabelecimento de relação positiva com a morte do outro. Através da fragmentação é que são introduzidas as hierarquias que permitem o estabelecimento dos grupos que vão permanecer vivos e os que vão morrer, entendendo-se no conceito de morte não só a perda da vida, mas também a exposição ao risco de morte, a

...tirar a vida, o imperativo da morte, só é admissível, no sistema de biopoder, se tende não à vitória sobre os adversários políticos, mas à eliminação do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação, da própria espécie ou da raça. A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização.¹⁴²

Sobre a forma diferenciada de atuação biopolítica sobre os gêneros na população racializada, Sueli Carneiro pondera que:

Nessa biopolítica, gênero e raça articulam-se produzindo efeitos específicos, ou definindo perfis específicos para o "deixar viver e deixar morrer". No que diz respeito ao gênero feminino, evidencia-se a ênfase em tecnologias de controle sobre a reprodução, as quais se apresentam de maneira diferenciada segundo a racialidade; quanto ao gênero masculino, evidencia-se, a simples violência.¹⁴³

E ainda

Em nossa elaboração, entendemos que onde não há para o dispositivo de racialidade interesse de disciplinar, subordinar ou eleger o segmento subordinado da relação de poder construída pela racialidade, passa a atuar o biopoder como estratégia de eliminação do Outro indesejável. O biopoder aciona o dispositivo de racialidade para determinar quem deve morrer e quem deve viver.¹⁴⁴

O biopoder está na base na conformação da “sociedade da saúde” que, paradoxalmente, se vale da tecnologia da cura para excluir um segmento da população, justamente na busca pela manutenção de uma sociedade saudável. Assim, temos que no século XVIII o hospital se transforma, de um

morte política, a expulsão e a rejeição. O autor ainda apresenta a relação entre o pensamento de Foucault com as construções de Achille Mbembe, pois enquanto o primeiro toma como referência o Estado nazista para a compreensão de estado racista, assassino e suicidário, o segundo compreende no processo de colonialismo que ocorre o encontro entre biopoder, estado de exceção e o estado de sítio, dando origem a uma forma de terror por ele denominada necropolítica. A raça, neste processo é crucial, conforme ressalta Almeida, que assim aduz: “Foi com o colonialismo que o mundo aprendeu a utilidade de práticas como “a seleção de raças, a proibição de casamentos mistos, a esterilização forçada e até mesmo o extermínio dos povos vencidos foram inicialmente testados” (*apud* Mbembe). ALMEIDA, Silvio. *Racismo Estrutural*. Ed. Pólen. São Paulo. 2019. Pg. 113 e ss.

¹⁴² Obra citada, pg. 215.

¹⁴³ CARNEIRO, Sueli. *A construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo. 2005. Pg. 72.

¹⁴⁴ *Ibidem*, pg. 76.

local de exclusão e morte, em um local de cura, possibilitando a organização e a transmissão do conhecimento para aumentar a vida¹⁴⁵, e, atualmente, volta a sua condição de local de exclusão e morte. Desta vez, no entanto, não por falta de conhecimento técnico-científico, mas por meio de mecanismos tais como a regulamentação e o biopoder.

3.3

Medicalização do parto no contexto brasileiro. Dois cenários possíveis para a utilização da tecnologia na atenção à saúde da mulher

A partir desta análise podemos fazer uma leitura do contexto brasileiro atual no que diz respeito às questões de saúde, diante do impedimento de aplicação das tecnologias e conhecimentos adequados a segmentos específicos da população, em razão de questões políticas que influenciam na gestão dos recursos públicos. No que diz respeito à saúde da mulher, este mecanismo do poder atua de forma contundente através da violência obstétrica. Isto porque, o atendimento médico relacionado à gestação é diferenciado para mulheres que ocupam posições sociais distintas. Mulheres pobres e negras não tem acesso à tecnologia de ponta, quando necessário, e tais circunstâncias se revelam em números de mortes maternas e infantis. De acordo com os dados do IPEA, os números referentes às mortes maternas no Brasil sofreram um aumento com relação aos dez anos anteriores sendo registrados 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2016¹⁴⁶. De

¹⁴⁵ Sobre a influência da medicina na biopolítica, Viveiros de Castro esclarece: “Os dispositivos biopolíticos, aliados aos já mencionados investimentos do biopoder, foram firmemente sustentados pelo desenvolvimento das novas tecnologias médicas, através de conhecimentos científicos que visavam a superação dos limites da estrutura biológica como meio de concretizar uma política efetiva de gestão de corpos dóceis e produtivos. Assim, as biopolíticas empregadas desde a sociedade industrial renderam os frutos do grande salto demográfico constatado no século XX.” VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter. *Corpo e autonomia: a interpretação do artigo 13 do código civil brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada no programa de pós-graduação da PUC-Rio. 2009.

¹⁴⁶ http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35013 acesso em 07/01/2020.

acordo com informações do Ministério da Saúde, o aumento nos registros de mortes maternas foi maior nas regiões Norte e Nordeste.

Maria do Carmo Leal, em entrevista ao site da Fiocruz,¹⁴⁷ destaca que desde os anos de 1990 houve um aumento na cobertura do pré-natal e do parto hospitalar, que passaram a ser universais e tal situação influencia na notificação das mortes maternas que possivelmente eram subnotificadas em outras épocas. Ainda assim, estes dados reforçam a noção de que um segmento da população não recebe a atenção médica adequada, referente ao pré-natal, parto e pós-parto, pois mesmo com uma rede hospitalar muito espalhada pelo país, vários casos de mortes evitáveis ocorrem em virtude, ou da falha na identificação de casos de risco durante a gestação, ou de atendimento inadequado durante o parto. E nos casos de atendimento inadequado, podemos incluir as questões referentes à falta de aparelhagem adequada para intervenções complexas de emergência (insumos cirúrgicos, cirurgiões, anestesistas, UTI, ambulância) que requerem atuação com muita rapidez.

A falta de tais condições pode ser atribuída a um conjunto de fatores tais como cortes do investimento em saúde, a redução das verbas destinadas ao Sistema Único de Saúde, que atende aproximadamente 70% da população brasileira. O corte de recursos destinados ao sistema de saúde pública que atende à maioria da população do país revela que dentre as prioridades da agenda política nacional não está a manutenção da saúde da população, ou melhor, que as estratégias para manutenção de um sistema de privilégios se valem de técnicas de poder que afetam diretamente as condições de vida de determinados seguimentos sociais, no caso, aqueles que não possuem recursos para o custeio da saúde na rede particular.

No caso do Brasil, as mulheres negras estão no seguimento social mais fortemente afetado pelo desmonte de instituições e de políticas públicas voltadas à redução da pobreza, pois de acordo com o Dossiê sobre a Situação das Mulheres Negras no Brasil:

¹⁴⁷ Entrevista Maria do Carmo Leal publicada no site Fiocruz. Obtida no endereço <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/44418>. Acesso em 07/01/2020.

as mulheres negras estão entre os contingentes de maior pobreza e indigência do país. Possuem uma menor escolaridade, com uma taxa de analfabetismo três vezes maior que as mulheres brancas, além de uma menor expectativa de vida. São trabalhadoras informais sem acesso à previdência, residentes em ambientes insalubres e responsáveis pelo cuidado e sustento do grupo familiar.¹⁴⁸

No que concerne à questão da atenção ao parto, o desmonte dos equipamentos públicos vai gerar impacto sobre exatamente esta população feminina mais vulnerável, cujo reflexo encontramos nos números referentes à mortalidade materna. De acordo com dados do Ministério da Saúde¹⁴⁹ a cada 100 mil mulheres negras que ingressaram no sistema de saúde para atendimento no parto, entre 2008 e 2017, 22 morreram, o que representa o dobro de mulheres brancas mortas, nas mesmas circunstâncias no período. Dentre estas mortes, vários casos são associados à violência obstétrica, pois são decorrentes da falha no atendimento ou do acesso ao atendimento, da recusa de procedimentos de emergência, da falta de atenção adequada às mulheres que dependem da saúde pública que, em grande medida é decorrente do racismo institucional.

Um destes é o caso de Rafaela Cristina dos Santos¹⁵⁰, que morreu, aos 15 anos, em 2015, em decorrência da recusa da equipe médica na realização de uma cirurgia cesariana de emergência. Mesmo diante de um quadro de complicações e alto risco, a insistência na realização de um parto normal ocasionou um quadro de eclampsia e hemorragia que resultou na morte de Rafaela a caminho de uma unidade com UTI, quando o procedimento adequado teria sido o encaminhamento emergencial, através de uma ambulância, ao hospital com condições de atender ao parto de alto risco, mediante cirurgia cesariana e evitar a morte materna. As sucessivas falhas no

¹⁴⁸ GELEDÉS, Instituto da Mulher Negra; CRIOLA, Organização de Mulheres Negras. Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras: violências e violações. WERNECK, Jurema; IRACI, Nilza. (coord). Obtido no endereço <http://fopir.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Dossie-Mulheres-Negras-pdf> acesso em 09/01/2020.

¹⁴⁹ Obtidos pela Revista Eletrônica Gênero e Número, através da Lei de Acesso à informação e que foram publicadas na matéria intitulada “Mães Mortas: onde falha o sistema de saúde que negligência a vida das mulheres negras” de 11/09/2018. Acesso em 07/01/2020.

¹⁵⁰ Informações obtidas através do Dossiê Mulheres Negras, elaborado em uma parceria da ONG Criola, Instituto Geledés, no endereço: <http://fopir.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Dossie-Mulheres-Negras-pdf> e do site da Defensoria Pública, no endereço: <http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/4312-Mortalidade-materna-DPRJ-cobra-apuracao-para-caso-de-jovem>. Data de acesso: 07/01/2020.

atendimento de Rafaela, que vêm desde o pré-natal, onde sua condição deveria ter sido classificada como de risco, até o parto, com a recusa do procedimento cirúrgico indicado, revelam as condições de precariedade no acesso ao sistema de saúde e na própria atenção médica da mulher negra e pobre do País.

Importante destacar que, de acordo com o disposto na Lei 11.634/2007, a gestante tem o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto ou intercorrências pré-natal, quando atendida pelo SUS, sendo realizada tal vinculação no ato da sua inscrição no programa de assistência pré-natal. A vinculação deve ser realizada em unidade com capacidade para atender à situação de risco gestacional, identificada no pré-natal. Havendo emergência e incapacidade técnica ou de pessoal na unidade à qual for vinculada a gestante, a lei assegura que será promovida a sua transferência, de forma segura, pelo SUS. Ao que tudo indica, nenhuma destas previsões legais foi respeitada no caso do atendimento de Rafaela Cristina dos Santos.

Além de situações como esta, que levam à morte, as mulheres que dependem da rede pública (na sua maioria negras) vão se deparar com outras violações de seus direitos, uma vez que a elas são ministrados menos medicamentos para dor (mesmo quando realizados procedimentos extremamente dolorosos, como a episiotomia), são elas que são submetidas a manobras cuja realização é condenada pela OMS (como é o caso da manobra de Kristeller¹⁵¹), ou privação ao acompanhante, restrição da mobilidade e da alimentação, bem como insultos e violência física¹⁵².

¹⁵¹ Essa manobra consiste no exercício de pressão sobre a parte superior do útero durante o trabalho de parto, com o objetivo de acelerar a expulsão feto e é associada à graves lesões como deslocamento de placenta, fratura nas costelas, traumas variados no bebê, na cabeça, clavícula, braços, ruptura de útero, lacerações genitais, além do aumento da necessidade de utilização do fórceps.

¹⁵² Em maio de 2018 uma adolescente foi fisicamente agredida pelo médico obstetra que a atendia durante o parto no Hospital Balbinha Mestrinho, em Manaus. A agressão foi filmada por uma das pessoas presentes no momento e as imagens circularam nas redes sociais, causando comoção. De acordo com a entrevista de uma das familiares da parturiente, as agressões começaram verbalmente quando a paciente teve dificuldades de atender a uma determinação do médico com relação à posição, uma vez que estava com câibras e bastante cansada. O médico teria dito que ela não colaborava, agredindo-a com tapas na virilha. Ainda de acordo com a entrevistada, a bolsa teria sido estourada manualmente sem nenhum aviso à parturiente, além de ter sido realizada a manobra de Kristeller e privação de alimentação. A divulgação do vídeo gerou apuração pelo MP do Amazonas, bem como afastamento do médico da unidade de atendimento e sindicância pelo Conselho Regional de Medicina.

Na contramão deste quadro, vamos encontrar altos índices de realização de procedimentos cirúrgicos em mulheres de condições sócio econômicas distintas, que utilizam a rede particular de atendimento médico e maior propensão à realização de intervenções dolorosas, mediante utilização de analgesia.

No estudo *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*¹⁵³, que utiliza dados do levantamento realizado pela pesquisa *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*¹⁵⁴, observamos que as mulheres negras tem maior risco ao pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto, além de receberem menos orientação no pré-natal sobre os sinais de início de trabalho de parto e possíveis complicações na gravidez. De acordo com a pesquisa, “apesar de terem menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas, as mulheres pretas receberam menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada” e a “chance de nascimento pós-termo em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas), foi maior nas mulheres pretas que nas brancas” No que diz respeito à comparação entre mulheres brancas e pardas, o estudo indicou que há, para as pardas, maior risco de pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e menor risco para cesariana, episiotomia e uso de ocitocina no parto vaginal, sendo também maiores as chances de nascimentos pós-termo.

O estudo ainda apresenta um apontamento com relação à natureza do atendimento médico no Brasil que se mostra relevante ao destacar que

A princípio, menor exposição a intervenções tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas poderia significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais

Informações obtidas no site <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2019/02/20/obstetra-que-aparece-agredindo-gravida-em-video-ja-tem-outras-denuncias-diz-policia-do-am.ghtml>. Acesso em 09/01/2020.

¹⁵³ Leal et al. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. Cadernos de saúde Pública, vol. 33, supl.1, Rio de Janeiro, 2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 09/01/2020.

¹⁵⁴ Pesquisa obtida no endereço <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em 09/01/2020.

de saúde, em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado”.

De acordo com as informações prestadas pelos planos de saúde ao Ministério de Saúde, os números referentes aos partos por cirurgia cesariana, na rede particular podem chegar a 83 % dos partos realizados¹⁵⁵. Estes dados, aliados aos do estudo acima revelam um panorama de atendimento de saúde da mulher diferenciado por fatores como raça e classe que podem apontar para duas formas distintas de atendimento das mulheres no caso brasileiro, uma é a via da intervenção excessiva e a outra é a via da ausência de intervenção, sendo que ambos os casos se caracterizam como parte do processo de medicalização.

Isso porque, tomando como base a compreensão da medicalização como o processo através do qual aspectos da vida cotidiana são transformados em objeto da medicina, estendendo sua prática para assegurar conformidade às normas sociais¹⁵⁶ eis que tanto em uma forma de atendimento, quanto em outra, há a pretensão da conformidade do comportamento da mulher de acordo com o que se espera da posição social por ela ocupada. Assim, mulheres de classes média e alta, com maior grau de escolaridade, brancas, devem aceitar a atenção médica intervencionista, inobstante a eventual pretensão da experiência do parto como algo mais natural e mulheres pobres, com menor grau de escolaridade ou negras devem aceitar o modelo de pré-natal e parto que não oferece a tecnologia e intervenção adequadas, independente de suas vontades ou até mesmo do grau de risco.

Para a conformação de tais comportamentos das mulheres concorrem outros fatores relacionados à retirada do protagonismo da mulher no parto e a elaboração de um imaginário a respeito do evento parto que contribui para que o processo cirúrgico seja visto como a melhor solução.

¹⁵⁵ Em dados obtidos na página da ANS em 22/05/19, constam informações apresentadas pelos planos de saúde, em 2017, sobre a realização de 83% de partos por cirurgia cesariana e nos atendimentos prestados pelo SUS este percentual é de 41,9%. –no endereço eletrônico: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>

¹⁵⁶ VIEIRA, Elizabeth Meloni, “A Medicalização do Corpo Feminino”. Editora Fiocruz. 2015, pg. 19.

3.4

A substituição do protagonismo feminino pela figura do médico e a construção do imaginário a respeito do parto

A transferência do parto para o ambiente hospitalar, ao mesmo tempo em que permitiu a evolução do conhecimento técnico, também o institucionalizou e ocasionou a sua gradual retenção e restrição ao âmbito masculino, no qual se formaram as especialidades de ginecologia e obstetrícia, conforme já abordado no item 3.1. Como parte deste processo e em decorrência das disputas políticas entre médicos e parteiras, a mulher perdeu seu protagonismo, bem como a sua capacidade decisória. O médico passou a ser quem define e regula todas as questões relativas ao parto, desde a posição a ser assumida pela mulher, retirando a sua liberdade por completo. Em um ambiente composto majoritariamente por homens, sob o olhar da ciência e afastado do amparo familiar, o parto deixou de ser um evento natural, fisiológico, para se transformar em um evento patológico a ser tratado, controlado e solucionado pelo profissional, transformado em único detentor do conhecimento sobre o corpo feminino.

Na qualidade de conhecedor deste corpo, coube ao médico a tomada de decisões de extrema relevância, passando à sua discricionariedade, inclusive, a interrupção da gestação, quando entendesse presente alguma das causas que então eram consideradas como de risco para a vida da mulher¹⁵⁷. Evoluindo a partir deste cenário, a atividade médica voltada para o atendimento da mulher está associada a uma conduta arraigada em concepções que vinculam as mulheres e os saberes por elas adquiridos, individual ou coletivamente, a uma condição de inferioridade, e secundária nos processos de saúde sexual e reprodutiva, ainda que a profissão médica não seja exercida somente por homens.

¹⁵⁷ A partir de 1880 passou a ser decisão do médico a interrupção da gestação, sendo que até então o aborto terapêutico dependia do consentimento da mulher ou em casos controversos poderia ser uma decisão tomada em conjunto com a família. Atualmente, no entanto, esta decisão já não compete ao crivo exclusivo do profissional, ao menos do ponto de vista normativo, com o reconhecimento legal da autonomia da mulher para a recusa de interrupção da gestação.

Feita esta recapitulação, passa-se a analisar de que formas este processo de enquadramento social da mulher às posições de esposa e reprodutora ou objeto da satisfação masculina, dependendo do contexto socioeconômico, vincula as questões sexuais e reprodutivas da mulher ao imaginário masculino, tanto do ponto de vista da sexualidade, quanto do ponto de vista da superioridade na tomada de decisões.

Concorrendo como uma das causas de manutenção da condição de subjugação da mulher na sociedade, está a falta de informação e conhecimento sobre seus próprios corpos, sexualidade e processos reprodutivos. O monopólio deste saber pelo profissional da medicina pode ter contribuído para dificultar o ensino de educação sexual, que até os dias atuais segue como tabu, quando poderia representar um meio de libertação de condições de opressão sexista. No caso da violência obstétrica, a informação, apesar de não ser suficiente, ajuda a identificar alguns dos vários fatores que podem atravessar o processo de tomada de decisão pela via de parto e levar a um contexto de violação de direitos.

Considerando os índices nacionais com relação ao percentual de partos realizados através de cirurgias, especialmente na rede particular, onde, teoricamente, a mulher tem maior liberdade de escolha, há uma incongruência com levantamentos que apontam a preferência, no início da gestação, por um parto vaginal¹⁵⁸. Sobre este tema, Zanardo et al, apresentam as seguintes conclusões:

Diniz e Chacham (2006) referem diferentes estudos que buscaram entender a preferência das mulheres brasileiras pelo parto cesáreo e esses mostraram que a maioria das mulheres declarava preferência pelo parto vaginal. Porém, através da apresentação de dados superestimados de risco fetal, da interpretação da dor da gestante como uma exigência para a realização da cesárea, assim como a priorização das agendas e conveniências dos médicos, esses acabavam optando pela cesárea, contrariando o desejo das mulheres de terem um parto normal, especialmente no setor privado. Outro fator apontado na escolha pelas cesáreas seria a preocupação de preservar a genitália feminina. Em relação ao uso de procedimentos durante o trabalho de parto, uma das justificativas para seu uso seria a aceleração do processo e a liberação de leitos (Diniz & Chacham, 2006). Nesse sentido, a

¹⁵⁸ Pesquisa Nascer no Brasil – Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Coordenação Fiocruz. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1, Rio de Janeiro, 2014. Acesso no endereço: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Consultado em 21/05/19

cesárea se tornou uma solução mais prática e rápida, na qual a mulher não permanece por tanto tempo em trabalho de parto no hospital e, através da medicalização, o tempo da dor é mais curto e o procedimento mais “limpo”. (Leal et al., 2014)¹⁵⁹

A pesquisa Nacer no Brasil apresenta dados que indicam a preferência das gestantes pela realização do parto vaginal, no início da gravidez, inobstante na prática, os números indicarem que esta não é a via de parto que predomine. Conforme destacado no texto acima, alguns fatores contribuem para este resultado, sendo um deles, o mito de que o parto vaginal traria mais riscos para o bebê do que o parto cirúrgico e o medo do sofrimento. Com relação ao medo do sofrimento, tendo em vista os dados apresentados nos estudos anteriormente referenciados “*A cor da dor*” e a própria pesquisa Nacer no Brasil, que indicam que 1 entre 4 mulheres sofre violência obstétrica no país, e que as mulheres negras estão mais suscetíveis a determinados tipos de violência obstétrica, podemos concluir que é um medo real. Ocorre que o medo da dor também é originário de uma construção que, através do exagero e da própria prática médica, busca desencorajar as mulheres na escolha da via do parto vaginal, visto como evento patológico, potencialmente perigoso para mulher e bebê, além de demandar uma forma distinta de atenção pelos profissionais e infraestrutura das instituições de saúde.

Tratando sobre as origens da humanização da assistência ao parto, Diniz apresenta uma retrospectiva do surgimento do modelo hospitalar do parto, indicando o estabelecimento de processos que, hoje, identificamos como formas de violência obstétrica. Assim aduz:

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada cascata de procedimentos (Mold & Stein, 1986). No Brasil, aí se incluem como *rotina* a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje

¹⁵⁹ ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. *Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa*. Psicologia & Sociedade, 29: e155043. 2017.

em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser *prevenido*, por meio de uma cesárea eletiva.¹⁶⁰

A submissão da mulher a tal tratamento no parto, que já era compulsoriamente realizado no ambiente hospitalar, revela uma das origens da formação de um imaginário de parto que, de forma não surpreendente, induz à conclusão de que uma cirurgia seria a forma mais segura e menos traumática. O parto vaginal, brutalizado pela institucionalização, passa a ser sinônimo de sofrimento, ao passo que o parto cirúrgico é associado a um contexto de civilidade, ganhando território e se tornando um objeto de desejo, em perfeita harmonia com um projeto de pretensão disciplinar da saúde e da sociedade patriarcal capitalista¹⁶¹. O parto cirúrgico é um parto totalmente disciplinado, já que segue protocolos e rituais pré-estabelecidos e tem duração estimada e pouco variável¹⁶². Ganhando espaço nas classes média e alta, em especial na atenção pela rede particular, em poucas décadas, passa a ser a forma de nascimento mais frequente no Brasil e também na América Latina.

Ponderando sobre a relação entre a violência obstétrica e a percepção das mulheres sobre a humanização do parto em diferentes camadas sociais, Hirsch e Mendonça indicam que o padrão de atendimento encontrado nas

¹⁶⁰ DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Ciência Saúde Coletiva, n 10, vol 3. Rio de Janeiro, julho/setembro 2005.

¹⁶¹ Sobre as expectativas e impressões da mulher ao ingressar no ambiente hospitalar para o parto, Diniz apresenta o seguinte depoimento: “É uma coisa absurda, as mulheres já vão com tanto medo quando chega a hora de dar à luz que não tem prazer nenhum [...] Nós mulheres, quando chega no hospital, a gente costuma fazer uma comparação muito triste, que a gente se sente como carne no açougue [...] Tiram tudo da gente, a roupa, a sacolinha com as coisas, os óculos, a dentadura quem usa [...] A gente fica só com a alma da gente. Isto é muito triste, é um sofrimento terrível” Fermina Lopes da Silva, Seminário Nascimento e Parto, 1996.” DINIZ, Simone Grilo. “*Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*”, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. p. 188.

¹⁶² Relevante ponderar que, em se tratando de ambiente hospitalar, no qual estão inseridas as técnicas disciplinares de controle, a questão temporal tem grande relevância na organização espacial e econômica. Viveiros de Castro analisa a forma como Foucault aborda a relação entre tempo, disciplina e capitalismo industrial, ressaltando que a “exatidão e a aplicação são, com a regularidade, as virtudes fundamentais do tempo disciplinar” (*apud*). É possível traçar um paralelo com a função do tempo nos ambientes hospitalares da atualidade, diante do fato de a atividade médica estar inserida em um contexto econômico e, como tal, ser regida pelas regras do sistema capitalista, que relaciona as noções de tempo e dinheiro. A regularidade e rotatividade dos atendimentos tem relação com o fluxo financeiro dos hospitais, o que também influi na perspectiva dos profissionais com relação ao tempo de duração do parto. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter. *Corpo e autonomia: a interpretação do artigo 13 do código civil brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada no programa de pós-graduação da PUC-Rio. 2009

redes públicas também é um fator que influencia no desejo pelo parto cirúrgico, ressaltando que:

Nesse contexto, não é de surpreender que a cesárea possa representar para essas mulheres uma via para driblar os maus-tratos aos quais são submetidas durante o parto “normal”, como sugere o trabalho de Denyer, realizado na periferia de São Paulo. Segundo a autora, “mulheres grávidas se esforçam para serem classificadas como ‘de risco’ por médicos, enfermeiras e técnicos da área da saúde durante o atendimento pré-natal, de modo a evitar serem alvo de discriminação e abusos físicos frequentemente associados ao parto vaginal” (tradução livre)¹⁶³

Se até o século XIX, conforme anteriormente abordado, o medo da morte no parto era uma realidade muito presente¹⁶⁴, em decorrência da inexistência de uma ciência capaz de entender, prevenir ou tratar as suas causas, o surgimento e aprimoramento da ciência e da técnica na medicina transformou o medo da morte em medo da violência que ocorre no parto institucionalizado, com caráter acentuado na rede pública, para mulheres em condição de vulnerabilidade social.

O processo de estudo e desenvolvimento da ciência e da técnica necessários ao sucesso do combate à mortalidade materna ocasionou a visão do parto como evento desconectado de significado pessoal, social e familiar, tornando-se mecânico e não fisiológico, subtraído de sua potência transformadora e envolto em uma aura de insegurança e medo¹⁶⁵. A figura feminina acabou por ser afastada da condição ativa do processo, considerada incapaz de conduzi-lo e realizá-lo, para ser obrigada a assumir uma postura

¹⁶³ HIRSH, Olivia, MENDONÇA, Sarah. *Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas*. In *Violência Obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. p. 82.

¹⁶⁴ VIEIRA, Elizabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Ed. Fiocruz, 2015.p. 50 e ss.

¹⁶⁵ Viveiros de Castro, ao abordar a importância da presença do acompanhante na cena parto aponta para o fato de que a institucionalização do evento trouxe como consequência a separação da mulher de uma rede de amparo emocional e afetivo, que amplia o quadro de ansiedade e insegurança, desfavoráveis ao momento. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter. *Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 20-39.

de destinatária da prática obstétrica construída através da visão masculina e para o seu exercício exclusivo.¹⁶⁶

A figura feminina, representada como algo defeituoso, necessita da intervenção médica, especialmente no que concerne ao parto, uma vez que, sendo compreendido como incapaz, aquele corpo está submetido a uma autodestruição no ato de parir. Esta destruição afetaria, inclusive a própria sexualidade feminina, através do comprometimento da genitália no parto vaginal. Para evitar este comprometimento são realizadas intervenções, como a episiotomia, que muitas vezes comporta um ponto extra, conhecido como “ponto do marido”, com a promessa de assegurar o prazer sexual do homem, ou até mesmo a prevenção do próprio parto¹⁶⁷ com a realização da cirurgia que tem como consequência a desejada proteção da genitália e supostamente da sexualidade da mulher.

A atenção ao parto que tem a mulher como protagonista pressupõe uma condição de espera por parte do corpo profissional de saúde, espera não só no sentido do tempo de duração do evento, mas também no sentido de seu desenrolar natural, o que acaba por alterar as relações de poder envolvidas. O ato de esperar o desenvolvimento natural de parir coloca todas as demais pessoas envolvidas no processo, seja como profissionais, familiares ou até mesmo a sociedade como um todo, em uma posição de subserviência da mulher, acarretando uma modificação dos paradigmas sociais. A figura da

¹⁶⁶ "Lembro ter ido para o quarto ainda 'grogue', tem um vídeo que meu marido fez para registrar a primeira mamada, minha irmã estava no quarto, a enfermeira me dava instruções e eu só lembro por causa do vídeo" (JULIANA).

"Depois da sutura, fui levada para o que deveria ser a sala de recuperação por cerca de 40 minutos a 1 hora mas que me pareceram muito mais. O estado de confusão mental permanecia, eu não tive contato com ninguém da equipe e fiquei me sentindo largada (...) imediatamente após a cirurgia: fui levada na maca para o que me pareceu o canto de um corredor no centro cirúrgico e fiquei lá sozinha (...) sem que ninguém esclarecesse o que estava se passando, e os pensamentos confusos por conta, acredito, da emoção da cirurgia/anestesia. Nesse momento, lembro de me sentir com muita raiva, tratada como uma 'engrenagem do processo'." (DAIANE)

Relatos extraídos do artigo “*Meio grogue com as mãos amarradas: o primeiro contato com um recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada*” DINIZ Carmen Simone Grilo, SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie;. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. vol.23 no.2 São Paulo 2013.

¹⁶⁷ DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. p. 30, 31, 37. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. *Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica*. In: *Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*, Ed. Lumen Juris, 2020. p. 20-39

doula surge neste cenário como um recurso ao fornecimento desta atenção, espera e cuidado, como elucida Roberta Calábria:

“A doula é, por definição, uma mulher que porta saberes específicos para auxiliar outra mulher durante o período gravídico puerperal, tendo seu foco de atuação centrado no trabalho de parto, parto e pós parto imediato. Nosso trabalho em nada se confunde com o de demais profissionais da atenção obstétrica. A doula cumpre uma função a serviço da mulher, buscando proporcioná-la ferramentas para atravessar a passagem entre a existência anterior e a existência posterior à chegada da nova criança.”¹⁶⁸

Outro fator capaz de comprometer o protagonismo feminino é o manejo da dor, pois quando utilizado de forma abusiva pode retirar do parto seu caráter fisiológico e associar a condição feminina à de incapaz. Isto porque, a cultura médica deixa de preparar os profissionais para lidar com as circunstâncias de dor inerentes ao parto, que não necessariamente são prejudiciais à mulher, bem como às reações da parturiente no momento da dor. Em função deste despreparo institucional, o ambiente hospitalar é incapaz de comportar a presença das mulheres que, no parto, não fazem silêncio, não ficam em um local designado, quietas, resignadas e disciplinadas. Este despreparo favorece a ocorrência da violência obstétrica, seja através do tratamento desrespeitoso ou violento destinado a controlar ou castigar a mulher “rebelde”, seja através da utilização de meios farmacológicos de forma a silenciá-la ou incapacitá-la. O uso abusivo da anestesia pode impedir o protagonismo da mulher no parto, ao retirar-lhe a capacidade muscular, a sensação e o controle sobre o corpo. Importante ressaltar, no entanto, que não se faz aqui uma crítica ao uso do anestésico ou analgésico no parto, mas somente seu uso abusivo. Os recursos farmacológicos de alívio à dor devem estar disponíveis às parturientes sempre que assim o desejarem e sua oferta é uma das formas de humanização do parto e respeito à autonomia privada.

A “incapacidade feminina” para parir é utilizada como justificativa para procedimentos dolorosos, ou inadequadamente realizados pelos profissionais de saúde, que seriam “obrigados” a realizá-los de tal forma em

¹⁶⁸ CALÁBRIA, Roberta. *Doula à brasileira As idiossincrasias do cenário obstétrico contemporâneo e a figura da doula no Rio de Janeiro*. In: *Violência Obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Ed. Lumen Juris. Rio de Janeiro. 2020. p. 287.

decorrência do comportamento da parturiente.¹⁶⁹ Para escapar à ocorrência de tais cenários, Michel Odent¹⁷⁰, médico obstetra francês reconhecido mundialmente como referência sobre parto natural, defende a realização do parto domiciliar. O autor defende que a mulher somente consegue alcançar condições fisiológicas capazes de possibilitar o parto natural através da redução do controle neurocortical, ou seja, do raciocínio lógico, fator que depende de uma desconexão com o contexto de socialização à sua volta. Em sua visão, a mulher deve ser protegida e afastada do medo no momento do parto. Estas condições podem ser alcançadas no ambiente domiciliar ou mesmo no ambiente hospitalar, em seu ponto de vista, mas o parto domiciliar apresentaria melhores resultados do ponto de vista das respostas imunológicas das crianças, a longo prazo, em função do contato com os microrganismos familiares.

Inobstante as controvérsias com relação ao local ideal do parto ou da definição do que consiste um parto humanizado, é importante ressaltar que manutenção de um ambiente opressor e excludente da vontade e capacidade da mulher contribui, senão ocasiona, um contexto de repressão de sentimentos, desejos e até mesmo sonhos, atuando de forma negativa no processo de autoconhecimento e individualização da mulher que revela e, simultaneamente, perpetua a manutenção deste ambiente opressor, bem como da criação do mito de que a mulher não consegue parir naturalmente, que legitima as práticas intervencionistas e tecnocratas estabelecidas.

¹⁶⁹ "O bebê estava para nascer, por parto normal. A equipe optou pela cesárea e se recusou a chamar a médica que me atendia. Não me deram explicações. Avisei que a anestesia não pegou. Mesmo assim, fizeram a cesárea. O anestesista puxava meu cabelo para eu não desmaiar de dor". Joyce Guerra, deficiente visual, em depoimento à revista Época. Consultado em 05 de junho de 2019, no endereço <https://www.vix.com/pt/bdm/bebe/violencia-obstetrica-8-relatos-fortes-e-chocantes-de-quem-passou-por-isso>

¹⁷⁰ "*Bebês precisam nascer entre uma grande diversidade de micróbios familiares*" Entrevista concedida ao site Gaúcha ZH, publicada em 20/01/2017. Disponível no endereço: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/01/michel-odent-bebes-precisam-nascer-entre-uma-grande-diversidade-de-microbios-familiares-9473917.html>

Autor do livro *O Renascimento do Parto*, que ganhou relevância no âmbito do ativismo em prol da humanização do parto, em seu mais recente livro, intitulado no Brasil como *Pode a humanidade sobreviver à medicalização?* ressalta sua preocupação com o futuro da humanidade diante da alteração das condições de nascimento trazidas pela hospitalização do parto, que podem inibir a produção de "hormônios do amor" como denomina, produzidos apenas em condições específicas de parto.

4

Tutela jurídica da violência obstétrica no Brasil

4.1

A delicada relação entre violência obstétrica e os direitos humanos da mulher: “o que importa é que nasceu com saúde”

Este capítulo será dedicado à abordagem da forma como alguns dos direitos das mulheres podem ser violados na atenção médica de pré-natal, parto e pós-parto, sob a ótica dos direitos humanos. Não se trata da pretensão de esgotar o tema, cuja profundidade e amplitude extrapolam as possibilidades de um estudo como o presente, mas tão somente de análises pontuais a respeito de algumas das possibilidades de violação de direitos, encontradas no amplo espectro de violências e opressões às quais as mulheres são submetidas diariamente quando vão parir, em todo o mundo.

Conforme anteriormente observado, as dificuldades encontradas pelas mulheres na atenção destinada à saúde sofrem influências variadas. Em um contexto marcado pela negação, o atendimento de qualidade assegurado pela legislação nacional, e reconhecido internacionalmente como indispensável, segue distante da realidade da maioria da população feminina, especialmente no Brasil. Em um momento em que há amplo debate sobre direitos humanos, é particularmente interessante que o desrespeito a direitos fundamentais das mulheres seja tão aceito socialmente e em escala global. Mais do que aceita, essa forma de violência é, na maior parte do tempo, invisibilizada diante da normalização da detenção do saber pelos profissionais de saúde, que dificulta a tomada de medidas de prevenção e combate.

Fala-se em desrespeito a direitos fundamentais, pois, tal como demonstrado nos capítulos anteriores, em se tratando de período gestacional, encontra-se a ocorrência de violação de direitos tais como à dignidade, integridade física, autonomia privada, informação e até à vida. Importante ressaltar que tais desrespeitos não são exclusivos das mulheres, no caso

brasileiro, pois o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer para a manutenção de direitos humanos, especialmente em se tratando de saúde. Mas, no caso da atenção direcionada à mulher em período gestacional, há que se considerar um algo mais, pois a ideia de parto traz consigo a noção da dor como um componente essencial e negativo, estando vinculada à aceitação de que quaisquer violações ocorridas no momento do parto sejam justificáveis em nome da saúde da criança e a saúde física e psicológica da mulher ou não têm relevância, ou podem ficar em segundo plano.

O objetivo deste capítulo é demonstrar como estas violações são, na realidade, violações a direitos humanos reconhecidos e protegidos internacionalmente, que fazem parte de uma gama de direitos cuja proteção interna é amplamente consagrada na legislação brasileira, mas cujo desrespeito segue invisibilizado, tanto do ponto de vista social, como jurídico.

Direitos humanos é uma expressão que traz consigo uma carga muito potente de significados e impressões, podendo incitar discursos humanitários ou de ódio, tamanha é a relevância que seu debate representa. Nascidos gradualmente de processos de luta pela emancipação e “das transformações das condições de vida que essas lutas produzem¹⁷¹”, os direitos humanos são inerentes ao ser humano, resultado do reconhecimento da necessidade de universalização dos paradigmas de proteção dos seres humanos, representando um mecanismo de combate ao totalitarismo e às políticas de Estado violadoras de direitos. O reconhecimento dos direitos humanos está na base do Estado plenamente democrático, no qual o indivíduo poderá desfrutar da liberdade de forma efetiva e integral.

Como resultado de lutas e processos históricos, a conquista progressiva de direitos e liberdades individuais reflete as demandas de seu tempo, passando de uma concepção mais centrada no cunho patrimonial e segmentada¹⁷², a uma visão voltada para a igualdade e a fraternidade. O

¹⁷¹ Falando sobre direitos humanos, BOBBIO afirma que são direitos históricos “que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem”. BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Pg. 32. 1992.

¹⁷² Conforme ensinamentos de Comparato, F.: “No embrião dos direitos humanos, portanto, despontou antes de tudo o valor da liberdade. Não, porém, a liberdade geral em benefício de todos, sem distinções de condição social, o que só viria a ser declarado ao final do século XVIII, mas sim liberdades específicas, em favor principalmente, dos estamentos superiores

período pós-segunda guerra mundial inaugurou uma nova fase de compreensão dos direitos humanos, com o estabelecimento da Organização das Nações Unidas e a criação, não só da Declaração Universal dos Direitos do Homem, mas de uma série de tratados internacionais buscando direitos mínimos a serem assegurados. Os direitos humanos são direitos em constante evolução, mas que possuem algumas características principais tais como a universalidade e a indivisibilidade¹⁷³, possibilitando a conjugação de direitos civis e políticos com direitos sociais, econômicos e culturais.¹⁷⁴

Importante destacar, no entanto, que a concepção da universalidade dos direitos humanos não é pacífica, existindo autores que defendem a necessidade de que sejam respeitadas as diferenças e culturas dos povos, pois estas diferenças devem ser consideradas como parte dos direitos fundamentais a serem protegidos, de modo a evitar uma imposição de uma cultura predominante. Este posicionamento, denominado como relativismo cultural, tece fortes críticas ao universalismo dos direitos humanos¹⁷⁵.

da sociedade – o clero e a nobreza -, com algumas concessões em favor do ‘terceiro estado’, o povo”. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. Ed. Saraiva. São Paulo. p. 44. 2008.

¹⁷³ A Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993 assim afirma no parágrafo 5: “Todos os Direitos Humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados. A comunidade internacional deve considerar os Direitos Humanos, globalmente, de forma justa e equitativa, no mesmo pé e com igual ênfase. Embora se deva ter sempre presente o significado das especificidades nacionais e regionais e os diversos antecedentes históricos, culturais e religiosos, compete aos Estados, independentemente dos seus sistemas políticos, econômicos e culturais, promover e proteger todos os Direitos Humanos e liberdades fundamentais.”

Sobre as características de universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos, Flávia Piovesan, citando Hector Gross Espiell assim ressalta: “Só o reconhecimento integral de todos estes direitos pode assegurar a existência real de cada um deles, já que sem a efetividade de gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais, os direitos civis e políticos se reduzem a meras categorias formais. Inversamente, sem a realidade dos direitos civis e políticos, sem a efetividade da liberdade entendida em seu mais amplo sentido, os direitos econômicos, sociais e culturais carecem, por sua vez, de verdadeira significação. Esta idéia da necessária integralidade, interdependência e indivisibilidade quanto ao conceito e à realidade do conteúdo dos direitos humanos, que de certa forma está implícita na Carta das Nações Unidas, se compila, se amplia e se sistematiza em 1948, na Declaração Universal de Direitos Humanos, e se reafirma definitivamente nos Pactos Universais de Direitos Humanos, aprovados pela Assembléia Geral em 1966, e em vigência desde 1976, na Proclamação de Teerã de 1968 e na Resolução da Assembléia Geral, adotada em 16 de dezembro de 1977, sobre os critérios e meios para melhorar o gozo efetivo dos direitos e das liberdades fundamentais (Resolução n. 32/130)”. PIOVESAN, F. *Direitos reprodutivos como direitos humanos*. In *Reprodução e Sexualidade – uma questão de justiça*. Coordenação Samantha Bugoline. Pg, Ed. Fabris. 2002.

¹⁷⁴ Op. cit. .

¹⁷⁵ A partir desta controvérsia e tendo como referência o pensamento de Boaventura Sousa Santos e Joaquín Herrera Flores, Oliveira et al apresentam o seguinte conceito de direitos humanos: “o conjunto de faculdades e instituições que, em cada momento histórico, buscam concretizar as exigências da dignidade, da liberdade, da igualdade, da fraternidade e da

Como um reflexo do reconhecimento das demandas de âmbito internacional e uma forma de ampliar o alcance dos direitos, os direitos humanos passam a uma nova fase, na qual o enfoque genérico dá lugar à especificação do sujeito de direitos, para a incorporação de direitos, com uma perspectiva de gênero¹⁷⁶. Em 1979, com a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, como resultado do movimento de mulheres, inicia-se o reconhecimento da necessidade de medidas internacionais para a proteção específica dos direitos humanos das mulheres. O artigo 12¹⁷⁷ da Convenção assegura que às mulheres deve ser garantida a igualdade de direito ao acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar, o que pode ser considerado um momento preparatório ao amplo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos das mulheres. Com efeito, considerando a complexidade do caráter dos direitos reprodutivos, fazendo parte tanto da esfera de direitos civis, como da esfera de direitos sociais, indispensável sua identificação como direitos humanos.

Em 1994 foi aprovada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará¹⁷⁸ – ratificada pelo Brasil em 1995, que em seu preâmbulo afirma que “*que a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades*

solidariedade humanas. Estas devem ser reconhecidas positivamente em todos os níveis, sendo que tais direitos guardam relação com os documentos de direito internacional, por se referirem àquelas posições jurídicas endereçadas à pessoa humana como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional. Assim, os direitos humanos são válidos para todos os povos e todos os tempos, de modo a demonstrar um inequívoco caráter cosmopolita.” Série Pensando o Direito – Direitos Humanos, n 5/2009. Ministério da Justiça. Coordenação acadêmica Vanessa Oliveira Batista, Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues, Thula Rafaela de Oliveira Pires.

¹⁷⁶ Ibidem.

¹⁷⁷ Texto integral do Artigo 12: “§ 1. Os Estados Membros adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar.

§ 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados Membros garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactação.”

¹⁷⁸ Íntegra do documento encontrada no endereço eletrônico da Comissão Interamericana de Direitos Humanos: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Último acesso em 14/02/2020.

fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades” O artigo 2º reconhece que a violência contra a mulher pode ser física, sexual e psicológica, elencando, em uma lista não exaustiva, circunstâncias nas quais pode ocorrer, que englobam além do âmbito familiar ou doméstico, a comunidade e serviços de saúde, podendo ser cometida por qualquer pessoa. O artigo 6º, por sua vez, afirma que o direito de ser livre abrange *“o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.”*

Com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994, os direitos reprodutivos passam a ser reconhecidos internacionalmente como direitos humanos, como parte de um objetivo de reconhecimento, pelos Estados, de que os direitos humanos das populações se transformem em políticas públicas e programas de saúde reprodutiva, também como parte do combate à pobreza. Em 2014, no 20º aniversário da convenção, a Assembleia Geral realizou uma sessão especial, cobrando que os países cumprissem os compromissos então assumidos e lançou o Relatório Global das Nações Unidas sobre CIPD para além de 2014, com as questões emergentes, lacunas e desafios, com a afirmação de que direitos humanos e dignidade individual estão no cerne do desenvolvimento. Este relatório consagra os direitos reprodutivos como direitos humanos, ao afirmar que eles incorporam certos direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais sobre direitos humanos¹⁷⁹. O enfoque do documento é na prevenção da mortalidade materna decorrente da falta de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva da mulher, métodos contraceptivos e legalização do aborto para assegurar procedimentos seguros.

¹⁷⁹ Programme of action, para 7.3: “[R]eproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents.” Relatório Global de Revisão da CIPD, obtido no endereço https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD_beyond2014_EN.pdf. Acesso em 21/01/2020

A ONU ao abordar a questão da violência obstétrica recentemente adotou uma visão a partir dos direitos humanos para a identificação da sua ocorrência, em escala mundial, como sendo parte de um contexto de violências contínuas decorrentes da desigualdade estrutural, discriminação e do patriarcado e ainda, falta de treinamento adequado dos profissionais, e falta de respeito à condição das mulheres como igualmente detentoras de direitos humanos¹⁸⁰.

A compreensão da mulher como um ser inferior ao homem pode ser identificada desde a antiguidade na formação da sociedade ocidental, sendo que a tradição judaico-cristã aprofundou a noção de submissão da mulher através do mito do pecado original, que coloca sobre ela o peso da responsabilidade sobre os pecados da humanidade, contribuindo para que a posição social ocupada pela mulher, especialmente na sociedade patriarcal, fosse marcada pela renúncia e enaltecimento do sofrimento¹⁸¹. O enaltecimento do sofrimento e a culpabilização da mulher formam uma poderosa combinação conformadora de sua conduta no atendimento rotineiro na atenção ao parto, perfeitamente naturalizada por seus agentes, conforme se observa do seguinte relato:

“Antes que saíssemos, em algum momento, vi Fabíola no quarto da mulher que estava sendo acompanhada por Sonia, ela se sentou na beirada da cama, fez um toque, e como a mulher se queixasse de dor e pedisse para tirar o soro, Fabíola disse que não tem como o nenê nascer sem dor, que

¹⁸⁰ Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence – obtido no endereço <https://undocs.org/en/a/74/137> acesso em 18/10/2019. “Mistreatment and violence against women in reproductive health services and during childbirth is addressed in the report as part of a continuum of the violations that occur in the wider context of structural inequality, discrimination and patriarchy, and are also the result of a lack of proper education and training as well as lack of respect for women’s equal status and human rights. Such violence is experienced by women and girls when seeking other forms of sexual and reproductive healthcare, including gynecological examinations, abortion, fertility treatments and contraception and in other sexual and reproductive health contexts.”

¹⁸¹ Abordando a questão da humanização do parto, Diniz ressalta esse contexto de compreensão do sofrimento da mulher no parto como algo merecido: “O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como designio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento* Ciência e Saúde Coletiva, 10(3):627-637, 2005.

aquele era um caminho sem volta e ela iria mesmo sentir dor até que o bebê nascesse e que ela deveria agüentar.”¹⁸²

A associação de procedimentos dolorosos com o parto é tão naturalizada que sequer há a percepção de ocorrência de violência, muitas vezes nem por parte das parturientes, mas especialmente por parte dos profissionais de saúde que, via de regra, compreendem o parto como um evento de caráter lesivo, com potencial de fatalidade muito grande. Esta visão do parto também contribui para a legitimação das técnicas invasivas e dolorosas utilizadas com o objetivo de assegurar o nascimento com vida do bebê, salvando a vida da mãe, mesmo que através do sofrimento. Muitos dos procedimentos dolorosos, invasivos ou mesmo violentos são realizados sob a alegação de que são para o “seu próprio bem” em uma grave desconsideração de direitos humanos. Tal como pode ser observado no relato abaixo:

Veio uma forte contração e sentia que a [NOME DA FILHA] estava vindo. Foi então que começou meu terror, sem perguntar, sem avisar, sem me anestesiarem a enfermeira fez um pique. Eu não sei descrever o que eu senti. Eu dei um grito de dor tão alto que não sei de onde saiu. Não achei que aquilo pudesse acontecer. Eu estava tão onipotente, achando que tudo dependia de mim que aquilo aconteceu comigo. Eu não conseguia falar nada. Eu não queria aquilo de novo, eu sabia que não precisava daquilo e eu estava dentro de um filme de terror. A enfermeira então me anestesiou e eu comecei a gritar ‘Não me corta! Não me corta!’. Eu não gritei como quem ordenava, eu gritei como quem suplicava para não ser mutilada. (...) O infeliz aplicou ocitocina do soro que eu estava tomando, justo no final, quando a [NOME DA FILHA] estava no canal. Quando vi fiquei louca, sabia que ela estava saindo em duas ou três contrações e jamais precisaríamos daquilo. Não fui consultada e nem informada (DULCE)¹⁸³.

Cenários como este revelam um descompasso entre a proteção formal conferida pela norma e a realidade de violência obstétrica à qual estão submetidas as mulheres no sistema de saúde, inobstante a titularidade do direito. O grau de violência aumenta de acordo com a sobreposição de fatores de vulneração incidentes sobre a mulher, descortinando a fragilidade na qual

¹⁸² DINIZ, Carmen Simone Grilo. Relatos apresentados na Tese de Doutorado. Op. cit. 198.

¹⁸³ Relatos obtidos na Tese de Doutorado. SENA, Ligia Moreiras. *Ameaçada e sem voz como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*. Tese de doutorado UFSC, Florianópolis, 2016. Pg. 115, 116 .

caminham as pretensões de proteção dos direitos humanos, posto que esbarram em contextos sociais de negação do reconhecimento dos sujeitos como destinatários das normas positivas.

Observada a dificuldade na aplicação dos dispositivos de proteção dos direitos humanos das mulheres, confrontada com a prática a elas destinada na atenção do sistema de saúde, passa-se à análise da atuação dos Conselhos Federal e Estadual de Medicina do Rio de Janeiro, que reflete a dificuldade em conciliar os anseios de respeito aos direitos humanos.

4.1.1.

O ato de parir como uma experiência de resistência: o descompasso entre os anseios sociais e a regulamentação da classe médica

Longe da pretensão de ingressar na seara técnica que envolve a tomada de decisões médicas, especialmente em se tratando de casos de emergência ou urgência, o presente item busca evidenciar as tensões que permeiam as disputas pelos direitos das mulheres no cenário atual. Assim, passa-se a demonstrar alguns pontos polêmicos relacionados às pretensões de parcela da população, seja mulheres gestantes, profissionais da medicina e enfermagem versus órgãos de controle do exercício da medicina e como o poder público vem lidando com essas tensões.

Uma destas tensões envolve a criação, pelo Ministério da Saúde, dos Centros de Parto Normal, inicialmente estabelecida pela Portaria GM/MS nº 985 de 05/08/1999¹⁸⁴, que foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.048/2009

¹⁸⁴ A Portaria 958/99 assim estabelecia: “Art. 1º Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico- puerperal

§ 1º Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias.

§ 2º O Centro de Parto Normal deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério

§ 3º O Centro de Parto Normal poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento

e, novamente objeto das Portarias GM/MS nº 1.459/2011¹⁸⁵, que institui o programa Rede Cegonha¹⁸⁶, no âmbito do SUS e nº 11/2015¹⁸⁷, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal. A implantação dos Centros de Parto Normal tem o objetivo de promover atendimento humanizado, exclusivamente ao parto normal, às mulheres em período gravídico-puerperal, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes. A portaria regula as condições necessárias para caracterização dos CPN que devem contar com um quadro de funcionários mínimo de enfermeiras obstetras, com a possibilidade de uma equipe complementar composta por médicos pediatra ou neonatologista e obstetra¹⁸⁸.

Em 19 de julho de 2012 o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro publicou a Resolução 265/12, na qual proíbe a atuação de médicos em partos domiciliares, bem como em equipes de suporte e sobreaviso a partos domiciliares, ficando autorizada a atuação somente em casos de

autônomo –unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto nesta Portaria.”

¹⁸⁵ A Portaria 1.459/2011 assim define o programa: Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

¹⁸⁶ No site do Ministério da Saúde, o programa está definido desta forma: “A Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto). A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de 1980, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros.” <http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>. Acesso em 25/01/2020.

¹⁸⁷ A Portaria 11/2015 assim estabelece: “Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.”

¹⁸⁸ Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. *O Processo de Implantação da Casa de Parto no Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci*. Tese de Doutorado apresentada à UFRJ em 2007. Pg. 1.

emergência ou urgência, que devem ser compulsoriamente notificados ao CREMERJ. Deve ser igualmente notificado o atendimento de emergência ou urgência em mulheres e bebês quando provenientes de Casas de Parto. Na mesma data foi publicada a Resolução 266/2012 que impede a participação, nos partos hospitalares, de profissionais que não sejam reconhecidos como de saúde, tais como as parteiras, as doulas e as obstetrias. Estas Resoluções são objeto de ação civil pública movida pelo Conselho Regional de Enfermagem, ainda pendente de julgamento de recursos¹⁸⁹.

Importante destacar que, em 08 de março de 2004 foi inaugurada a Casa de Parto David Capristano Filho¹⁹⁰, por força da Resolução 971/2003 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no âmbito da então vigente Portaria nº 985/99 do Ministério da Saúde, que funciona de forma vinculada à maternidade referência, mas com responsabilidade técnica de enfermeiras obstetras até que haja necessidade de transferência para a maternidade. Em 29 de outubro de 2004 o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – doravante CREMERJ, publicou a Resolução 201/2004, ao que tudo indica, em atenção à inauguração da Casa de Parto David Capistrano, na qual proíbe a atuação de médicos nos Centros de Parto Normal, “por não serem os mesmos dotados de infra-estrutura indispensável ao adequado atendimento ao neonato e à gestante, nos termos da Resolução CREMERJ nº

¹⁸⁹ Processo n 0041307-42.2012.4.02.5101, 2 Vara Federal, sentença publicada em 16/09/2014 julgando procedente o pedido e anulando as resoluções 265 e 266/2012 do CREMERJ. A apelação, no entanto, foi provida, sendo julgado extinto o processo por ilegitimidade ativa do COREN e da Defensoria Pública, por 2 votos a 1, ensejando a oposição de embargos infringentes. No voto vencido, o relator afirma que o CREMERJ extrapolou os limites de sua atuação ao impedir a atuação dos médicos em partos domiciliares e, ainda, vedar a participação das doulas, parteiras e obstetrias na cena do parto. O voto vencedor, por sua vez, mesmo afirmando a ilegitimidade dos Conselhos de Enfermagem e da Defensoria Pública, determina que as resoluções buscam apenas evitar a “infiltração de profissionais cujas atividades não são legalmente regulamentadas no corpo técnico de um hospital” e ainda, “obstar que, em função da sabida carência de profissionais, as unidades hospitalares se aparelhem com a referida força de trabalho, evidentemente menos custosa, e passem a realizar partos, notadamente para a população de baixa renda, sem qualquer tipo de supervisão médica.”

¹⁹⁰ A Casa de Parto David Capistrano tem um forte papel na modificação do cenário de assistência ao parto no sistema público do Município do Rio de Janeiro, funcionando como um polo de capacitação das enfermeiras obstetras, em uma atuação conjunta da Secretaria Municipal de Saúde e da UERJ. FIOCRUZ, *As mulheres e o direito de escolha no parto*. Entrevista Dr. Marcos Dias. Obtido no endereço: <https://agencia.fiocruz.br/as-mulheres-e-o-direito-de-escolha-do-parto>. Último acesso em 28/02/2020. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. *O Processo de Implantação da Casa de Parto no Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci*. Tese de Doutorado apresentada à UFRJ em 2007.

123/98”¹⁹¹, além de determinar que quaisquer atendimentos realizados nas Unidades de Saúde provenientes dos CPN devem ser notificados ao CREMERJ ou à Comissão de Ética Médica.

Em junho de 2018 o CREMERJ publicou um pronunciamento com claro posicionamento contrário ao funcionamento dos CPN, assim afirmando:

“Em mais um capítulo do desserviço da administração municipal do Rio de Janeiro, os vereadores derrubaram o veto do prefeito Marcelo Crivella à lei que autoriza a abertura das casas de partos. O CREMERJ entende que a iniciativa é um grande retrocesso, visto que esses locais não terão a estrutura mínima para o adequado atendimento tanto para as grávidas como para os bebês.

Os partos precisam ser feitos em ambientes hospitalares, com uma equipe multiprofissional, composta por obstetras, enfermeiros, anestesistas e pediatras, em salas cirúrgicas, com tudo o que for necessário para qualquer intercorrência.”

E ainda:

“Parto humanizado é parto seguro. E parto seguro é aquele em que a gestante tem à sua disposição tudo o que há de mais moderno para sua melhor assistência.

(...)

O conselheiro tem acompanhado de perto as vistorias feitas às unidades de saúde em todo o Estado, encontrando situações absurdas, que não concedem os direitos à assistência das gestantes e ainda promovem o reaparecimento de doenças que já estavam sob controle, como a sífilis congênita.

“Fizemos um estudo na Baixada Fluminense, por exemplo, e vimos que os hospitais com maternidade contavam com um número grande de bebês internados por um longo período em razão de complicações da sífilis. E é indiscutível que esse alto índice tem a ver com assistência médica precária, com a má qualidade do pré-natal. Querem investir em casas de parto sem fornecer sequer o acompanhamento inicial para as gestantes. Não há lógica nesse caminho”, salienta.

Há anos o CREMERJ vem alertando sobre os riscos desse tipo de parto, afirmando que não se trata de uma questão corporativa, mas sim de consciência, de garantir a saúde e a vida dos pacientes. Cientificamente, não existe sentido em se realizar um parto sem estrutura hospitalar ou sem acompanhamento por quem está capacitado para realizar o procedimento e para agir diante de qualquer problema.

O Conselho continuará repudiando as casas de parto e seguirá lutando pelo direito constitucional à adequada assistência em saúde à população, incluindo as gestantes e seus bebês.”

¹⁹¹ Íntegra da Resolução obtida no site do Conselho Federal de Medicina, no endereço eletrônico https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2004/201_2004.pdf. Acesso em 26/01/2020.

O posicionamento do CREMERJ contra o funcionamento dos Centros de Parto Normal está alinhado ao posicionamento do Conselho Federal de Medicina – doravante CFM, que entende pela inadequação da política pública de criação destes locais sem a determinação da presença de médicos obstetra e pediatra ou neonatologista supervisionando a atuação das enfermeiras obstetras, pois afirma que tal medida prejudica a segurança na assistência do binômio materno-fetal¹⁹². Outros conselhos regionais de medicina também editaram resoluções referentes à atuação dos médicos nos centros de parto normal, como o Conselho Regional de Medicina de São Paulo - CREMESP e o Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina - CRM-SC¹⁹³.

Por força destas resoluções, os médicos estão igualmente proibidos de atuar em partos domiciliares nos respectivos estados, uma vez que a vedação é para atuação fora do ambiente hospitalar, contrariando os anseios de muitas mulheres e alguns profissionais médicos que entendem pela segurança desta via de parto em condições específicas. O CFM não proíbe a atuação dos médicos em partos fora do ambiente hospitalar, mas recomenda que eles sejam realizados preferencialmente em hospitais, pois “*Estudos científicos importantes comprovam que partos realizados em ambiente hospitalar tem menor risco de gerar complicações, o que representa menores taxas de mortalidade e de morbidade para mães, fetos e recém-nascidos*”¹⁹⁴. No entendimento do conselho, os partos domiciliares apresentam números duas vezes maiores de mortes de crianças do que aqueles realizados em hospitais.

O posicionamento do CFM, no entanto, não é unânime entre os médicos, havendo entendimentos diferentes que compreendem o parto domiciliar como uma opção segura para mãe e bebê, em certos casos. Em

¹⁹² Parecer CFM 2/2018 Processo - Consulta CFM 34/2017 sobre a legalidade das enfermeiras obstetras nas Casas de parto ou Centros de Parto Normal, instaurado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas. Íntegra do documento obtida no endereço https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/2_2018.pdf. Acesso em 26/01/2020.

¹⁹³ Resolução 111/2004 do CREMESP proíbe atuação do médico nos CPN, assim como a Resolução nº 193/2019 do CRM-SC proíbe a participação do médico na realização de partos planejados fora do ambiente hospitalar.

¹⁹⁴ Notícia publicada no site do CFM em 10/08/2012, íntegra obtida no endereço http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3%3Aportal&Itemid=1. Acesso em 28/01/2020.

entrevista publicada em 2012, no site da Fiocruz, os Drs. Marcos Dias e Maria do Carmo Leal, médicos pesquisadores e críticos da forma hegemônica de assistência ao parto no Brasil discutem os caminhos possíveis para que a assistência seja realizada de forma mais respeitosa para as gestantes e, discutindo sobre a questão do parto domiciliar apontam estudos realizados na Inglaterra que indicam que os resultados, em termos de morte materna, entre partos domiciliares e hospitalares não são muito diferentes, mas que para as mulheres no primeiro parto, há mais riscos para os bebês em partos domiciliares. Importante destacar, no entanto, que tanto os estudos apresentados para fundamentar o posicionamento do CFM, como os estudos que fundamentam opiniões contrárias foram realizados em outros países, não refletindo, portanto, a realidade brasileira¹⁹⁵.

A atuação contra hegemônica, no entanto, não ocorre sem consequências e no caso dos médicos que questionam o modelo de atuação profissional imposto pelos conselhos da classe, federal ou regionais, a possibilidade de processos éticos e cassação da licença para atuação no país é real. Em novembro de 2016, o médico Ricardo Jones, com mais de 30 anos de exercício profissional, teve publicada a decisão que cassou a sua habilitação para exercício da medicina, em decorrência de um processo ético referente à morte de um bebê, horas após o parto domiciliar por ele realizado. Em sua defesa, o médico afirma que o bebê foi levado ao atendimento

¹⁹⁵ No mesmo documento o CFM utiliza como fundamentação estudos americanos, assim afirmando: “Artigo publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology* encontrou uma taxa de morte neonatal de 0,2% (32 mortes em 16.500 nascimentos) em partos domiciliares planejados comparada a 0,09% (32 em 33.302 nascimentos) em partos hospitalares. Ou seja, o número de mortes de crianças nos procedimentos realizados em casa é duas vezes maior que os que ocorrem em hospitais. As conclusões desse trabalho foram baseadas em uma revisão sistemática da literatura médica que abraçou 237 estudos encontrados, alguns deles conduzidos na Austrália, no Canadá, na Holanda, na Suécia, na Suíça, no Reino Unido e nos Estados Unidos. O relatório final sugere que a menor intervenção obstétrica em partos domiciliares pode explicar a mortalidade neonatal aumentada.” O texto da recomendação indica ainda, os estudos publicados no jornal científico *Obstetrical & Gynecological Survey* em 2010, que, inobstante a possibilidade da ocorrência de benefícios pela redução das intervenções e “do caráter psicossocial” do planejamento do parto em casa, a falta do uso da tecnologia médica pode representar um fator de risco para mortes evitáveis maternas e de bebês. Outro estudo apontado, publicado no *British Medical Journal*, em 2011 indica que mulheres nos partos dos primeiros filhos tem maiores chances de resultados adversos em partos domiciliares. Idem.

hospitalar e que, naquela unidade, houve demora na administração da medicação necessária à condição respiratória diagnosticada¹⁹⁶.

Em 2016 a Dra. Patricia Huguet sofreu uma intervenção cautelar pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo e ficou impedida de exercer a medicina por seis meses¹⁹⁷. A médica é defensora e atuante no parto humanizado, e a decisão do CREMESP gerou comoção entre suas pacientes que iniciaram um movimento na internet em busca da revisão da punição, bem como notícias, das próprias gestantes, de sofrerem tratamentos desrespeitosos pelos funcionários da Maternidade de Campinas quando da identificação da médica como obstetra assistente¹⁹⁸.

Um outro caso notório, envolveu o Dr. Marcos Dias, quando o CREMERJ iniciou processo para a cassação de seu registro médico por ter assinado o atestado de óbito de um bebê que nasceu em uma casa de parto do Rio de Janeiro¹⁹⁹. O CREMERJ proíbe que médicos atuem nas casas de parto e que assinem atestados de óbito ocorridos nestes locais. Em mais um caso, o CREMERJ encaminhou denúncia ao CREMESP, em junho de 2012, sobre a participação do Dr. Jorge Francisco Kuhn em um programa de televisão defendendo o parto domiciliar²⁰⁰.

¹⁹⁶ Informação obtida através da publicação de matéria jornalística no site da BBC News, no endereço <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-38340476>. Acesso em 28/01/2020. Anteriormente o Dr. Ricardo Jones sofreu outra sanção do conselho em razão da morte de gestante e bebê, em unidade hospitalar do Rio Grande do Sul. De acordo com o médico, a causa da morte da gestante foi uma embolia aguda por líquido amniótico, que é uma condição rara e sem possibilidade de prevenção, que, apesar de controlada teria sido agravada pelo contágio de varicela da paciente na UTI. Ainda afirma que o hospital demorou a providenciar um médico anestesista para a realização da cirurgia cesariana para a qual a paciente possuía indicação clínica. O bebê nasceu com vida e morreu 14 dias depois.

¹⁹⁷ Notícia obtida no site do jornal Nexo, no endereço <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2016/11/25/Por-que-m%C3%A9dicos-defensores-do-parto-humanizado-t%C3%A9m-sido-punidos-pelos-conselhos-de-medicina>. Acesso em 28/01/2020.

¹⁹⁸ Informações obtidas no site do jornal Estadão, através do endereço <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/gestantes-que-buscavam-parto-normal-afirmam-terem-sido-destratadas-na-maternidade-de-campinas/>. Acesso em 28/01/2020.

¹⁹⁹ De acordo com o site da organização não governamental Parto do Princípio, o processo do resultou em uma nota de censura pública, em um jornal de grande circulação no Rio de Janeiro, após recurso ao CFM que entendeu a cassação uma medida extrema. <http://partodoprincipio.blogspot.com/2011/12/nos-tambem-apoiamos-marcos-dias.html>. Acesso em 28/01/2020.

²⁰⁰ Informações obtidas no site do CREMERJ, no endereço <http://www.cremerj.org.br/informes/exibe/1285>. Acesso em 28/01/2020.

Situações como estas trouxeram ao debate a possibilidade de os conselhos de medicina, tanto o federal quanto os regionais estarem promovendo uma perseguição aos médicos que buscam uma atuação fora dos rígidos padrões disciplinares dos ambientes hospitalares, inobstante tal atuação encontrar respaldo nas recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde e no movimento de medicina baseada na evidência científica.

Em outro contexto de regulação do exercício da medicina contrário aos movimentos sociais e às políticas públicas de saúde, algumas destas resoluções proíbem a adesão do médico aos planos de parto “que restrinjam a autonomia médica”. O plano de parto é um documento no qual a gestante detalha seus desejos para atenção médica no momento do parto, bem como procedimentos aos quais não gostaria de ser submetida e que faz parte das diretrizes para padrões de atendimento global das mulheres grávidas da Organização Mundial de Saúde, sendo incorporado às políticas de atendimento no SUS, pelo Ministério da Saúde. Em alguns estados há legislação específica assegurando o direito da gestante à elaboração do plano de parto, como é o caso de São Paulo e do Rio de Janeiro ²⁰¹.

Em recente entrevista sobre os desafios da atenção humanizada na saúde, o Dr. Ricardo Chaves, pediatra, assim afirma sobre o plano de parto:

“O plano de parto é um recurso que as mulheres encontraram para se defenderem de práticas que consideram que não devem acontecer. O plano de parto deve ser bem vindo e o profissional deve reconhecer esse direito e ter a humildade de conversar com a mulher. Eu tenho interesse em atender a mulher de maneira fisiológica. Essa prática reflete informações adquiridas por parte da mulher. É verdade que nem tudo que reluz é ouro e que nem tudo que está na internet é honesto. Mas eu acredito que as mulheres começaram a fazer plano de parto como uma forma de se defender. E está na hora do dia mais feliz da vida dela. Qualquer um quer escolher como ter o seu dia mais feliz. Os ajustes necessários para praticar o plano de parto poderão ser feitos na internação, especialmente se a mãe não estiver na fase ativa do parto, porque nesse momento ela deverá sempre ficar protegida, em privacidade e o mais à vontade possível. Falamos da importância da neutralização do neocortex para que ela alcance o maior nível possível de

²⁰¹ Em São Paulo há a Lei Municipal n° 15.894/2013 e a Lei Estadual n° 15.759/2015. No Rio de Janeiro, há a Lei Estadual n° 7.191/2016.

síntese de ocitocina, fundamental para haver contração e todas as modificações corporais no parto, da mãe e dos bebês.²⁰²

No capítulo mais recente dos descompassos entre os conselhos de medicina e a sociedade, o CFM publicou a Resolução nº 2.232/2019, em 16/09/2019, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica do paciente e a objeção de consciência do profissional, e determina no artigo 5º, § 2º, que:

“A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.”

A previsão contida neste e em outros dois dispositivos, foi suspensa por força de decisão judicial, que antecipou parcialmente os efeitos da tutela pretendida nos autos da ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal, na qual pleiteia a nulidade do disposto nos artigos 6º e 10 e § 2º do artigo 5º da resolução, ante a violação aos direitos da gestante²⁰³. A decisão que suspendeu os efeitos dos dispositivos questionados, no que diz respeito às gestantes, afirma que:

“a ampliação das hipóteses de afastamento da opção terapêutica eleita pelo paciente, no caso a gestante, promovida pela Resolução 2.232/2019, possui vício material por violar o Princípio da Legalidade, pois flagrantemente menospreza as balizas delineadas em inúmeras leis, e que asseguram a prevalência da escolha terapêutica do paciente, nas hipóteses em que não caracterizada situação de risco à saúde e/ou vida.”

Além da ilegalidade da disposição, conforme ressaltado na decisão judicial, a redação do § 2º do artigo 5º da resolução dá a tônica das tensões envolvendo a relação médico-gestante, pois revela a dificuldade de aceitação da mulher como um indivíduo capaz de tomar decisões adequadas para o seu

²⁰² VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. (coord). *Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*, Ed. Lumen Juris, 2019. Pg. 69, 70.

²⁰³ Ação Civil Pública, em curso perante a 8 Vara Federal de São Paulo, processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100. A decisão que antecipou os efeitos da tutela foi proferida em 17/12/2019.

bem-estar sem colocar em risco a saúde de seu bebê, além de legitimar uma autoridade que o médico já possui na prática, de violar direitos fundamentais, em decorrência da hierarquia de poder presente no cenário de atendimento, especialmente dentro de um ambiente regulador da vontade como é o ambiente hospitalar.

Todas as manifestações do CFM e dos conselhos regionais de medicina ora analisadas apresentam considerações que indicam o embasamento legal para a tomada das decisões regulatórias da atividade profissional, sempre afirmando uma preocupação com o desfecho dos atendimentos para o binômio materno-fetal. Dentre as razões apresentadas encontram-se elencados o princípio da dignidade humana, o direito social à saúde, à segurança, à maternidade e à infância, a proteção aos direitos da criança constantes dos artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, dentre outros, indicando uma preocupação, ao menos do ponto de vista formal, com o bem-estar da mulher e da criança na atenção ao parto.

Inobstante a legitimidade do conselho federal e dos conselhos regionais em proteger e regulamentar o exercício da medicina, há que ser considerada a possibilidade de que tal preocupação esteja sendo erroneamente direcionada, uma vez que, mesmo com todas as precauções defendidas pelos conselhos, ou em razão delas, as mulheres sofrem constantes violências no sistema de saúde, especialmente em virtude da necessidade de que o trabalho de parto seja adequado às rotinas, disciplinas e controles hospitalares. Além disso, pesquisas indicam que os números da mortalidade materna sofreram aumento com relação aos 10 anos anteriores à pesquisa de 2016, conforme demonstrado no capítulo anterior²⁰⁴ e os partos no sistema brasileiro são hospitalares, ou seja, conduzidos por médicos, no ambiente que o CFM entende ser o ideal.

O CFM, no entanto, atribui os problemas do sistema de saúde no que diz respeito ao período gestacional a outros fatores, tais como a ineficácia dos acompanhamentos de pré-natal e investimentos precários na atenção obstétrica nacional na rede pública. De acordo com a autarquia, o País dispõe de 5.878 leitos obstétricos na rede pública a menos do que o total estabelecido

²⁰⁴ Dados da pesquisa do IPEA, apresentados no item 3.2.

pela Rede Cegonha do Ministério da Saúde e, com relação ao pré-natal, o número de nascidos sem o devido acompanhamento das mulheres durante a gestação é extremamente preocupante, em 2016 chegando a 609.996, impactando os índices de mortalidade materna e neonatal²⁰⁵. O CFM também questiona as diretrizes do Ministério da Saúde com relação ao estabelecimento de critérios para avaliação de risco das gestantes, especialmente no que diz respeito à definição de parâmetros mínimos de estrutura física e de pessoal qualificado para atendimento nas unidades destinadas ao parto. Com efeito, o posicionamento do conselho é contrário à criação dos centros de parto normal, alegando que isto se revela em uma estratégia de governo para baratear o atendimento de saúde direcionado às mulheres em período gestacional, ainda que tal modelo seja próximo aos modelos de atenção em outros países²⁰⁶.

As críticas do conselho são pertinentes e merecem destaque na análise dos problemas relacionados ao atendimento da mulher no sistema de saúde nacional, mas não são capazes de abarcar toda a complexidade do problema. O posicionamento dos conselhos da classe médica evidencia o embate político no qual o exercício dos direitos fundamentais das mulheres é peça central, pois em resposta às demandas dos movimentos sociais na busca por uma atenção de saúde mais digna à mulher, vários atores surgiram no cenário nacional, com propostas de novas formas de cuidado relacionadas ao período gestacional que atenderam aos anseios de uma parcela significativa da população feminina. Inobstante o amplo reconhecimento da necessidade de revisão do padrão de atendimento oferecido no sistema de saúde, com respaldo internacional e da OMS, os conselhos de medicina seguem apresentando posicionamentos contrários às políticas públicas adotadas pelo governo nas esferas federal, estadual e municipal, revelando uma postura conservadora e antagonista, ao que tudo indica, preocupados com uma suposta disputa pelo campo de atuação profissional, que termina por engessar

²⁰⁵ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28404:2019-08-21-19-00-35&catid=46

²⁰⁶ Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em hospital. Notícia publicada no site do CFM em 10/08/2002
http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3%3Aportal&Itemid=1

propostas de atuação de médicos comprometidos com as mudanças almeçadas pelo público alvo.

Mesmo diante de um contexto tão complexo de disputas políticas é possível encontrar exemplos de situações que revelam que o ato de parir pode significar um verdadeiro ato de resistência, como é possível observar nos relatos a seguir:

“Foi quando uma enfermeira chegou pra mim e disse que tinha uma moça que ia ter um nenê. Como eu era o residente mais graduado, fui até lá e vi a paciente de cócoras num canto da sala. Cheguei perto dela e depois vi cinematograficamente todas as minhas atitudes que se enquadravam na rotineira ritualística médica. Todas erradas e ruins. Primeiro eu disse: ‘que foi?’ e ela não respondeu. Eu levantei o seu vestido e o nenê já estava com a cabecinha saindo; então eu disse: ‘tá minha filha, então te deita’. Então pensei melhor minha frase: Por que ‘minha filha?’. Porque essa é a forma que tu chamas as pessoas subalternas a ti e pedi que ela se deitasse para que ficasse em uma posição submetida a mim, médico. Ela me olhou como se eu fosse feito de vidro e, na mesma posição, fazendo força, o nenê nasceu. Eu peguei o nenê, cortei o cordão umbilical, entreguei pra enfermeira, olhei pra ela e resmunguei. Ela levantou e saiu caminhando. Isso me deu uma inconformidade, ela havia me ignorado. Será que as pacientes só ficam na posição horizontal pra ter seus filhos porque eu mando?” Ricardo Jones, lista Parto Natural²⁰⁷

No leito ao lado, a outra mulher, uma negra que usava trancinhas, tinha contrações bastante frequentes e, quando vinham as contrações, ela fazia força. Não reclamava da dor. Ficava o tempo todo virada para a parede. Enquanto João examinava a primeira mulher, me aproximei dela e conversei um pouco, me apresentei, perguntei se era seu primeiro filho e ela disse que sim. Seu bebê acabou nascendo na própria sala de pré-parto, sozinho, ao mesmo tempo em que o residente estava com a outra na sala de parto. (Caderno de campo, Serviço 2, outubro de 2000)²⁰⁸

“Fui colocada num quarto de espera. Chegou um enfermeiro, vamos preparar a colocação da entrada do soro. ‘Não!’. Tive que assinar que me recusava a colocar o troço do soro. Fui levada ao quarto. Chega a enfermeira, ‘Vamos fazer a raspagem?!’, ‘Não’, ‘Mas não é aqui que vai ter uma cesárea de urgência?!’, (que vontade que eu tive de chorar!), ‘Não, minha obstetra vai chegar e vai avaliar’”²⁰⁹

²⁰⁷ Depoimento extraído da Tese de Doutorado de DINIZ, Carmen Simone Grilo. Ricardo Jones é médico obstetra defensor do movimento de humanização do parto e recentemente teve sua licença cassada pelo CFM, conforme apresentado neste capítulo.

²⁰⁸ DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001, pg. 121

²⁰⁹ SENA, Ligia Maria. “*Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração*”. *A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. 2016. p. 120.

Relatos como estes apresentam uma realidade de conflito entre o exercício profissional e o exercício de direitos humanos das mulheres que, em algumas circunstâncias, mesmo encontrando obstáculos institucionais, hierarquização das relações de gênero, tratamento infantilizado pelos profissionais de saúde, ainda conseguem resistir às tentativas de controle de seus corpos, cientes dos direitos que possuem. Na observação destas tensões é importante ressaltar que a atuação do médico sofre influência, não só do conhecimento técnico ou de convicções pessoais a respeito de quais sejam as condições ideais de parto, mas também do contexto institucional no qual está inserido, revelando que este profissional também está sujeito às relações de poder que organizam a sociedade e que, muitas vezes, são responsáveis por tolher iniciativas contra hegemônicas. Condições de trabalho inadequadas, com falta de insumos, pessoal, segurança e remuneração insatisfatória, também são fatores que contribuem para prejudicar a qualidade da atenção no sistema de saúde e não podem ser ignoradas.

4.1.2

Direito à vida e à dignidade da pessoa humana – “ser mãe é padecer no paraíso”

Inobstante a complexidade do tema, pretende-se neste tópico realizar uma abordagem introdutória sobre a dignidade da pessoa humana, com o objetivo de confrontar o seu reconhecimento internacional com a realidade vivenciada por mulheres no momento do parto, especialmente no contexto nacional.

Pode-se dizer que a dignidade é considerada, majoritariamente, como uma “qualidade intrínseca e indissociável de todo e qualquer ser humano”²¹⁰. Sendo possível encontrar conceitos de dignidade da pessoa no pensamento

²¹⁰ SARLET, Ingo. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. Ed. Livraria do Advogado. 4 edição. Porto Alegre. 2006. Pg. 27

clássico e no cristianismo²¹¹. Se, na antiguidade clássica a noção de dignidade estava associada à posição social ocupada pelo indivíduo, admitindo a existência de uma pessoa mais ou menos digna do que a outra, no pensamento político filosófico da atualidade já não se admite esta distinção. Ainda que não exista uma definição genérica e abstrata do que seja dignidade da pessoa humana, especialmente em função do fato de que o valor dignidade deve ser considerado de forma plural e de acordo com os variados contextos sociais, a dignidade passou a ser um valor jurídico fundamental²¹².

Com efeito, a partir da Segunda Guerra Mundial seu significado adquiriu contornos de fraternidade²¹³ e reconhecimento da igualdade entre todos os seres humanos, além de garantia de condições de vida digna, tal como estabelecido na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, promulgada pela ONU²¹⁴, que no artigo 1º afirma que *“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de*

²¹¹ Como ressalta SARLET, para as religiões de base cristã, o ser humano foi criado à imagem e semelhança de Deus, o que o torna possuidor de um valor próprio, não só o cristão, mas todo ser humano, o que impediria a sua transformação em mero objeto ou instrumento. O autor ainda ressalta, com base em C. Stark, que não se trata de um conceito de dignidade, mas sim uma convicção sobre o ser humano que fundamenta, como pressuposto espiritual, o “reconhecimento e a construção de um conceito e de uma garantia jurídico-constitucional da dignidade da pessoa, que, de resto, passou por um processo de secularização, notadamente, no âmbito do processo Kantiano”. SARLET, Ingo. Obra citada. pg. 30. No pensamento kantiano, a dignidade decorre da autonomia ética do ser humano que não pode ser tratado como objeto, nem por ele próprio. Esse ser humano, por ser dotado de racionalidade, existe como um fim em si mesmo. O autor ainda apresenta a concepção hegeliana, na qual, a dignidade do homem não decorre de uma condição inerente a todos os seres humanos, mas sim deve ser considerada de uma dimensão histórico-cultural. Pg. 36 e 37.

²¹² COMPARATO, Fabio. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. “o caráter único e insubstituível de cada ser humano, portador de um valor próprio, veio a demonstrar que a dignidade da pessoa existe singularmente em todo indivíduo; e que, por conseguinte, nenhuma justificativa de utilidade pública ou reprovação social pode legitimar a pena de morte”.

²¹³ Thula Pires ao analisar a questão das lutas por reconhecimento no direito constitucional, ao tratar do conceito de dignidade adota o conceito de solidariedade “que tem como corolário a afirmação de dependência recíproca” em substituição à fraternidade “por ter uma marca altruísta essencial ao conceito”. *Luta por reconhecimento no Brasil: uma afirmação da autenticidade ou da perspectiva normativa da dignidade?* Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2004. Pg. 94, nota 3.

²¹⁴ O preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem, assim preconiza: “Considerando que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declaram resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla”

fraternidade”, direcionando objetivos a serem alcançados mundialmente, combatendo privilégios.

O contexto de comoção mundial em decorrência dos crimes e violações gravíssimos ocorridos na guerra e as possibilidades sinistras que eles aventavam sobre o extermínio, impulsionou a reflexão sobre a condição humana e o estabelecimento de garantias universais para a preservação da vida, independente de cenários políticos e, de certa forma, relativizando o princípio da soberania nacional absoluta²¹⁵, inaugurando uma nova era de valorização de direitos humanos²¹⁶. A partir do pós-guerra, vários dispositivos constitucionais e regionais adotaram como princípio, a dignidade da pessoa humana a nortear seus ordenamentos jurídicos²¹⁷, buscando escapar ao cenário de barbáries cometidas com respaldo legal da Alemanha nazista.

No caso brasileiro, o princípio da dignidade da pessoa humana²¹⁸ é norteador da interpretação do texto constitucional e da própria elaboração da legislação infraconstitucional, vinculando o Estado a assegurar condições

²¹⁵ VIVEIROS DE CASTRO citando PIOVESAN, F.: “Para tanto, fez-se necessário relativizar a noção de soberania absoluta, a partir da constatação da necessidade de que os sujeitos pudessem gozar de proteção no plano internacional, rompendo-se, assim, com a lógica segundo “a forma em que o Estado tratava seus nacionais era concebida como um problema de jurisdição doméstica, decorrência de sua soberania”. PIOVESAN, F., *Introdução ao Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos: A Convenção Americana de Direitos Humanos*. In: GOMES, L. F.; PIOVESAN, F., (coord). *O Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos e o Direito brasileiro*, p. 19. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. *Corpo e autonomia: a interpretação do artigo 13 do código civil brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada no programa de pós-graduação da PUC-Rio. 2009.

²¹⁶ BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. “somente depois da 2ª. Guerra Mundial é que esse problema passou da esfera nacional para a internacional, envolvendo – pela primeira vez na história – todos os povos”.

²¹⁷ Alguns exemplos são a Constituição Italiana de 1947, Lei Fundamental de Bonn de 1949 e posteriormente, as Constituições Portuguesa de 1976 e Espanhola de 1978.

²¹⁸ Neste ponto, urge esclarecer que o trabalho parte da perspectiva pós-positivista de dignidade da pessoa humana como princípio jurídico fundamental, reconhecendo que a riqueza do debate acerca da transformação do valor dignidade em princípio jurídico fugiria ao escopo do presente estudo, cabem algumas elucidações sobre o tema. Viveiros de Castro, assim afirma sobre o contexto do pós-guerra: “Tais elaborações foram incorporadas à teoria jurídica através das diretrizes adotadas pela Teoria Constitucional que, após a Segunda Guerra Mundial, inaugurou a construção principiológica como um dos braços fortes de um modelo de Estado Democrático de Direito alicerçado nos direitos fundamentais. Assim, dentro do novo contexto de estima aos princípios, a dignidade da pessoa humana, antes restrita às indagações de natureza ética e filosófica, passou a ocupar, definitivamente, papel central no debate jurídico contemporâneo.” VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. *Corpo e autonomia: a interpretação do artigo 13 do código civil brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada no programa de pós-graduação da PUC-Rio. 2009. Ver também PIRES, Thula in *Luta por reconhecimento no Brasil: uma afirmação da autenticidade ou da perspectiva normativa da dignidade?* Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2004..

mínimas indispensáveis à vida digna a todo cidadão. Dentre estas condições mínimas encontra-se a saúde e o acesso aos mecanismos existentes para a sua manutenção, tais como alimentação adequada, condições de saneamento básico, água potável e atendimento médico de qualidade.

Quanto ao atendimento médico no que se refere ao período gestacional, que comporta acompanhamento no pré-natal, com exames, medicamentos e acesso ao leito hospitalar no momento do parto²¹⁹, sabe-se que inobstante o atendimento pelo SUS tenha cobertura universal, o acesso a tal cobertura, no entanto, é comprometido por disputas políticas que envolvem a distribuição de verbas públicas, tal como demonstrado nas pesquisas indicadas no capítulo 2. Com efeito, mulheres que dependem do SUS, em especial as mulheres negras e indígenas, estão mais propensas a peregrinação por leitos hospitalares durante o trabalho de parto ativo, bem como a acompanhamento de pré-natal deficitário²²⁰.

Assim, inobstante a garantia constitucional do direito à saúde ou a existência de vários programas do Ministério da Saúde para a implementação de atendimento de qualidade às gestantes²²¹, o fato é que o acesso ao leito hospitalar nem sempre é garantido na realidade brasileira. A Portaria do Ministério da Saúde, nº 1820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres das usuárias de saúde, estabelece no art. 4º que “toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos” e no parágrafo único, que:

²¹⁹ Em que pese haver campo para debate sobre a necessidade de leito hospitalar para partos de baixo risco, o fato é que no Brasil não é permitida a realização do parto domiciliar. Este tema será abordado no item 3.2.

²²⁰ REDE PARTO DO PRINCÍPIO, *Parirás com Dor* – Dossiê apresentado ao Senado Federal em 2012 para a CPMI da Violência Contra a Mulher. Brasília, DF: Senado Federal. Acesso em 20 de maio de 2019, em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

²²¹ Nos últimos anos foram implementados os seguintes programas e políticas de saúde direcionados à mulher: Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000) Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (2003), Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2014) Rede Cegonha (2011)

“É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer “discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência”.²²²

Ainda são assegurados direitos a integridade física, privacidade, conforto, individualidade, respeito a seus valores éticos, culturais e religiosos, confidencialidade, bem-estar psíquico e emocional, direito a acompanhante e informação a respeito das possibilidades terapêuticas baseadas em evidência científica e direito a recusa, além de outros. O reconhecimento normativo do complexo composto do direito à dignidade é contemplado no ordenamento jurídico nacional, mas a sua aplicação no dia-a-dia ainda é uma realidade distante.

A quantidade de leitos disponíveis para atendimento na rede pública representa a diferença entre a violação ou a garantia de vários direitos fundamentais, pois através da existência de leitos suficientes para o parto ou atendimento de emergência das gestantes, de acordo com a quantidade de habitantes de uma localidade, abre-se a porta para que sejam respeitados, não só o direito ao atendimento sem peregrinação, como também o direito à privacidade, ao acompanhante e até mesmo à vida. Sobre o direito à privacidade, Ricardo Chaves afirma que:

“A condição fisiológica mais importante para o bebê nascer é a privacidade. A privacidade é o que garante o funcionamento fisiológico e a produção de hormônios. O primeiro filme da série Renascimento do Parto mostra que muitas mulheres, ao recuperarem a ideia de seus partos, percebem que viveram experiências de não humanização ao lembrarem que não viram seus bebês, que não foram ouvidas, que ficaram à parte do processo. Esse filme destampa uma panela de pressão que estava fechada e pressionada, que se refere à condição de nascimento, e é curioso perceber que isso só foi possível porque as mulheres que participaram do filme concordaram em ceder as imagens de seus partos e abrirem seus relatos íntimos. Todas as evidências científicas a respeito da humanização estão sendo produzidas, mas se as mulheres não comprarem essa discussão não teremos como avançar. Existe um pano de fundo ideológico muito forte nessa temática.”²²³

²²² Texto obtido no endereço eletrônico:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

²²³CHAVES, Ricardo. Entrevista. *Violência obstétrica, cuidado neonatal e desafios para a assistência humanizada do parto*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. pg. 64

O direito à privacidade é assegurado pela Constituição Federal de 1988 que define, no artigo 5º, inciso X, como invioláveis a intimidade e a vida privada. Da mesma forma está assegurado esse direito no artigo 12 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. No caso do sistema de saúde, a compreensão de privacidade geralmente comporta a questão da proteção de dados e informações a respeito do paciente, sem a devida autorização, além da privacidade no momento do atendimento. De acordo com o artigo 38 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico “desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais”.

Na atenção à gestante, também esse direito é extremamente relevante, pois além da vivência de um momento especial, familiar e privado, há ainda a possibilidade de demanda de uma atuação ativa da gestante, como é o caso dos partos vaginais. Nestes casos, a mulher necessita de um ambiente adequado e propício à experiência, no qual possa se concentrar, lidar com a dor e tomar decisões de forma consciente. O parto cirúrgico também carrega um forte grau de vulnerabilidade e o direito à privacidade surge como fundamental à garantia de uma experiência respeitosa.

Vários fatores concorrem para a violação ao direito à privacidade da gestante, tais como a inadequação do espaço físico destinado ao atendimento, com o compartilhamento do ambiente por várias gestantes, por vezes ocasionado pela escassez de leitos disponíveis em face da demanda local, ou de acolhimento de mulheres em peregrinação. A escassez de leitos gera, também, a ausência de vínculo entre gestante e instituição, inobstante previsão legal nesse sentido²²⁴, o que pode gerar insegurança e medo com relação ao atendimento por desconhecidos.

Outro fator, é a questão do ensino médico, uma vez que na tradição médica brasileira, por vezes, o parto funciona como oportunidade de ensino de técnicas cirúrgicas, de tal forma que pode comprometer a qualidade do atendimento, com ingresso de pessoas variadas na cena do parto, às vezes sem a autorização da parturiente. Essa questão, no entanto, comporta ainda outras formas de violação que serão oportunamente analisadas no item a seguir.

²²⁴ A lei 11.634/2007 assegura à gestante, assistida pelo SUS, o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade.

É importante ressaltar que algumas mulheres estão ainda mais sujeitas à violação de direitos que integram a dignidade humana, tais como as mulheres com deficiência, cuja análise também será abordada no tópico seguinte, e as gestantes no sistema penitenciário²²⁵. O contexto prisional, sem investimento em estruturas adequadas ou em treinamento constante dos agentes, funciona como um ambiente extremamente propício ao desrespeito de direitos humanos de forma geral, sendo que a gestante encarcerada sofre o preconceito decorrente da carga ampliada de “falhas” que carrega aos olhos da sociedade, por ser mulher, “criminoso”²²⁶ e, grávida, trazer ao mundo um filho nestas condições.

Fernandes e Dornellas²²⁷, ao analisar o contexto de gestantes no sistema prisional apresentam um panorama das condições precárias do atendimento a elas dispensado, seja nas unidades do sistema, seja nas unidades públicas de saúde, indicando situações como espera prolongada para encaminhamento ao hospital, parto sem assistência ou em local inadequado, presença de agentes durante exames médicos, uso de algemas durante o parto e pós-parto. De fato, algumas das condições nas quais as gestantes são tratadas no cárcere indicam

²²⁵ Importante ressaltar que o artigo 41 da Lei 13.257/2016 alterou o inciso VI do artigo 318 do Código de Processo Penal para incluir a gestante, em qualquer período da gestação, no rol de pessoas sujeitas à substituição da prisão preventiva por prisão domiciliar.

²²⁶ De acordo com a pesquisa, *Mulheres e Crianças Encarceradas: Um Estudo Jurídico-Social sobre a Experiência da Maternidade no Sistema Prisional do Rio de Janeiro* que entrevistou mulheres gestantes em duas unidades femininas do sistema penitenciário do Rio de Janeiro, 73,2% das mulheres estavam presas provisoriamente, mas o simples fato de estarem no sistema prisional já é suficiente para que sejam consideradas criminosas. BOITEUX, Luciana, FERNANDES, Maíra, PANCIERI, Aline e CHERNICARO, Luciana. LADIIH, UFRJ. Íntegra do documento no endereço: <http://fileservet.idpc.net/library/M--es-encarceradas-UFRJ.pdf>. Acesso em 11/02/2020. Ainda sobre a situação da gestante no sistema prisional, LEAL, Maria do Carmo, AYRES, Barbara Vasques da Silva, ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula, SÁNCHEZ, Alexandra Roma, LAROUZÉ, Bernard. *Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil*, apresenta o perfil da população feminina encarcerada, que vive com filhos nas unidades prisionais, com base no censo nacional realizado entre agosto de 2012 e janeiro de 2014, analisando informações referentes ao pré-natal, parto, pós-parto, locomoção das parturientes, violências sofridas.

²²⁷ FERNANDES, Maíra, DORNELLAS, Mariana Paganote. *Maternidade e violência atrás das grades*. Violência obstétrica em debate. Pg. 233-247. As autoras apresentam alguns relatos sobre o tratamento dispensado às mulheres encarceradas: “O SOE dizia que o que a gente tinha na barriga era cachaça ou lombriga. Dizia que grávida só toma na cara. No dia que fui tomar toque, o SOE que era homem ficou lá dentro da sala junto comigo olhando”. “Depois do parto, comecei a dar hemorragia e ele me algemou no corredor. Fiquei passando mal ali algemada”.

“Eles tentaram fazer parto normal em mim, mas não tinha passagem. Estava com muita dor, sentei no carro. A SOE achou um absurdo eu estar sentada e me algemou. Disse que meu neném ia nascer e cair no chão. Depois, quando tive meu filho, a noite eu tava deitada para dormir e eles me algemaram. Não dava pra trocar a fralda do meu filho, nem amamentar ele”.

tratamento desumano e cruel, como foi o caso de Bárbara Oliveira de Souza²²⁸, que estava confinada, na solitária do presídio Talavera Bruce, no Rio de Janeiro, quando entrou em trabalho de parto e, inobstante os gritos de outras detentas, não recebeu ajuda até após o nascimento da criança.

Outro direito que encontra sustentação na dignidade da pessoa humana é o direito à informação, que desempenha vital importância para o atendimento de saúde de qualidade e pode ser considerado um fator central na modificação da compreensão do parto como evento médico e patológico, para um evento social e fisiológico. Isso porque, através do acesso à informação, especialmente pela internet²²⁹, seja por meio de redes sociais ou páginas eletrônicas voltadas à saúde da mulher, as usuárias passaram a obter outras fontes de conhecimento além daquela proveniente do serviço médico.

A difusão de novas concepções de assistência ao parto, movimentos sobre humanização do parto, relatos sobre práticas violentas e, especialmente, a nomeação de tais práticas como violentas, representa uma ruptura com a relação hierarquizada entre médico e paciente. A adoção de políticas públicas voltadas à humanização do atendimento da gestante na rede pública, a possibilidade de obtenção de informação junto à ANS sobre os índices de partos cirúrgicos dos médicos²³⁰ apresentam oportunidade de busca por

²²⁸ Informação obtida através de notícia publicada no site do jornal O Globo, em 26/10/2015. De acordo com a notícia, Barbara, ao regressar ao presídio, sem o bebê que foi para um abrigo, foi colocada novamente em isolamento, por estar em surto, segundo informaram as autoridades da unidade prisional. De acordo com a matéria, ao analisar o caso, o Juiz Eduardo Oberg teria afirmado que “Se ela estava surtada, era mais um motivo para que não voltasse para o isolamento. Ela deveria ter sido encaminhada para uma unidade hospitalar. Isso é de uma indignidade humana inaceitável e, por conta disso, é cabível o pedido de afastamento provisório da diretoria do presídio, para que se apure tudo o que ocorreu. É um absurdo.” Íntegra da notícia no endereço <https://oglobo.globo.com/rio/juiz-da-vep-pede-afastamento-de-diretora-do-talavera-bruce-17882963>. Acesso em 11/02/2020.

²²⁹ SENA, Lígia Moreiras. *Ameaçada e sem voz como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*. Tese de doutorado UFSC, Florianópolis, 2016.

²³⁰ Resolução Normativa 368 de 2015 – “Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar”. Importante ressaltar que a resolução foi publicada em cumprimento à sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região, movida pelo Ministério Público Federal em razão da denúncia realizada pelo movimento de Parto do Princípio, com relação ao número excessivo de cirurgias cesarianas na rede suplementar de saúde.

outros paradigmas de assistência, ainda que essa não seja uma realidade possível a todas as mulheres.

Há um grande arcabouço jurídico normativo de proteção ao direito à informação, começando pela Constituição Federal, no artigo 5º, incisos XIV, XXXIII, LXXII, artigo 7º, inciso V da Lei 8.080/1990, no que se refere às informações sobre a saúde do assistido pelo SUS. A informação da paciente sobre as possibilidades terapêuticas e opções de tratamento é indispensável à adequada tomada de decisões sobre intervenções e medicamentos no momento do parto, ou sobre a via de parto. É somente através da informação que é possível a obtenção do consentimento informado, através do qual está representado o exercício da autonomia privada.²³¹

Em uma primeira análise, a melhor via de parto seria o parto vaginal, em virtude dos benefícios que o processo fisiológico do parto desencadeia tanto no organismo materno, quanto no bebê, sendo a via de parto recomendada pela OMS. A cirurgia cesariana, por sua vez, tem função fundamental na redução da mortalidade materna e infantil em casos de complicações no curso da gravidez ou no momento do parto. A evolução da técnica cirúrgica, no entanto, permitiu que esta via de parto deixasse de representar um momento de morte quase certa, para se transformar em um evento desejado e programado, associado ao padrão ideal de atendimento, tal como apresentado no capítulo 2.

²³¹ PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos, SILVA, Gláucia Nascimento da. *A informação como forma de combate à violência obstétrica na relação médico-paciente e os impactos na seara da responsabilidade civil*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 151/169.

Ainda sobre a autonomia privada, tema cuja abordagem extrapola os limites deste trabalho, mas requer algumas considerações, DALSENTER revela que a leitura clássica de autonomia, com vinculação ao individualismo e ao patrimonialismo, foi revisada em virtude das transformações jurídicas ocorridas no século XX, “para vinculá-la definitivamente à noção de proteção integral da dignidade da pessoa humana”. E, citando Gisele Cittadino: “o sujeito racional solitário está morto, vão sendo enterrados aos poucos alguns dos mais importantes postulados que se consagraram como expressões jurídicas do racionalismo moderno, quais sejam, o individualismo, o patrimonialismo e a abstração.” Assim, adota-se a denominação autonomia privada extrapatrimonial ou existencial, para abarcar o “princípio da dignidade da pessoa humana nas relações jurídicas de direito privado”. CITTADINO, G., *Pluralismo, Direito e Justiça Distributiva: elementos da filosofia constitucional contemporânea*, p. 76. DALSENTER, Thamís Viveiros de Castro. Dissertação de mestrado. Pgs.61/62.

O recente debate a respeito da autonomia da mulher na tomada de decisões relacionadas ao parto trouxe à tona a questão da possibilidade de escolha da via cirúrgica de parto, inobstante a total ausência de indicação clínica para o ato, apenas por se tratar de uma preferência da parturiente. É uma questão complexa que merece a avaliação de uma série de fatores, tais como a tomada de uma decisão esclarecida por parte da gestante, condição clínica de saúde adequada, tanto da mulher, quanto do bebê e uma estrutura hospitalar adequada à realização da cirurgia, com leitos de UTI materna e neonatal. No que diz respeito às condições de saúde da gestante e bebê, é fundamental um acompanhamento de pré-natal completo, com exames capazes de atestar a idade gestacional e o quadro clínico materno, para avaliação da equipe médica.

Inobstante a complexidade do tema, em agosto de 2019 foi publicada a Lei 17.137/2019 do Estado de São Paulo, na qual é assegurado à gestante escolher a realização de cirurgia cesariana eletiva, desde que a partir da 39ª semana de gestação²³². Antes da aprovação do projeto de lei, a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo – SOGESP, emitiu um pronunciamento, apoiado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, no qual critica a redação e a fundamentação do projeto, diante da falta de amparo em evidências científicas e de levantamento de dados a respeito das condições da rede hospitalar para oferecimento de leitos, inclusive de UTI, nos casos de complicações no parto e pós-parto, tal como pode ser observado:

“Uma das prováveis consequências deste projeto será o aumento indiscriminado nas taxas de cesárea. Este fato também não foi analisado de forma adequada, inclusive com planejamento sobre seu impacto em relação às complicações da cesariana como maior risco de hemorragia e infecção; especialmente quando o procedimento é realizado durante o trabalho de parto. Justifica-se que as taxas de complicações de cesáreas a pedido (programada durante o pré-natal, fora de trabalho de parto e sem indicação médica) são semelhantes àquelas relacionadas ao parto vaginal programado, porém o projeto prevê a realização de cesárea por solicitação da mulher durante o trabalho de parto. E não há estudos na literatura e nem análises no Estado de São Paulo sobre este tipo de intervenção (cesárea por solicitação materna durante o trabalho de parto), não sendo possível prever as consequências deste PL para a saúde da mulher e para o sistema de saúde do

²³² No Estado do Rio de Janeiro está em curso um Projeto de Lei n 1152/2019, com idêntica redação à da Lei 17.137/2019, do estado de São Paulo.

Estado. Lembro aqui que este projeto de lei se aplica ao SUS e que não houve análise sobre o número de leitos, especialmente de UTI, que podem ser necessários e se há leitos disponíveis, ou sobre como será estruturado o sistema de saúde para cumprir esta lei.²³³

A tomada de decisão quanto à via cirúrgica para o parto, apesar de ancorada no princípio da dignidade da pessoa humana que impõe a necessidade de reconhecimento da autonomia da gestante na escolha, demanda um contexto no qual outros direitos fundamentais estejam garantidos para a existência de uma decisão amplamente informada, com base na realidade individual, que compreende não só suas condições físicas, como também a adequação da rede pública de atendimento. Em um contexto social no qual as mulheres são induzidas e, por vezes enganadas, a optar por uma cirurgia cesariana como via ideal de parto, a legislação em comento apresenta um risco à autonomia da mulher, ainda que se proponha exatamente a ampliá-la.

Ainda assim, é importante ressaltar que mesmo diante das informações pertinentes ao que corresponde uma atenção respeitosa no processo gestacional, a mulher está sujeita à ocorrência de violência obstétrica, em razão de fatores variados tais como a hierarquização do atendimento, a vulnerabilidade do momento do parto e tantos outros, como passa-se a analisar a seguir.

4.1.3

Direito à integridade física – “parirás com dor”

A nomeação das formas de violência sofridas no parto como violência obstétrica e os debates públicos que as redes sociais permitiram que se iniciasse entre as mulheres, com o compartilhamento de seus relatos de parto, tornou mais ampla a evidente necessidade de revisão dos protocolos médicos referentes ao atendimento destinado ao período gestacional. Através do

²³³ Íntegra do texto obtida no site da SOGESP, no endereço eletrônico: <https://www.sogesp.com.br/noticias/posicionamento-da-sogesp-em-relacao-ao-pl-4352019>

debate público a respeito do que ocorre na sala de parto, várias condutas puderam ser identificadas como violências. A episiotomia de rotina, lavagem intestinal, raspagem de pelos, privação de líquidos e alimentos, imobilização física, uso de ocitocina sintética sem indicação clínica, repetidos exames de toque, são algumas das condutas invasivas e dolorosas, compreendidas como normais em um parto hospitalar, que em outros contextos seriam inaceitáveis.

Algumas destas condutas podem, inclusive, acarretar danos irreparáveis, não só na esfera emocional, como também à integridade física da gestante. A realização de procedimentos invasivos como descolamento de membranas para acelerar o parto, episiotomias para aumentar o canal vaginal, procedimentos sem anestesia ou com anestesia insuficiente ou mesmo a recusa no atendimento e adequada prescrição de medicamentos podem resultar em consequências graves, lesões, por vezes, definitivas, decorrentes de uma série de fatores, dentre os quais a questão financeira também é encontrada²³⁴. Em depoimentos com relatos de violência obstétrica é possível encontrar situações de controvérsias com o plano de saúde que deflagraram tratamento desrespeitoso e inadequado a uma gestante que resultou em cegueira unilateral permanente, decorrente de um processo hipertensivo não tratado adequadamente durante parto e pós-parto²³⁵. Em outro episódio, uma

²³⁴ WHO recommendations - Intrapartum care for a positive childbirth experience, pg. 8
Obtido no site da ONU no endereço:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

²³⁵ SENA, Ligia Moreiras. Depoimento extraído da Tese de Doutorado “*Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração*” *A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*, apresentada no Programa de Pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Depoimento de mulher identificada como Giulia: “Passei por um clínico, a minha pressão estava em 14/9 e eu fui encaminhada pro centro de obstetrícia. Assim que entrei na sala, a plantonista começou a reclamar da carência do plano. E disse pro meu marido que ele tinha que sair, que não era nem pra ele ter entrado comigo. Tudo que eu não queria, ficar sozinha. A plantonista continuou a reclamar, disse que ia ter dor de cabeça comigo e pediu pra verificarem o que poderia ser feito. Eu fiquei em observação numa maca. Pouco depois uma enfermeira veio dizer que iam me preparar pra transferir porque o meu marido não tinha dinheiro pra pagar pelo parto. A plantonista disse que não autorizava por causa do risco de convulsão na ambulância e que ela não queria assumir a responsabilidade caso algo desse errado. Ela disse pra eu continuar lá, até alguém decidir o que fazer e solicitou uns exames. Estavam tentando falar com o diretor do hospital. Eu nunca senti tanto medo, vergonha, nunca me senti tão só quanto naquele dia. Eu não sabia onde o meu marido estava, não sabia o que ia acontecer comigo e com a minha filha, tinha que ouvir a médica fazendo comentários desagradáveis e ríspidos... (...) Minha filha nasceu, a pediatra levou pra eu ver, não pude tocá-la porque os meus braços estavam amarrados e ela foi levada. Eu falei pra médica que não estava mais enxergando do lado esquerdo, ela disse que isso era normal, que minha visão voltaria quando a minha pressão estabilizasse. (...) A médica continuou com os comentários, ela dizia que aquilo era culpa do pessoal da recepção que me deixou entrar naquele estado, que daqui a pouco outras grávidas iam aparecer lá só

episiotomia feita de forma inadequada resultou na perda de funções relacionadas ao assoalho pélvico, demandando procedimento cirúrgico reparador²³⁶.

Algumas dessas condutas podem ser atribuídas à forma como o estudo médico é conduzido nos ambientes hospitalares. No capítulo 3, item 3.1, foi apontada a precariedade dos estudos médicos nos anos iniciais de instalação das escolas de medicina brasileiras, especialmente no que concerne à ausência de ensino prático. Nos dias atuais, no entanto, a preocupação é exatamente o contrário, uma vez que estudos apontam que o parto, em muitas ocasiões é utilizado como meio de ensino de técnicas cirúrgicas. Segundo Diniz et al, a utilização de técnicas de ensino em detrimento da integridade física das mulheres no parto foi denunciada em audiências públicas realizadas pelo Ministério Público para discussão a respeito dos altos índices de cesarianas

pra ganhar um parto de graça, que ela queria ver quem ia pagar aquela conta e que não queria que nada fosse descontado do salário dela. Ela falou que ia reclamar na próxima reunião, que não deveriam nem fazer contrato com grávidas. A minha pressão continuava alta (...) minha cabeça doía muito. No dia seguinte, uma obstetra veio ver as outras mulheres que já iam receber alta. Elas foram orientadas sobre os cuidados com a cirurgia, amamentação, etc. Eu pedi pra falar com ela, ela disse que iria ver outras pacientes e voltaria em seguida. Mas não voltou. No segundo dia a enfermeira disse que eu receberia alta quando a obstetra viesse me ver no fim da tarde. Pouco depois outra enfermeira disse que eu já podia ir embora porque o quarto precisava ser desocupado. Fiquei muito chateada por não poder tirar as minhas dúvidas com ninguém. E porque tive a certeza de que só fui tratada assim por causa da carência do plano e toda aquela confusão. Saí de lá sem ser avaliada por um obstetra, sem falar sobre a perda da minha visão do olho esquerdo, sem prescrição de remédio pra pressão (que continuava alta), analgésico, nada. Fui ao oftalmologista com doze dias após a cesárea e ele disse pra eu esperar mais um pouco até o meu organismo se recuperar, que deveria voltar ao normal quando a pressão estabilizasse. O tempo passou e nada da minha visão voltar, minha pressão voltou a 10/6 e eu continuava sem enxergar do lado esquerdo. Consultei outro oftalmologista cerca de um mês depois e ele disse que eu tinha sofrido uma atrofia nos nervos ópticos, que não tinha reversão. Eu chorei tanto na volta pra casa naquele dia... Três meses após a cesárea eu procurei outro oftalmologista que confirmou a atrofia e que era irreversível”.

²³⁶ Apelação cível. Responsabilidade civil. Danos materiais e morais. Lucros cessantes. Parto normal. Episiotomia. Laceração perineal de 4º grau. Sutura. Descontrole na eliminação dos dejetos. Insucesso na tentativa de correção. Danos evidentes. Erro grosseiro. Imperícia. Negligência. Nexo causal. Culpa reconhecida. Dever de indenizar. 1. Responsabilidade do médico: a relação de causalidade é verificada em toda ação do requerido, evidente o desencadeamento entre o parto, a alta prematura e a originada de dilaceração perineal de 4º grau. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado nefasto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido. Dever de indenizar. 2. Danos morais: evidentes, procedimento realizado de forma atécnica, causando sofrimento físico e moral, constrangimento, humilhação, angústia, impossibilidade de levar uma vida normal, desemprego, alto estresse familiar. Procedência. 3. Danos materiais: comprovados através de recibos e notas fiscais. Procedência. 4. Pensionamento: paralisação da atividade produtiva da vítima, enquanto perdurou o tratamento para reconstrução do períneo. Parcial procedência. TJ-RS, 6ª CC, Apelação Cível n. 70021336938, Rel. Des. Artur Arnildo Ludwig. J. 13.9.200.

praticados na rede suplementar de saúde e outras questões relativas à violência obstétrica, conforme afirma:

Nestas audiências, movimentos sociais argumentam que a permanência do ensino acrítico de procedimentos dolorosos e, por vezes, desnecessários reflete o ensino de valores que atribuem predominância aos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que despersonificam as mulheres. Assim, por exemplo, na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes. Nesse sentido, foram consideradas violações de direitos: o uso excessivo (‘liberal’) de procedimentos sem base em evidências, potencialmente danosos, sem problematizar os efeitos adversos em mães e bebês; bem como as intervenções feitas sem autorização da paciente, e, mesmo, à revelia de sua desautorização expressada verbalmente e por escrito, apenas com a finalidade de treinar técnicas cirúrgicas (como episiotomias e fórceps ‘didáticos’).²³⁷

Seguem, os autores, apresentando o caso de Mary Dias, mulher negra, que relatou ter sofrido duas episiotomias, no mesmo parto, com a finalidade de que dois estudantes tivessem a oportunidade de aprender a técnica, no hospital da Universidade de São Paulo – USP. No caso brasileiro, esclarecem, os estudantes de medicina necessitam realizar um certo número de procedimentos, para avaliação, sendo que vários relataram ter começado o treinamento de técnicas cirúrgicas nas pacientes, geralmente no SUS, sendo que em outros países dá se preferência ao treinamento da episiotomia e o uso do fórceps em modelos sintéticos e peças específicas²³⁸. Ainda indicam que:

Vários autores mostram a cultura disseminada do ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres pelos alunos de medicina e outras profissões, para fins de treinamento de habilidades. Tais abusos permanecem normalizados por uma cultura institucional que não os reconhece como violações de direitos.²³⁹

Em outro relato chocante, Diniz apresenta a seguinte situação:

²³⁷ DINIZ, Carmen Simone Grilo, NIY, Denise Yoshie, ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar, CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque, SALGADO, Heloisa de Oliveira. *A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino de saúde. Interface (Botucatu)* [online]. 2016, vol.20, n.56, pp.253-259. ISSN 1414-3283. Íntegra no endereço eletrônico: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0253.pdf>. Acesso em 05/02/2020.

²³⁸ Idem

²³⁹ Idem

“Então nós estávamos com os estagiários de vários países no CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatologia, no Uruguai) assistindo um parto conduzido segundo as recomendações da OMS. Quando terminou, percebemos que um dos médicos estagiários continuava na sala e fomos ver o que ele estava fazendo. Ele tinha feito uma episiotomia depois do parto, que foi conduzido sem episio. E ele disse, na maior seriedade, que foi porque ele precisava treinar!”²⁴⁰

Estes relatos de utilização dos corpos de mulheres, no momento de extrema vulnerabilidade e confiança, como objetos de estudo da técnica, com a realização de procedimentos desnecessários, invasivos e extremamente dolorosos, comprometendo a integridade física das parturientes, reforçam a constatação da existência de um projeto social de desumanização destas mulheres, dependentes do sistema público de saúde, especialmente aquelas que apresentam características de maior vulneração social, tal como abordado no item 2.3.

Uma outra forma de violação à integridade física de mulheres em situação gestacional é a esterilização forçada, que, apesar de não ser muito noticiada é uma realidade que atinge, geralmente, as mulheres em condições sociais menos favoráveis. Recentemente, chegou aos noticiários o caso de Janaína Aparecida Quirino, conforme já mencionado no item 2.1, que foi submetida, por ordem judicial proferida em ação movida pelo Ministério Público à realização de uma laqueadura forçada, durante a cesariana de seu oitavo filho. Em situação de rua e dependente química, Janaína não teve oportunidade de defesa adequada no processo e a decisão judicial foi posteriormente reformada pelo Tribunal de Justiça de São Paulo. Tratando sobre esse tema, Cecília Dâmasco²⁴¹ resgata o histórico nacional de esterilização de mulheres negras que, inclusive, foi objeto de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em 1991, identificando, em seu relatório final, “que o Brasil, em comparação com outros países, apresentava elevados índices de esterilização de mulheres em idade fértil”, e que muitas dessas

²⁴⁰ DINIZ, Carmen Simone Grilo. Relato apresentado na Tese de Doutorado, referente a evento SPOBEC, mesa sobre MPBEC. Pg. 102, 103.

²⁴¹DÂMASCO, Cecília Ribeiro. *A expansão do conceito de violência obstétrica e as práticas de esterilização compulsória*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. pg. 324.

mulheres realizam os procedimentos através de custeio indireto do setor público, sendo a maioria de mulheres negras e pobres.²⁴²

O caso de Janaína, no entanto, não é o único que veio à tona recentemente, Tatiana Monique Dias, então com 24 anos²⁴³ também sofreu uma laqueadura forçada por via judicial em 2017, no pós-parto de seu segundo filho. A decisão teria sido proferida pelo mesmo magistrado do caso de Janaína e teria partido de pedido da mãe de Tatiana, cuja incapacidade por retardo mental moderado foi declarada por sentença em 2012²⁴⁴. Nos dois casos, as mulheres foram consideradas incapazes de gerir suas próprias vidas sexuais e reprodutivas, sem receber do Estado qualquer suporte voltado à saúde, mas somente o controle compulsório de seus corpos e autonomia.

Conforme já apresentado no capítulo 2, a expropriação do corpo feminino na sociedade ocidental patriarcal não é nenhuma novidade, sendo que o exercício do controle sobre os corpos daquelas mulheres identificadas como portadoras de alguma forma de deficiência é ainda mais normalizado. Em um relato especialmente perturbador, há o exemplo de uma situação de violência extrema praticada contra uma gestante cega, que ao procurar atendimento médico para o trabalho de parto, foi tratada como incapaz, sem direito à presença de acompanhante ou contato com a médica obstetra

²⁴² Neste levantamento, Cecília Dâmasco cita Djamila Ribeiro em *O que é lugar de fala*, onde a autora trata mais detalhadamente sobre o projeto de esterilização forçada de negros e pobres pelo Estado brasileiro. Jurema Werneck, também citada pela autora, associa a esterilização forçada ao projeto eugenista, que utiliza como mecanismos de atuação a ciência e a medicina. Para Werneck, “*O desenvolvimento tecnológico colocará à disposição novas técnicas, novos artefatos, que garantirão a redução da fecundidade de povos não brancos através da extinção da fecundidade de indivíduos, em grande parte, das mulheres. A cesta de alternativas da segunda metade do século XX não afastará a esterilização cirúrgica feminina e masculina cujo desenvolvimento de técnicas simplificadas possibilitou a realização de cirurgias rápidas, que produziram os “festivais” de esterilização compulsória em condições precárias como os empreendidos na Índia, por exemplo.*” WERNECK, Jurema. *Ou belo ou puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias*. Obtido no endereço eletrônico http://www.criola.org.br/artigos/artigo_ou_o_belo_ou_o_puro.pdf. Acesso em 08/02/2020.

²⁴³ Informações obtidas em matéria publicada na Revista Veja, São Paulo. 20/06/2018. No endereço eletrônico: <https://vejasp.abril.com.br/cidades/oab-juiz-promotor-mulheres-esterilizacao/>

²⁴⁴ Informações obtidas na revista eletrônica da ONG Geledés, no site: <https://www.geledes.org.br/oab-questiona-juiz-e-promotor-por-casos-de-esterilizacao-de-mulheres/> Acesso em 09/02/2020.

assistente e submetida a uma cirurgia cesariana sem que a anestesia fizesse efeito, após duas tentativas²⁴⁵.

Analisando as questões que envolvem a violência obstétrica de mulheres nesta condição, Matos e Terra²⁴⁶ problematizam a tensão entre a definição de deficiência e a capacidade para a prática de atos existenciais, questionando a validade do modelo codificado com o “estabelecimento de disciplina única para a aferição da capacidade necessária à validade dos atos patrimoniais e existenciais”²⁴⁷, quando confrontado com o sistema constitucional, considerando que no ordenamento jurídico brasileiro, as situações jurídicas patrimoniais são instrumentalizadas para a realização das situações jurídicas existenciais, defendendo não sendo possível a equiparação, de forma abstrata, dos requisitos da vontade na prática de atos existenciais e patrimoniais.²⁴⁸

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, lei 13.146/2015, no entanto, reflete uma modificação na compreensão do cidadão com deficiência, prevendo uma adaptação da vida social para o seu acolhimento, bem como assegurar o exercício dos direitos constitucionalmente garantidos, estabelecendo, dentre outros, no artigo 6, que a deficiência não afeta a plena capacidade civil para exercer direitos sexuais e reprodutivos, casar, decidir sobre o planejamento familiar, vedando expressamente a esterilização compulsória²⁴⁹. A realidade, no entanto, ainda não reflete a proteção assegurada normativamente, razão pela qual as mulheres que possuem alguma deficiência, física ou intelectual, geralmente desacreditadas em suas capacidades decisórias e até mesmo na manifestação de suas vontades, estão propensas a violência obstétrica de forma mais acentuada, em virtude da

²⁴⁵ “O anestesista puxava meu cabelo para eu não desmaiar de dor”. Relato extraído da matéria “Vítimas da violência obstétrica, o lado invisível do parto” Publicada em 04/08/2015, disponível no endereço eletrônico: <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html> . Acesso em 09/02/2020.

²⁴⁶ TERRA, Aline de Miranda Valverde, MATOS Ana Carla Harmatiu . *Violência obstétrica contra a gestante com deficiência*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 185.

²⁴⁷ Op, cit. Pg. 193

²⁴⁸ Op, cit, pg. 193/194.

²⁴⁹ “Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.” Essa conceituação reflete o modelo adotado pela Convenção da ONU Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovado pelo Decreto Legislativo nº 186, em 9 de julho de 2008, conforme ressaltam Matos e Terra. Idem, pg. 198.

verticalidade das relações sociais e, especialmente, da relação médico-paciente.

Ademais, ainda que a legislação declare a capacidade da pessoa com deficiência para a prática dos atos existenciais, algumas circunstâncias podem se revelar como impedimentos a este exercício no âmbito hospitalar, tais como a inadequação da comunicação, ausência de pessoal treinado ou equipe multidisciplinar para o atendimento médico e informação sobre o quadro clínico e as possibilidades terapêuticas ou interventivas. O combate e a prevenção de casos como esses dependem da adoção de medidas multidisciplinares, que comportem, não só instrumentos regulatórios, como também instrução e treinamento do corpo profissional de atendimento e difusão de informações sobre os direitos das gestantes.

Um forte aliado ao exercício da autonomia da gestante é o plano de parto, cujo surgimento ocorreu em um contexto de questionamentos sobre os rumos da medicalização do parto, nas sociedades norte-americana e europeia e fez parte do documento publicado pela OMS em 1996 denominado “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, no qual a gestante manifesta suas preferências a respeito do atendimento relacionado ao parto, bem como as intervenções às quais não gostaria de ser submetida²⁵⁰, conforme já

²⁵⁰ “Nesse contexto, no final dos anos 1970 surge o Plano de Parto, introduzido por educadores pré-natais, com o propósito de facilitar a comunicação entre gestantes e profissionais de saúde, além de encorajar tomadas de decisão informadas sobre escolhas, riscos e resultados de trabalho de parto. Assim, desde a sua criação, o Plano de Parto tem se tornado cada vez mais popular nos países ocidentais em defesa da autonomia das mulheres durante o parto.” MEDEIROS, Renata Marien Knupp, FIGUEIREDO Grazielle, CORREA, Áurea Christina de Paula, BARBIERI, Márcia. *Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição*. Rev. Gaúcha Enferm. vol.40 Porto Alegre 2019 Epub June 06, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em 12/02/2020. Analisando a validade jurídica do plano de parto, Vitor Almeida afirma que: “A rigor, são negócios jurídicos unilaterais receptícios, cujo conteúdo é exclusivamente existencial, uma vez que cuida do consentimento informado das intervenções possíveis durante o parto e o pós-parto. Médicos e demais profissionais podem objetar de consciência e não concordarem com o conteúdo do plano de parto anteriormente, permitindo que a gestante escolha profissionais com o perfil desejado. Uma vez que a equipe envolvida toma conhecimento do plano de parto e não apresenta recusa ao seu cumprimento, as diretrizes contidas no documento devem ser observadas pelos destinatários.” ALMEIDA, Vitor. *Notas sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade jurídica do plano de parto no direito brasileiro*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019 Pg. 181.

mencionado no item 4.1.1. A elaboração do plano de parto, naturalmente, depende da devida informação da gestante a respeito da fisiologia do parto, métodos de alívio da dor, farmacológicos e não farmacológicos, tipos de intervenções e suas indicações e riscos, levando em consideração a análise de risco da própria gestante.

A utilização do plano de parto tem sido associada a uma melhora na experiência do parto diante da redução dos temores da mulher quanto ao momento culminante do processo de gestação, através da informação, comunicação e reflexão a respeito das possibilidades relacionadas ao atendimento, além de uma maior sensação de controle. No entanto, a elaboração do plano de parto depende da comunicação com a equipe médica, a fim de que não sejam geradas expectativas cujo cumprimento não seja possível em função do quadro clínico da gestante, bem como deve considerar a imprevisibilidade do parto que, por vezes, pode demandar a adaptação dos planos formulados.

Um ponto importante a ser mencionado a respeito do plano de parto é que ele encontra barreiras de aceitação pela comunidade médica, conforme demonstrado no item 4.1.1, além das dificuldades de implementação no atendimento destinado às mulheres que utilizam o serviço público de saúde, inobstante o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, de sua necessidade como sendo um dos 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica²⁵¹.

Muitas das situações de violação dos direitos fundamentais das gestantes ora narradas poderiam ser evitadas com a adoção de algumas medidas de prevenção, tais como a presença do acompanhante em todo o período do parto e do pós-parto, que é um outro direito rotineiramente desrespeitado nos partos realizados na rede hospitalar. Em razão disso, passa-se a analisar a questão do direito ao acompanhante no cenário do parto e os mecanismos de prevenção e de reparação dos danos causados pela violência obstétrica, no cenário legal brasileiro.

²⁵¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Pg. 38. Documento obtido no endereço eletrônico http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

4.2

Prevenção e combate da violência obstétrica através dos compromissos legalmente assumidos pelo Estado brasileiro na proteção aos direitos da mulher

Conforme abordado no item 2.1, ainda não há, no Brasil, uma lei federal que trate especificamente da violência obstétrica, mas existem mecanismos esparsos que abordam e regulam condutas que compõem o espectro desta forma de violência e são capazes de construir um arcabouço legal de proteção, prevenção e reparação de direitos violados. A edição de uma lei federal, no entanto, tem a força do reconhecimento estatal sobre a ocorrência da violência obstétrica, impondo a tomada de medidas em escala mais ampla, para a prevenção e o combate.

Uma das leis específicas de garantia de direitos das gestantes é a Lei 11.108/2005, que tem o objetivo de assegurar a presença de um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, nas unidades de atendimento do SUS, que seja por ela indicado. A necessidade de tal medida se deve ao fato de as mulheres serem obrigadas, pelos agentes de saúde, a ficarem sozinhas durante o trabalho de parto e no pós-parto, momento de extrema vulnerabilidade, sob alegações variadas, tais como a falta de espaço, a perturbação que uma pessoa externa ao ambiente hospitalar traria e tantas outras que apenas reforçam a visão tecnocrata do parto pelos profissionais de saúde, compreendendo como supérflua a presença de um ente familiar no ato e dos benefícios que tal situação traz à parturiente e bebê, bem como assegurando a manutenção dos padrões de atendimento desrespeitosos à mulher, sem possibilidade de resistência. Pesquisas recentes apontam que a negativa ao acompanhante segue ocorrendo nas unidades hospitalares do País²⁵².

²⁵² Em notícia publicada pelo jornal Estadão, que apresenta os dados coletados pela ouvidoria da Rede Cegonha, entre maio e outubro de 2012, e aponta que os hospitais não cumpriram a Lei do Acompanhante, é possível observar o contexto de privação dos direitos, no seguinte trecho: “João Steibel, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), diz que a superlotação das maternidades também é um problema. “Quando o movimento está normal, tudo bem. Mas quando está lotado, o acompanhante só atrapalha. Muitas vezes sou agredido verbalmente, mas não posso abrir mão da segurança do

A negativa ao acompanhante ocorre também, em alguns casos, nos hospitais particulares, que se sentem desobrigados ao cumprimento da lei, sob alegação de que ela somente se aplica aos hospitais do SUS. Ocorre que as Resoluções RDC 36/2008 da Anvisa e a Resolução Normativa 338/2013 da ANS, permitem que sejam estendidas às unidades particulares as obrigações estabelecidas na lei do acompanhante. E ainda há que ser observado que a Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e Adolescente assegura, no artigo 8º, à gestante, atendimento humanizado na gravidez, parto e pós-parto (caput), direito a um acompanhante de sua preferência durante o parto e pós-parto (§ 6º), além da realização de cirurgia cesariana somente com indicação médica (§ 7º).

Aprofundando a análise sobre o direito ao acompanhante durante o parto, Viveiros de Castro discorre sobre a nova percepção da figura do genitor na cena do parto, não mais como um acompanhante, mas sim, como um legítimo participante, na qualidade de integrante da unidade familiar, igualmente responsável no exercício do poder parental e detentor do direito à participação no momento que redefine a entidade familiar, assim elucidando:

atendimento", diz <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,64-das-gravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-no-sus,989603>. Último acesso em 12/02/2020.

RODRIGUES, D.P., ALVES, V.H., PENNA, L.H.G., PEREIRA, A.V., BRANCO, M.B.L.R., SOUZA, R.M.P., *O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica* Texto contexto - enferm. vol.26 no.3. Florianópolis 2017 Epub 21-Ago-2017 <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>. Em levantamento realizado com entrevistas de 56 gestantes internadas em alojamentos conjuntos nas maternidades da região metropolitana do Rio de Janeiro, concluindo que a Lei do Acompanhante não estava sendo respeitada pelos serviços públicos de saúde, colheram os seguintes depoimentos:

[...] *eu não tive isso, não deixaram o meu marido participar comigo, e tentei ver isso, mas esse médico não estava deixando. [...] as outras meninas, os seus esposos estavam junto, não sei porque ele não deixou ficar e ver o meu parto, achei uma falta de compreensão!*

[...] *como sei da Lei do Acompanhante e já me falaram também que eu tinha direito [...] comecei a reclamar que iria chamar a polícia, porque tinha uma lei e eles estavam desrespeitando e iria procurar os meus direitos. [...] mas não consegui [...]*

[...] *eu briguei com todo mundo aqui. [...] sei que tem uma lei [...]. Tenho um direito de ter o acompanhante, chamei a polícia e tudo, mas não consegui atendimento, pois não tinha espaço suficiente para isso [...]*

[...] *não dá para dialogar com a médica, uma bruta e grossa, uma insensível, pois deveria ter deixado a minha mãe entrar nesse momento. [...] um momento que esperamos e ela não deixou, falou que não podia e não iria deixar. [...] as enfermeiras, e não tinha condição mesmo [...]*

O descumprimento da Lei do Acompanhante como agravo à saúde obstétrica. Texto contexto - enferm. vol.26 no.3 Florianópolis 2017 Epub Aug 21, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>.

“Considerando que atenção integral à infância e o melhor interesse da criança assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente se relacionam diretamente à garantia da assistência humanizada do parto, que o exercício do poder parental se dá em igualdade de condições por ambos os genitores e que as recomendações da Organização Mundial de Saúde prescrevem a presença de acompanhante como medida fundamental para a saúde materna e neonatal, não há espaço para a interpretação que reduz o papel do genitor ou da genitora à figura do acompanhante. Na legalidade constitucional, o sentido normativo de todo e qualquer dispositivo legal somente se revela diante da Constituição Federal de 1988, pelo que não se pode admitir que a igualdade parental seja violada por uma interpretação tão restritiva e contrária à democratização da família.”²⁵³

A presença de acompanhante da escolha da mulher no momento do parto, além de garantir o exercício da autonomia privada e da dignidade, trazendo conforto, segurança emocional e sensação de acolhimento em momento de extrema vulnerabilidade que apresentam resultados mais benéficos no parto, também se caracteriza como um mecanismo de prevenção da violência obstétrica, sendo uma recomendação da OMS para a prevenção das violações aos direitos das gestantes²⁵⁴ e, talvez por essa razão, segue como uma das mais recorrentes formas de violência obstétrica.

Por ser um direito que deriva da dignidade da pessoa humana, sua aplicação deveria ocorrer sem qualquer restrição contemplando gestantes em unidades de saúde pública, privada e ainda, as gestantes encarceradas, pois como ressalta Viveiros de Castro, a Lei do Acompanhante “*não faz qualquer ressalva quanto à condição de liberdade da gestante, de modo que às mulheres presas também devem ter assegurado o direito ao acompanhante, nos mesmos termos que as mulheres não encarceradas*”.²⁵⁵

Importante lembrar, também o que prevê o Código de Ética Médica, no capítulo dedicado aos direitos humanos, afirmando que é vedado ao médico:

²⁵³ VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter. *Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 34

²⁵⁴ “*A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth*”, recomendação publicada em 15/02/2018. Disponível no endereço: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-companionship-during-labour-and-childbirth>. Acesso em 12/02/2020.

²⁵⁵ Obra citada, pg. 29.

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

A ética médica demanda o respeito à vontade da paciente, o seu tratamento digno e a abstenção de práticas degradantes, desumanas ou cruéis. A distância entre o texto do Código de Ética Médica e a realidade merece considerações, especialmente diante da resistência quanto à adoção de novos paradigmas mundialmente reconhecidos no que diz respeito ao atendimento da gestante e do parto. Atentos à realidade nacional, o Ministério da Saúde e a ANS tem tomado algumas medidas para melhoria dos serviços prestados na atenção médica à mulher, mas a modificação de toda uma cultura intervencionista do parto, além de requerer tempo para ser arraigada em todos os âmbitos institucionais, necessita da colaboração de todos os coletivos profissionais envolvidos, o que nem sempre é o caso.

A ANS editou as Resoluções Normativas 368/2015 e 398/2016²⁵⁶ estabelecendo, mecanismos que visam à redução dos procedimentos cirúrgicos nos partos no Brasil, assegurar maior segurança às gestantes no exercício de seus direitos, com a obrigatoriedade de informações sobre benefícios e riscos dos partos normal e cirúrgico, e a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrizas por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes.

A Lei Estadual nº 7.191/2016 estabelece os direitos das gestantes ao parto humanizado, com o mínimo de interferências possível, com a adoção de rotinas recomendadas pela OMS ou outras instituições de excelência reconhecida e ainda, ao plano de parto. O plano de parto é um documento no

²⁵⁶ Em cumprimento à determinação judicial nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região, na 24ª Vara Federal Cível de São Paulo, promovida pelo Ministério Público Federal contra a ANS.

qual a gestante indica suas preferências quanto ao parto, sendo elaborado com a orientação do profissional médico ou de enfermagem e devem ser respeitadas por todos os envolvidos, a menos que haja alteração nas condições de parto que demandem a sua alteração pelo médico, a quem cabe a tomada de decisões em caso de risco de vida da mulher ou do bebê, sempre informadas à parturiente.

O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - CREMERJ, no entanto, tem tido posicionamentos contrários às demandas das mulheres, no que concerne ao respeito à autonomia no parto, conforme melhor abordado no item 4.1.1, ocasionando maiores tensões ao já complicado processo de reconhecimento de direitos de mulheres em período gestacional.

O cenário de violências e resistência ao reconhecimento de direitos das mulheres demanda ações que sejam capazes de prevenir a sua ocorrência, mas também punir os danos causados, razão pela qual o enfrentamento da violência obstétrica também necessita passar pela tutela jurisdicional, cível e penal, para a gradual compreensão, da sociedade como um todo, que a prática dos atos de violência contra a mulher no parto são violações de direitos, tipificados, ou passíveis de reparação na esfera cível. Sob a ótica do direito penal, Costa, Oliveira e Cerqueira entendem que a ampliação do reconhecimento das formas de violência contra a mulher que a Lei 11.340/06 – Lei Maria da Penha, apresenta, no artigo 7º, ao considerar além da física, as violências psicológica, sexual, patrimonial e moral, atrai para si os casos de violência obstétrica.²⁵⁷

Ressaltam ainda, os autores, que o direito penal brasileiro abarca uma grande parte das condutas cometidas contra as mulheres no período gestacional, que podem configurar homicídio, lesão corporal e aborto, quando envolverem violência física da gestante, difamação, injúria e ameaça, quando envolver violência psicológica ou moral e cárcere privado ou constrangimento ilegal, quando a violência for relacionada à privação da liberdade de locomoção, comunicação ou quando houver a utilização de

²⁵⁷ COSTA, Rodrigo de Souza, OLIVEIRA, Adriana Vidal de, CERQUEIRA, Consuello Alcon Fadul. *A responsabilidade penal nas hipóteses de violência obstétrica*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 255/256.

algemas ou amarras. E, como no caso da violência obstétrica, os envolvidos são profissionais de saúde, “muitas vezes, se encontrarão na posição de agentes garantidores, nos termos do artigo 13, § 2º, inciso I, do Código Penal, devendo responder pelo que se chama de omissão imprópria”, já que tem obrigação de evitar o resultado e serão responsabilizados pelo crime comissivo, na forma omissiva. É possível acrescentar a esse rol apresentado pelos autores, o crime de racismo, lei 7.771/1999 e o de injúria racial, artigo 140, parágrafo 3º do Código Penal.

Na esfera cível, a reparação de danos causados pela violência obstétrica também é possível, uma vez que as condutas estão abrangidas pelo instituto da responsabilidade civil. Em recente decisão envolvendo a suspensão do exercício da atividade profissional na rede pública de médico filmado agredindo uma gestante adolescente, durante o trabalho de parto, a Desembargadora Joana dos Santos Meirelles, da Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Manaus, assim afirmou:

“Não podemos minimizar os fatos, como pretende o recorrido, ao afirmar que não houve violência obstétrica, por conta da gestante não ter sido atingida fisicamente. Tal discurso somente contribui com a cultura dos abusos e maus tratos durante o parto, devendo ser fortemente reprimida por todo Poder Judiciário. A violência obstétrica não pode ser entendida como agressão no critério físico, mas também o psicológico e o verbal.”²⁵⁸

Em outra decisão, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro condenou o Município de Armação de Búzios ao pagamento de indenização por danos morais por recusa ao cumprimento da Lei do Acompanhante, reconhecendo que esta recusa somente pode ocorrer em casos excepcionais²⁵⁹, com a devida

²⁵⁸ Decisão monocrática proferida nos autos do Agravo de Instrumento n 4001296-40.2019.8.04-0000. A Defensoria Pública do Amazonas interpôs o recurso contra decisão proferida em primeira instância, que suspendeu o afastamento do médico das atividades profissionais junto ao hospital público no qual ocorreram as agressões contra a gestante. A desembargadora acolheu o recurso, reformando a decisão e determinando a manutenção da suspensão da atuação profissional do médico.

²⁵⁹ No corpo do voto o desembargador enumera as circunstâncias nas quais a presença do acompanhante pode ser negada: “tais como parto com “risco de morte para a criança e/ou a mãe; na hipótese de risco comprovado de infecção hospitalar; na hipótese do acompanhante possuir alguma circunstância pessoal que inviabilize seu ingresso em uma sala de cirurgia; na hipótese da sala de cirurgia, por problemas ocasionais, não comportar a presença física do acompanhante”.

comprovação.²⁶⁰ Importante ressaltar, no entanto, que a decisão acolheu parcialmente o recurso de apelação do município para reduzir o valor da indenização fixada em sentença, no total de R\$ 20.000 (vinte mil reais) a ser dividido entre os pais, autores da ação, para R\$ 5.000 (cinco mil reais). Ainda que a condenação do município seja relevante medida para o reconhecimento da violência obstétrica, o *quantum* indenizatório possui papel fundamental no desestímulo da conduta e a drástica diminuição do montante, no caso em tela, acaba por prejudicar a função punitivo-pedagógica da condenação.

Em outro caso julgado pelo mesmo Tribunal, em que ocorreu a morte do bebê, após o nascimento, com sofrimento fetal, demora na realização do parto cirúrgico, ausência de pediatra de plantão e outros erros cometidos pelo hospital e equipe, a condenação em primeira instância foi no montante de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), sendo mantida pelo acórdão, que, embora reconheça a impossibilidade de afirmar-se que a morte do bebê decorreu unicamente dos erros no atendimento, afirma que estes certamente agravaram sua condição de saúde e aplica a teoria da perda de uma chance, pela conduta da equipe “*que claramente não adotou as providências necessárias para salvaguardarem a vida da filha da apelada e impedir o agravamento do seu quadro clínico, retirando da mãe uma chance concreta de salvar a vida da criança.*”²⁶¹

²⁶⁰ Apelação Cível nº 0002010.50.2015.8.19.0078, julgada pela Oitava Câmara Cível em 13/08/2018. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSO CIVIL. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. AÇÃO INDENIZATÓRIA. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PEDIÁTRICA. ACOMPANHAMENTO DE PARTO. VEDAÇÃO DE ACESSO AO CENTRO OBSTÉTRICO. VIOLAÇÃO DA LEI 11.108/2005 NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS EM REDE PRÓPRIA OU CONVENIADA. DANO MORAL. Aplicação do artigo 19-J, da Lei 8.080/90, acrescentado pela Lei 11.108/2005, que dispõe sobre a garantia de acompanhante nos partos da rede SUS. A obrigação de indenizar está presente, porquanto os argumentos da defesa carecem de comprovação, Presença dos pressupostos da responsabilidade civil. Dano moral configurado. Verba indenizatória que deve se adequar aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. Honorários de sucumbência que não devem ser reduzidos. Precedentes deste Tribunal. CONHECIMENTO e PARCIAL PROVIMENTO do recurso.

²⁶¹ Apelação Cível nº 0000457-09.2007.8.19.0058, julgada pela 15 Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em 20/08/2019. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. PARTURIENTE. FALECIMENTO DO RECÉM-NASCIDO APÓS O PARTO. DANO MORAL CONFIGURADO. 1. In *casu*, a apelada foi internada no dia 06/08/04, grávida e com dores no baixo ventre, dando à luz a uma menina no dia 08/08/04. No entanto, a recém nascida veio a falecer no berçário, no mesmo dia. 2. Na sentença, foi reconhecida a responsabilidade do Município, sendo este condenado a pagar indenização por danos morais. 3. A hipótese dos autos atrai a aplicação da Teoria do Risco Administrativo, segundo a qual restará configurada a responsabilidade do Estado quando, na prestação do serviço público,

Por fim, verifica-se um acórdão no Tribunal de Justiça de São Paulo²⁶², no qual foi reconhecido o direito à indenização da mulher, diante da ocorrência de múltiplas violações de direitos, sendo relevante notar a utilização, no julgado, da terminologia violência obstétrica, além do reconhecimento do direito à gestante ao parto humanizado, destacando-se a seguinte afirmação:

“O parto não é um momento de “dor necessária”. A apelada experimentou situação de sofrimento desmedido e, quando informava que não mais conseguia fazer forças, ainda recebeu piadas e comparações jocosas, em momento de aflição, de dores e de notórias alterações hormonais.”

Importante ressaltar que os casos que chegam ao Poder Judiciário para um pronunciamento efetivo sobre a ocorrência da violência obstétrica, nem sempre são tratados sob este enfoque, com reconhecimento da violência de gênero, ainda que possa haver um reconhecimento do dever de reparar o dano, de erro no atendimento ou ocorrência de crime. A visibilidade da violência

ficar demonstrado o fato, o dano e o nexa causal que os une (art. 37, §6º, CRFB). 4. O laudo pericial evidencia a sucessão de erros que culminou com o sofrimento fetal, não tendo os médicos adotado as medidas adequadas para o tratamento da apelada e a condução segura do seu parto, o que contribuiu para o evento e interferiu na sobrevivência da recém-nascida. 5. O dano moral é inegável e se configura in re ipsa, sendo inegável que o falecimento da bebê acarretou grande dor e sofrimento à mãe. Quantum indenizatório arbitrado de acordo com as peculiaridades do caso. 6. Retificação da sentença, em reexame necessário, no que tange aos juros e à correção monetária para adequá-los ao REsp 495.146/MG, bem como para afastar a condenação do Município ao pagamento das custas judiciais (art.17, IX, Lei 3.350/99). 6. Desprovimento do recurso, reformando-se a sentença parcialmente em sede de reexame necessário.

²⁶² Apelação Cível n nº 0001314-07.2015.8.26.0082, julgado pela 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, em 11/10/2017. Relator. Des. Fabio Henrique Podestá “RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de “dor necessária”. Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido.”

obstétrica é um ponto crucial para o combate de sua ocorrência, demandando seja superada a rejeição da utilização do termo. A pesquisa realizada por Nogueira e Severi²⁶³, aponta as dificuldades de encontrar julgados nos tribunais de justiça com a utilização dos termos violência obstétrica e direitos reprodutivos, além de identificarem que diversas decisões foram baseadas em laudos periciais que reproduziram conceitos e informações institucionalizadas e não baseadas em evidências científicas, geralmente concluindo, por exemplo, que a episiotomia é um procedimento adequado a ser realizado, especialmente em se tratando de primeira gestação, sem qualquer consequência para a vida sexual e reprodutiva das mulheres.

Assim, observa-se que, mesmo havendo na legislação brasileira amplo suporte aos direitos das mulheres no que diz respeito ao acompanhamento respeitoso durante a gestação e o parto, tal situação ainda não é suficiente para a modificação dos padrões de atendimento atuais, demandando uma legislação específica para regulamentar a violência obstétrica, na qual sejam contemplados os variados fatores que concorrem para a violência de gênero experimentada pelas mulheres no contexto nacional.

²⁶³ NOGUEIRA, Beatriz Carvalho, SEVERI, Fabiana Cristina. *O tratamento jurisprudencial do termo violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudeste*. A pesquisa compreende os períodos de 03/02/2015 a 13/02/2015 para pesquisa com o termo violência obstétrica e 16/02/2015 a 26/02/2015 e entre 20/08/2015 e 24/08/2015 para o termo direitos reprodutivos. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X

5

Conclusão

O trabalho partiu da pretensão de apresentar duas propostas de estudo: a primeira foi a compreensão dos mecanismos que levam à ocorrência da violência obstétrica, bem como permitem a sua perpetuação na sociedade atual, a partir da construção de Michel Foucault sobre estratégias de poder para controle da sexualidade e a instrumentalização da biopolítica, através da regulamentação da vida; e a segunda foi a identificação de meios de prevenção e enfrentamento desta forma de violência contra a mulher no direito brasileiro. Para viabilizar estas análises, foi realizada a abordagem da violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, analisada a partir de uma perspectiva interseccional, que permite a identificação da sobreposição de condições de vulneração que acentuam e modificam a incidência da violência sobre determinados corpos, conforme os marcadores que lhes são atribuídos.

As pesquisas realizadas permitiram identificar que há uma demanda de cunho global pelo reconhecimento da violência obstétrica como uma prática corriqueira na atenção de saúde das mulheres, e que tal demanda foi acolhida por organismos internacionais que reconhecem a ocorrência da violação aos direitos sexuais e reprodutivos em razão de um contexto de desigualdade de gênero, no sistema de saúde, mundialmente. A nomenclatura para designar esta forma de violência, no entanto, pode variar de acordo com a localidade, sendo que na América Latina é amplamente utilizada a expressão violência obstétrica, tal como ocorre no Brasil. Este termo, no entanto, é combatido pelos órgãos de representação da comunidade médica brasileira que relutam em assumir sua parcela de responsabilidade sobre as práticas violentas cometidas contra a população feminina na atenção obstétrica, justificando sua atuação sob o manto do conhecimento técnico que lhe assegura exclusividade decisória.

Utilizando como instrumento os conceitos de Foucault sobre disciplina, biopoder, biopolítica e sexualidade, foi possível compreender que a violência obstétrica exerce um papel conformador da mulher na sociedade, independente da condição socioeconômica, operando, em aliança com o racismo institucional, como uma estratégia biopolítica de “fazer viver e deixar morrer”, pois, através deste mecanismo, são mantidas estruturas de opressão contra a parcela racializada da população, à qual é negado acesso à saúde de qualidade, conduzindo a maiores índices de morte materna dentre as mulheres nesta condição. Com a contribuição do movimento feminista negro é possível identificar que parte das dificuldades encontradas no combate à violência obstétrica reside na ausência de reconhecimento e combate das práticas racistas no ambiente hospitalar, bem como da episteme utilizada para a avaliação e implementação de práticas de humanização do parto, pautadas em conhecimentos provenientes do pensamento científico eurocêntrico, na maior parte.

O debate acerca da humanização do parto demanda uma abertura a propostas advindas de diferentes fontes de conhecimento, com respeito à diversidade cultural e atenção específica aos distintos perfis de usuárias do sistema de saúde, em conformidade às variações regionais do País. Ademais, há que ser considerada a ocorrência da violência obstétrica além da prática excessiva de partos cirúrgicos, ou a violência verbal e física, que normalmente são mais divulgadas, para contemplar práticas sutis, mas não menos prejudiciais, como a falta de informações adequadas no pré-natal, alegação de ausência de medicamentos na rede pública, obrigatoriedade da posição litotômica, puxos direcionados e tantas outras que comprometem o exercício de direitos fundamentais da mulher a partir de sua infantilização e incapacitação. Ainda que os altos índices de partos por cesariana não devam ser o foco exclusivo das políticas de combate à violência obstétrica, o fato é que o Brasil apresenta níveis assustadores deste meio de parto, injustificáveis do ponto de vista da assistência médica baseada em evidências científicas, que ressalta a cultura intervencionista do parto no País. Esta situação também pode ser associada a um movimento de desvalorização do parto vaginal, através da atenção brutalizada dispensada às mulheres, especialmente na rede pública, que contribuiu para a associação do parto cirúrgico com o ideal a ser

alcançado, eis que sua realização garantiria mais comodidade e menor incidência de dor e sofrimento.

A naturalização do sofrimento da mulher no parto abre a porta para a justificação da utilização de protocolos médicos invasivos, realizados por vezes, com rispidez ou violência, como resultado da objetificação da mulher no atendimento médico. É esperado que ela agüente toda espécie de tratamentos e desconfortos, sob a alegação de que sua cooperação resultará no nascimento de uma criança saudável, ao passo que a rebeldia faz recair sobre ela a culpa por danos ou mesmo a morte do bebê. É neste clima de ameaças e desrespeito aos direitos fundamentais que a maioria da população brasileira nasce. A violação à integridade física da gestante é uma realidade corriqueira, posto que as episiotomias são realizadas sem qualquer preocupação com indicação clínica, sendo, muitas vezes, o resultado da forma como se dá o ensino da técnica cirúrgica aos profissionais iniciantes.

O conturbado relacionamento entre as demandas da sociedade civil manifestadas através dos movimentos em prol da revisão dos protocolos médicos que viabilizam a violência obstétrica e os órgãos de representação e controle da profissão médica no País, revelam um ambiente de diálogo difícil ou mesmo inexistente, ante ao posicionamento de recusa de tais órgãos a quaisquer iniciativas do poder público de alteração dos papéis atuantes na cena do parto. Os conselhos de medicina rechaçam tais iniciativas restringindo a atuação dos médicos ao ambiente hospitalar, procurando inviabilizar o parto domiciliar ou mesmo a realização nos Centros de Parto Normal instituídos pelo governo federal, além de recusar a atuação de profissionais de outras áreas do saber, como concorrentes no processo decisório e buscar a redução da autonomia privada da mulher no processo gestacional.

Inobstante a inexistência de uma legislação federal tratando sobre a violência obstétrica, que, em função do embate político em torno do tema e o cenário político atual, com o desmonte de programas e políticas públicas voltados à saúde e, em especial à proteção de direitos das mulheres, não é favorável à aprovação dos Projetos de Lei em curso no Legislativo, há que se buscar os mecanismos legais esparsos existentes no ordenamento jurídico para a tutela da violência obstétrica. E ressalte-se, não são poucos. A

Constituição Federal assegura a proteção aos direitos fundamentais, dentre os quais estão o direito à vida, à integridade física, à privacidade, ao acesso à informação. No Rio de Janeiro, há legislação no âmbito estadual estabelecendo os direitos das gestantes ao parto humanizado, com o mínimo de interferências possível, com a adoção de rotinas recomendadas pela OMS ou outras instituições de excelência reconhecida e ainda, ao plano de parto. Com relação às leis de âmbito federal, há a proteção ao direito ao acompanhante, ao planejamento familiar, bem como ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, além de tantos outros. As violações a estes direitos podem sofrer sanções na esfera penal, mediante as previsões legais que compreendem os crimes de ameaça, constrangimento ilegal, injúria racial, racismo, lesão corporal, cárcere privado. No âmbito do direito civil, as condutas que ocasionam a violência obstétrica podem ser objeto de ação para reparação de dano moral ou material.

Observa-se, portanto, que a legislação brasileira, apesar de fornecer amplo suporte aos direitos das mulheres no que diz respeito ao acompanhamento respeitoso durante a gestação e o parto, ainda não é suficiente para a modificação dos padrões de atendimento atuais, demandando uma legislação específica para regulamentar a violência obstétrica, aliada à adoção de políticas públicas em várias frentes, com campanhas de conscientização da população e dos profissionais da rede hospitalar, inclusive aqueles que não atuam no atendimento de saúde, engajamento da classe médica que comporte a modificação do ensino acadêmico e prático nas faculdades de medicina, além da atualização dos profissionais já atuantes quanto aos direitos das mulheres e conscientização sobre o que consiste em práticas de violência obstétrica. Todas estas medidas, no entanto, demandam uma postura antirracista e ações de combate ao racismo institucional.

Assim, mais do que discutir sobre o número exagerado de partos por meio cirúrgico sem indicação médica, é importante discutir a necessidade de assegurar às gestantes o direito à escolha de método, meios de intervenção, local, pessoas que têm acesso ao evento e demais questões pertinentes ao exercício de direitos individuais, direitos humanos, sempre que não houver um evento emergencial de risco para gestante e bebê. Não se trata do exercício

de meros caprichos, mas principalmente da garantia de que não haverá violações a direitos constitucionalmente assegurados e internacionalmente garantidos.

Referências

AGUIAR, Janaína Marques de, D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas, SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública vol.29 no.11 Rio de Janeiro Nov. 201. No endereço: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>. Acesso em 21/02/2020.

ALMEIDA, Silvio. *Racismo Estrutural*. Ed. Pólen. São Paulo. 2019

ALMEIDA, Suely de S. “Essa Violência mal-dita”. In: ALMEIDA, Suely de S. (Org.). *Violência de gênero e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007

ALMEIDA, Vitor. *Notas sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade jurídica do plano de parto no direito brasileiro*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

ASSIS, Jussara Francisca. “Violência obstétrica enquanto violência de gênero e os impactos sobre as mulheres negras a partir de uma revisão integrativa.” https://www.editorarealize.com.br/revistas/enlacando/trabalhos/TRABALHO_EV072_MD1_SA30_ID1268_07082017222543.pdf

BALLESTRIN, Luciana. *América Latina e o giro decolonial*. Revista Brasileira de Ciência Política, n.º. 11. Brasília: maio-agosto de 2013.

BARCELLOS, Luiza Gonçalves; SOUZA, André Oliveira Rezende de; MACHADO, César Augusto Frantz. *Cesariana: uma visão bioética*. Revista Bioética 2009.

BATISTA, Vanessa Oliveira, BOITEUX, Luciana de Figueiredo Rodrigues, PIRES, Thula Rafaela de Oliveira. (Coordenação acadêmica). *Série Pensando o Direito – Direitos Humanos*, n 5/2009. Ministério da Justiça.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Ed. Campus. 1992. Rio de Janeiro.

BOITEUX, Luciana, FERNANDES, Maíra, PANCIERI, Aline e CHERNICARO, Luciana.. *Mulheres e Crianças Encarceradas: Um Estudo Jurídico-Social sobre a Experiência da Maternidade no Sistema Prisional do Rio de Janeiro*. LADIH – Laboratório de Direitos Humanos da UFRJ. http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499478926_ARQUIVO_Maternidadefazendogenero.pdf

BARBOZA, Heloisa Helena. *Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos* In: OLIVEIRA, Guilherme de; PEREIRA, Tânia da Silva (coord.). *Cuidado & vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2009

BARRETO, Maria Renilda. *Maternidade para escravas no Rio de Janeiro*. Revista de História Regional v. 21, n 2 (digital) 19/12/2016. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/9362/5476>.

BRENES, Anayansi Correa. *História da parturição no Brasil, século XIX*. Cad. Saúde Pública vol.7 no. 2 Rio de Janeiro Apr./June 1991. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>.

BRENES, Anayansi Correa. *Parteiras Escola de Mulheres*. Belo Horizonte, 2018.

CANGHUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Ed. Forense Universitária. 2011. Pg. 95-100.

CARNEIRO, Sueli. *A construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo. 2005.

CARNEIRO, Sueli. *Escritos de uma vida*. Ed. Letramento. Belo Horizonte. 2018.

CARVALHO, Sérgio Resende; RODRIGUES, Camila Cristina de Oliveira; COSTA, Fabrício; ANDRADE, Henrique S. *Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução*. Physis: Revista de Saúde Coletiva 25(4):1251-1269. DOI: 10.1590/S0103-73312015000400011

CASTOR, Ruiz. *Homo sacer. O poder soberano e a vida nua..* IHU On-Line número 371, de 29-08-2011.

CFM – Conselho Federal de Medicina.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS:
<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>

COMPARATO, Fabio. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. Saraiva. São Paulo. 2005.

COSTA, Rodrigo de Souza, OLIVEIRA, Adriana Vidal de, CERQUEIRA, Consuello Alcon Fadul. *A responsabilidade penal nas hipóteses de violência obstétrica*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019

CRENSCHAW, Kimberle. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. In: Stanford Law Review. Vol. 43, nº 6 (Jul., 1991)

CRENSCHAW, Kimberle *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. Estudos Feministas. Ano 10. 1º semestre de 2002.

CRM-SC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina.

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

DÂMASCO, Cecília Ribeiro. *A expansão do conceito de violência obstétrica e as práticas de esterilização compulsória*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO. *Cartilha Violência Obstétrica Você sabe o que é?* Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Fundação Artemis. 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001.

_____. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):627-637, 2005, acesso em 23 de maio de 2019 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>

DINIZ Carmen Simone Grilo, SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie;. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* vol.23 no.2 São Paulo 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, NIY, Denise Yoshie, ALONSO, Bruna Dias, MORENO, Bruna Silveira, *Violência obstétrica nos estudos brasileiros sobre assistência ao parto: definições em construção*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, NIY, Denise Yoshie, ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar, CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque, SALGADO, Heloisa de Oliveira. *A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino de saúde. Interface (Botucatu)* [online]. 2016, vol.20, n.56, pp.253-259. ISSN 1414-3283.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Editora Elefante. São Paulo, 2017

FERNANDES, Maíra, DORNELLAS, Mariana Paganote. *Maternidade e violência atrás das grades*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

FIOCRUZ. Entrevista Maria do Carmo Leal publicada no site Fiocruz. Obtida no endereço <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/44418>

FIOCRUZ, *As mulheres e o direito de escolha no parto*. Entrevista Dr. Marcos Dias. Obtido no endereço: <https://agencia.fiocruz.br/as-mulheres-e-o-direito-de-escolha-do-parto>

FOUCAULT, Michel. *A Sociedade Punitiva*. Tradução Ivone C. Benedetti São Paulo: Martins Fonte, 2015.

_____ *A História da Sexualidade: a vontade do saber*. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque, 6ª Edição, Rio de Janeiro: Paz&Terra, 2017.

_____ *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramallete, 42ª Edição, Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

_____ *O Nascimento do Hospital*. In *Microfísica do Poder* Roberto Machado (org.). Paz & Terra. Rio de Janeiro e São Paulo. 9 Edição. 2019.

_____ *O nascimento da medicina social*. In: *Microfísica do Poder*. Ed. Paz & Terra. Rio de Janeiro e São Paulo. 2019.

_____ *Em defesa da Sociedade*, p. 209. Ed. WMF Martins Fontes. São Paulo. 2018.

FUNDAÇÃO ABRAMO Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados - Fundação Abramo Perseu e SESC 2010 – <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Projeto Nascer Brasil. <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>

GELEDÉS, Instituto da Mulher Negra; CRIOLA, Organização de Mulheres Negras. Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras: violências e violações. WERNECK, Jurema; IRACI, Nilza. (coord).

GOES, Emanuelle. “Sims era um salvador ou um sádico? Depende da cor das mulheres que você pergunta” <https://cientistasfeministas.wordpress.com/author/emanuellegoes/>

GOES, Emanuelle. *Racismo científico, definindo humanidades de negras e negros*, Geledes, 2016

HIRSH, Olivia, MENDONÇA, Sarah. *Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

INSTITUTO ARTEMIS. “na Argentina e na Venezuela a violência obstétrica é reconhecida como um crime cometido contra as mulheres” <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>

INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS. *A humanização do parto: por um nascimento mais digno e natural*. Revista nº 396, ano XII, 02/07/2012, acesso em 20 de maio de 2019, em <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao396.pdf>

LEAL, Maria do Carmo. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt

LEAL, Maria do Carmo, AYRES, Barbara Vasques da Silva, ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula, SÁNCHEZ, Alexandra Roma, LAROUZÉ, Bernard. *Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.7. Rio de Janeiro Jul 2016 <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>

LEITE, Júlia Campos. *A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero*. 2017. http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf

LIESTER, Nathalie, RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. *Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980*, Texto contexto – enfermagem, vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100020>

MARTINS, Ana Paula Vosne. *A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX*. Rev. Estud. Fem. vol.13 no.3 Florianópolis Sept./Dec. 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>

MEDEIROS, Renata Marien Knupp, FIGUEIREDO Grazielle, CORREA, Áurea Christina de Paula, BARBIERI, Márcia. *Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição*. Rev. Gaúcha Enferm. vol.40 Porto Alegre 2019 Epub June 06, 2019.

MORAES, Maria Celina Bodin, VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter, *Autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo*. Pensar, Fortaleza. v. 19. n 3. p. 779-818. Set/dez/ 2014. https://www.academia.edu/14694615/A_autonomia_existencial_nos_atos_de_disposi%C3%A7%C3%A3o_do_pr%C3%B3prio_corpo

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho, SEVERI, Fabiana Cristina. *O tratamento jurisprudencial do termo violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudeste*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X

OLIVEIRA, Adriana Vidal de. *Constituição e Direito das Mulheres. Uma Análise dos Estereótipos de Gênero na Assembleia Constituinte e suas Consequências no Texto Constitucional*. Ed. Juruá. Curitiba. 2015

OLIVEIRA, Adriana Vidal de. Dissertação de Mestrado “A Expressão Constituinte do Feminismo: Por uma retomada do processo liberatório da mulher”. PUC-Rio, 2007.

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

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_RHR_14.23_p_or.pdf;jsessionid=95014115350CC7C8907822D6703D4339?sequence=3

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence* – 2019. Obtido no endereço <https://undocs.org/en/a/74/137>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=311D7F8D5951196BB1FE08660300F4C9?sequence=1>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos do Homem*.

PAES, Fabiana Rocha. *O Estado tem o dever de punir a violência obstétrica* <https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica>

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça *Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”*. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.25 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2018 <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008>.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos reprodutivos como direitos humanos*. Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. BUGLIONE, Samantha (org.). Sergio Antonio Fabris Editor. Porto Alegre. 2002.

PIOVESAN, F., *Introdução ao Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos: A Convenção Americana de Direitos Humanos*. In: GOMES, L. F.; PIOVESAN, F., (coord). São Paulo. Saraiva. 2006.

PIRES, Thula. *Luta por reconhecimento no Brasil: uma afirmação da autenticidade ou da perspectiva normativa da dignidade?* Dissertação de

Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2004

PIRES, Thula. STANCHI, Malu. *Racismo Institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019

REDE HUMANIZA SUS. Cadernos Humaniza SUS – Volume 4 – Da Humanização do Parto e Nascimento, obtido no endereço <http://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>

REDE PARTO DO PRINCÍPIO, *Parirás com Dor* – Dossiê apresentado ao Senado Federal em 2012 para a CPMI da Violência Contra a Mulher. Brasília, DF: Senado Federal. Acesso em 20 de maio de 2019, em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

REGIS, Jaqueline Fiuza da Silva; FEIJÓ, Glauco Vaz. *Marcas da colonialidade no movimento pela humanização do parto no Brasil a partir dos filmes O renascimento do parto 1 e 2*. *Discurso & Sociedad*, 2019 13(1):118-138. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.dissoc.org/ediciones/v13n01/DS13%281%29DaSilvaRegis&VazFeijo.pdf>.

RODRIGUES, D.P, ALVES, V.H., PENNA, L.H.G., PEREIRA, A.V., BRANCO, M.B.L.R., SOUZA, R.M.P., *O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica* Texto contexto - enferm. vol.26 no.3. Florianópolis 2017 Epub 21-Ago-2017 <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>.

SARLET, Ingo. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Ed. Livraria do Advogado. 4 edição. Porto Alegre. 2006.

SENA, Ligia Moreiras. *Ameaçada e sem voz como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*. Tese de doutorado UFSC, Florianópolis, 2016.

SCHRAMM, Fermin Roland. *A Bioética da Proteção: uma proposta para os desafios morais dos países em desenvolvimento*. Cadernos de Saúde Pública. 2004.

TERRA, Aline de Miranda Valverde, MATOS Ana Carla Harmatiu. *Violência obstétrica contra a gestante com deficiência*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale, KNOBEL Roxana, ANDREZZO Halana Faria de Aguiar, DINIZ Simone Grilo. “Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer”. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Junho de 2015, acesso em 21 de maio de 2019, https://www.researchgate.net/publication/279521042_Violencia_obstetrica_e_prevencao_quaternaria_o_que_e_e_o_que_fazer

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Editora Fiocruz. 2015.

VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter. *Corpo e autonomia: a interpretação do artigo 13 do código civil brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada no programa de pós-graduação da PUC-Rio. 2009.

WERNECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. Saúde so. Vol. 25 nº 3. São Paulo July/sept. 2016 - http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300535&script=sci_abstract&tlng=pt

WERNECK, Jurema. *Ou belo ou puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias*. 2004. Obtido no site de Criola - Organização de Mulheres Negras.

WILLIAMS, CR , C Jerez, K Klein, M Correa, JM Belizán, G Cormick. *Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth*. Publicado em 04/05 2018, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>. Obtido no endereço: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15270>.

WOLLSTONECRAFT, Mary. “Reivindicação dos Direitos da Mulher”. Boitempo. 2016

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho, URIBE, Mary Calderón, DE NADAL, Ana Hertzog Ramos, HABIGZANG, Luísa Fernanda. *Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa*. Psicologia e Sociedade, 29: e155043. PUC-RS. Porto Alegre, 2016.