XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

RENATO DURO DIAS

MARA DARCANCHY

JORGE LUIZ OLIVEIRA DOS SANTOS

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

G326

Gênero, sexualidades e direito II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Jorge Luiz Oliveira dos Santos; Mara Darcanchy; Renato Duro Dias.

– Florianópolis: CONPEDI, 2022.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-611-6
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constitucionalismo, Desenvolvimento, Sustentabilidade e Smart Cities

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Gênero e sexualidades. XXIX Congresso Nacional do CONPEDI Balneário Camboriu - SC (3: 2022: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

Apresentação

O Grupo de Trabalho Gênero, Sexualidades e Direito II do XXIX Congresso Nacional, que se realizou entre os dias 07, 08 e 09 de dezembro em Balneário Camboriú – SC foi um importante espaço de diálogo e de potentes pesquisas qualificadas, demarcando as contribuições para o campo do conhecimento jurídico a partir das interfaces de gênero, sexualidades, raça, classe e demais marcadores sociais.

Nele se apresentaram as seguintes investigações:

1. TRANSEXUALIDADE: A LUTA PELO RECONHECIMENTO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS VIA POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO de Lais Botelho Oliveira Alvares, Guilherme Firmo da Silveira Alves e Mariana Cardoso Penido dos Santos;

2. REPRESENTATIVIDADE FEMININA NO PODER E A BUSCA PELO DESENVOLVIMENTO de Ana Carolina Annunciato Inojosa de Andrade;

3. O GÊNERO COMO CONSTRUÇÃO DISCURSIVA: ANÁLISE DAS METÁFORAS ENCONTRADAS NO DISCURSO DO ABUSADOR NOS CRIMES DE ESTUPRO de Monica Fontenelle Carneiro e Renata Moura Memoria;

4. RADIOGRAFIA DA ASCENSÃO FUNCIONAL NOS QUADROS DA POLÍCIA CIVIL GAÚCHA SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO de Ana Flavia de Melo Leite, Guilherme Dill e Jéssica Nunes Pinto;

5. TRANGÊNEROS E SUA LUTA PELO RECONHECIMENTO NO BRASIL de Pedro Triches Neto e Tereza Rodrigues Vieira;

6. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DOS DIREITOS VIOLADOS NA CIDADE DE PASSO FUNDO/RS de Adriana Fasolo Pilati e Tiane Mairesse Martins Machado;

7. PERCURSOS CONTEMPORÂNEOS DOS DIREITOS LGBT+: DO LEGISLATIVO AO JUDICIÁRIO de Luiz Geraldo do Carmo Gomes e Luiz Augusto Ruffo;

8. POLÍTICAS DE PARTICIPAÇÃO FEMININA: O PROGRAMA REPOSITÓRIO DE MULHERES JURISTAS DO MARANHÃO À LUZ DA TEORIA DE WALLERSTEIN de Cassius Guimaraes Chai, Jordana Letícia Dall Agnol da Rosa e Lorena Ivy Dutra de Sousa;

9. A COIBIÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A ATUAÇÃO DOS PODERES LEGISLATIVOS MUNICIPAIS: UM NOVO INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO de Ursula Spisso Monteiro Britto, Sandra Morais Brito Costa e Walter Carvalho Monteiro Britto;

10. OS DIREITOS DA PERSONALIDADE E OS IMPACTOS DAS REDES SOCIAIS NA PROPAGAÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL de Tatiana Manna Bellasalma e Silva, Anara Rebeca Ciscoto Yoshioka e José Sebastião de Oliveira

11. LEI MARIA DA PENHA E ATENDIMENTO DA MULHER: (IN)EFICÁCIA DAS MEDIDAS PROTETIVAS de Maíra Carla Lopes, Sandy Larranhaga de Noronha e Adriano da Silva Ribeiro;

12. O MOVIMENTO TRANS NO BRASIL: A CONTRAPUBLICIDADE SUBALTERNA COMO POTÊNCIA EMANCIPATÓRIA de Amanda Netto Brum e Renato Duro Dias;

13. UM ESTUDO DE CASO SOBRE A LEI DE ALIENAÇÃO PARENTAL: A LEI PROTEGE CRIANÇAS OU ESTIGMATIZA MULHERES? de Artenira da Silva e Silva e Renata Moura Memoria;

14. ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO – UM ENTRAVE A ISONOMIAL SUBSTANCIAL DA MULHER de Roberta Seben , Tiago Alves da Silva e Ursula Spisso Monteiro Britto;

15. QUANTO SE GASTA COM A VIOLÊNCIA DE GÊNERO? VERIFICAÇÃO DESSES CUSTOS POR MEIO DA ANÁLISE DAS RELAÇÕES TRABALHISTAS E DAS RELAÇÕES DE CONSUMO de Gabriel Silva Borges, Ana Flavia De Melo Leite e Jéssica Nunes Pinto;

16. A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA INSTITUCIONAL EXERCIDA PELO PODER JUDICIÁRIO NO JULGAMENTO DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DE MULHERES de Artenira da Silva e Silva e Leonardo Maciel Lima;

17. INSTRUMENTO NO COMBATE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: INCENTIVO E O APOIO AO EMPREENDEDORISMO FEMININO de Lilian Aparecida Da Silva , Sandy Larranhaga de Noronha ,e Adriano da Silva Ribeiro;

18. CRIMINALIZAÇÃO DA LGBTFOBIA NO BRASIL E ATIVISMO JUDICIAL de Luiz Geraldo do Carmo Gomes e Luiz Augusto Ruffo;

19. PANORAMA DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO NO BRASIL EM NÚMEROS E PERSPECTIVAS de Ana Maria Monteiro Neiva e Rômulo Goretti Villa Verde;

20. A OFENSA AOS DIREITOS PERSONALÍSSIMOS DAS MULHERES DE ORIGEM AFRODESCENDENTE: UMA APROXIMAÇÃO COM A TEORIA DE AXEL HONNETH de Claudia Aparecida Costa Lopes, Heloisa Fernanda Premebida Bordini e José Sebastião de Oliveira;

21. REFLEXÕES SOBRE AS PESSOAS TRANS E MERCADO FORMAL DE TRABALHO NO BRASIL: INFERIORIZAÇÃO SOCIAL DAS IDENTIDADES GÊNERO-DIVERGENTES de Ana Carolina Zandoná Guadagnin e Francine Cansi;

21. CONSTRUÇÕES METAFÓRICAS NO DISCURSO JURÍDICO: UMA ANÁLISE DO ACÓRDÃO DA ADPF Nº 779/DF À LUZ DA CRIMINOLOGIA FEMINISTA de Monica Fontenelle Carneiro e Lorena Ivy Dutra de Sousa e

23. VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES INDÍGENAS: PERSPECTIVA INTERSECCIONAL de Silvana Beline Tavares e Juvana Evarista Dos Santos.

Convidamos à leitura atenta destas relevantes pesquisas que marcam o caráter interdisciplinar e crítico dos estudos interseccionais de gênero, sexualidades e direito.

Coordenação

Prof. Dr. Renato Duro Dias - Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Profa. Dra. Mara Darcanchy - Centro Universitário Facvest

Prof. Dr. Jorge Luiz Oliveira dos Santos - Rede de Estudos Empíricos em Direito

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DOS DIREITOS VIOLADOS NA CIDADE DE PASSO FUNDO/RS

OBSTETRIC VIOLENCE: A QUALITATIVE ANALYSIS OF VIOLATED RIGHTS IN THE CITY OF PASSO FUNDO/RS

Adriana Fasolo Pilati [1]
Tiane Mairesse Martins Machado [2]

Resumo

O tema da presente pesquisa é a violência obstétrica. As mulheres vítimas de violência obstétrica têm seus direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, embora não exista lei federal que preveja o tipo pena para punição do crime Violência Obstétrica. O que se objetiva no presente trabalho é demonstrar quais são as práticas consideradas violentas nesse tipo de atendimento médico e em que momento essa violência ocorre. Além disso, o objetivo específico é constatar que mulheres de fato sofrem todos os dias violência obstétrica e, para isso, realiza-se pesquisa qualitativa por meio de entrevistas a mulheres residentes no município de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, que revela relatos vivenciados no momento do parto. Os dados trouxeram contribuição valorosa para o trabalho, reforçando o que foi registrado a partir de pesquisa bibliográfica tratada ao longo do trabalho. A partir do contato com as vítimas, surgiu a oportunidade de orientar essas puérperas acerca de seus direitos e de suas violações sofridas, orientando-as a buscar seus direitos violados.

Palavras-chave: Adolescente vítima de violência, Relatos de violência obstétrica, Violações aos direitos das mulheres, Violência obstétrica, Violência psicológica

Abstract/Resumen/Résumé

The subject of this research is obstetric violence. Women victims of obstetric violence have their rights guaranteed by the Federal Constitution of 1988, although there is no federal law that provides for the type of penalty for punishment of the crime Obstetric Violence. The objective of this work is to demonstrate which practices are considered violent in this type of medical care and at what time this violence occurs. In addition, the specific objective is to verify that women actually suffer obstetric violence every day and, for this, a qualitative research is carried out through interviews with women living in the municipality of Passo Fundo, in Rio Grande do Sul, which reveals reports experienced at the time of delivery. The data brought a valuable contribution to the work, reinforcing what was recorded from the

[1] Doutora e mestre em Direito. Professora de graduação e do PPGDireito da UPF, com ênfase nas linhas Jurisdição Constitucional, Democracia e Direitos Humanos, Sistemas de Justiça e Direito Imobiliário.

[2] Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade de Passo Fundo (2022) e advogada.

bibliographic research dealt with throughout the work. From the contact with the victims, the opportunity arose to guide these mothers about their rights and the violations they suffered, guiding them to seek their violated rights.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Obstetric violence, Teenager victim of violence, Reports of obstetric violence, Violations of women's rights, Psychological violence

1 Introdução

Volência obstétrica é, sem dúvida alguma, uma das violências mais antigas, costumeiras e diárias cometida nas maternidades brasileiras. É uma prática, silenciosa e de difícil constatação, pois, no período puerperal, a mulher está em total vulnerabilidade e acaba não percebendo essa violência por falta de conhecimento sobre a temática e por falta de informação. Experimentando nesse momento um misto de sentimentos, a mulher não identifica que está sendo vítima de violência, embora saiba que algo de errado está acontecendo e, por temer, acaba silenciando. A maioria dos casos de violência obstétrica ocorre dentro das instituições hospitalares, denominada de violência institucional, ironicamente ocorrida em local onde a mulher deveria receber cuidado, respeito e atendimento adequado, visto que o parto se trata de um acontecimento marcante para uma mulher e, não obstante, um hospital é o local que trata do bem jurídico mais protegido, a vida.

O objetivo desta pesquisa, além de contribuir para a melhor compreensão do tema, que é pouco tratado e que afeta muitas mulheres, é demonstrar que o problema fático da violência obstétrica está em não existir legislação vigente para punir a prática e, em contrapartida, analisar que todos os direitos violados dessas mulheres, nesse contexto de violência, são plenamente a ela assegurados. Tanto a mulher que sofre o abortamento torna-se tão vítima quanto a mulher em estado puerperal. Para tanto, serão exibidos os aspectos legais envolvendo a temática, fazendo menção a todos os direitos relacionados à mulher, bem como os tratados de direitos humanos que reforçam os direitos assegurados à parturiente.

Desde a concepção, ou seja, quando a mulher descobre que está gestando, ela acaba sofrendo inúmeras transformações em seu corpo físico e psíquico. Para muitas mulheres, “dar à luz” um filho é o momento mais importante na sua vida e, nessa expectativa, a mulher passa a gestação toda planejando o momento do parto, visto que esse é o acontecimento mais importante dessa nova fase de sua vida. No entanto, muitas mulheres se deparam com uma realidade bem diferente da esperada, exatamente em um momento em que elas se encontram em total vulnerabilidade. Não raras vezes, enfrentam a solidão de um hospital, que não é o um ambiente familiar, com pessoas estranhas e mal treinadas, agindo com falta de respeito e com empatia, torna-se uma vítima de uma violência que certamente não será esquecida.

Essa prática é silenciosa, pois algumas mulheres, em meio a dores do parto e por não saber como administrar tal sentimento de angústia ou de alegria, caladas a todo e qualquer abuso, acabam submetendo-se ao desrespeito e a procedimentos desnecessários, algumas imaginando não ser correto o que está acontecendo com sentimento de humilhação, sentindo-

se agredidas e em total impotência por não saber o que fazer. Essas mulheres não imaginam, mas efetivamente estão sendo vítimas da violência obstétrica. Portanto as maternidades abrigam momentos infelizes e lembranças frustrantes.

Nesse contexto, visando a um entendimento mais apurado do tema escolhido, inicialmente, abrangem-se os aspectos essenciais de como se configura a violência obstétrica, abordando quais são as atitudes consideradas violentas por parte dos profissionais da saúde e pontuando os procedimentos considerados inadequados e violentos contra a mulher. A questão da violência obstétrica é que ela independente de classe social, mas é mais recorrente nas instituições públicas, ou seja, contra gestantes vinculadas ao plano do Sistema Único de Saúde (SUS). Far-se-á alusão da parturiente adolescente, que se acredita ser a vítima mais vulnerável nesse tipo de violência, bem como trazer os princípios e direitos assegurados à adolescente. Posteriormente, abordar-se-ão os direitos das mulheres puérperas no cuidado à saúde, preservando a vida e sua privacidade, tendo como base o fato de que a saúde pública é um dever do Estado.

Em um segundo momento, desenvolver-se-á a análise exatamente do que esta pesquisa se propõe a provocar: a reflexão, a indignação e o não entendimento da razão pela qual essas mulheres vítimas da violência obstétrica têm seus direitos violados a todo instante, mesmo que esses direitos sejam assegurados por algumas leis infraconstitucionais e sobretudo pela Constituição Federal, a lei suprema. E, para complementar, os mesmos direitos estão assegurados nos tratados de direitos humanos, que buscam eliminar toda e qualquer forma de violência contra a mulher. O entendimento dá-se em razão de se crer que a mulher é a única que pode decidir em relação ao seu corpo, tendo total autonomia.

Por fim, no último capítulo registrar-se-á a pesquisa qualitativa, desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, feita por meio de entrevistas com mulheres puérperas residentes no município de Passo Fundo.

2 Violência Obstétrica: caracterização e direitos

Entende-se por violência obstétrica todo e qualquer ato violento praticado contra uma mulher em período gestacional, período puerperal e em situações de abortamento. Essa violência abrange todas as classes sociais, atingindo todas as mulheres, sem distinção de gênero, idade, cor, raça, como é o caso da adolescente ou de uma gestante presidiária.

No Estado de Santa Catarina, a Lei nº 17.097, artigo 2º, estabelece que violência obstétrica "é todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou

acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério" (SANTA CATARINA, 2017). Assim, configura-se, segundo a lei, não somente a violência contra a mulher dentro da instituição hospitalar por parte da equipe médica, como também por parte de pessoas chegadas a esta mulher, embora seja ressaltado que a mais recorrente é por parte dos profissionais da saúde e no SUS.

Nos estudos sobre os três projetos de lei que tramitam na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei n. 7.633/2014 é o mais completo e dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica, fazendo menção sobre todos os atos que configuram essa violência. No seu artigo 13 prevê:

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

Tratando-se de violência obstétrica, pode-se especificar práticas que são lesivas à mulher, dentre as quais se destaca a violência institucional, que ocorre nas instituições públicas e privadas. Trata-se de violência psicológica e verbal por parte dos profissionais da área da saúde, desde a recepcionista do hospital à equipe médica, e de procedimentos desnecessários, que adiante serão descritos.

Sobre violência institucional, Aguiar (2010, p. 13-24), em sua tese de doutorado, refere algumas ópticas, das quais duas devem ser ressaltadas dentre as mencionadas. A primeira delas diz respeito às dificuldades estruturais, sendo falta de formação de pessoal e profissional e a própria impunidade desses atos, que são apontados como causa de violência institucional. A outra refere-se às relações de poder entre profissionais e pacientes. Ainda nesse mesmo contexto, a autora define exatamente como a mulher se sente em uma maternidade, pois experimenta sentimentos variados e contraditórios, como a alegria da chegada do bebê e o medo de não conseguir chegar até o fim do parto para então poder cuidá-lo e, ao mesmo tempo, sentindo necessidade de ser cuidada pelos profissionais, pois está em lugar "seguro" e "confiável", mas constatando que impunemente está sendo maltratada (AGUIAR, 2010, p. 71).

Pode-se incluir na violência institucional o momento em que a mulher entra em trabalho de parto e precisa procurar uma maternidade e se desloca até o hospital e, lá, é informada de que, no momento, não tem leito, ou que o hospital não tem plantão obstétrico, ou não tem vaga na maternidade e a mandam procurar outro hospital, sem prestar atendimento

próprio. Também pode ocorrer de estar a mulher em meio a fortes dores e passando mal, e os profissionais atenderem-na, porém mandam embora, insistindo de que não é o momento certo de internar a mulher e a mandam para casa e, por vezes, a mulher acaba parindo no carro ou em casa e, em alguns casos, o bebê acaba sofrendo sequelas em razão disso. Conforme o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres (SENADO FEDERAL, 2012), a peregrinação em busca de vaga é uma das principais causas de mortalidade materna. A afixação de cartazes de "Não há vagas" estimula a peregrinação, omitindo a instituição e os profissionais do trabalho de encaminhar a gestante para um serviço que tenha vaga disponível para atendê-la.

Ainda nesse sentido, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe da Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, que prevê:

> O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada. A direção e o responsável técnico do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência (BRASIL, 2008).

A Lei n. 11.634, por sua vez, dispõe sobre o conhecimento e a vinculação da maternidade onde a mulher no pré-natal receberá assistência no âmbito do SUS:

> Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: maternidade na qual será realizado seu parto; maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério (BRASIL, 2007).

No Brasil, o problema é que a legislação assegura vários direitos aos Brasileiros, nesse caso das gestantes, mas são leis que não são cumpridas, como a lei acima referida, e os motivos são vários. Em roda de conversa de mulheres, quando uma mulher consegue agendar para ser atendida por um ginecologista em um posto de saúde, o comentário que se faz a essa mulher é de que ela tem sorte, porque, do contrário, a regra geral é um gestante amanhecer em uma fila de posto de saúde para conseguir retirar uma ficha para ser atendida e, geralmente, em uma unidade de saúde longe de sua casa. Isso se torna um absurdo.

Ainda no que se refere à violência institucional, inclui-se o descumprimento da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), que é a lei que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse acompanhante é indicado pela parturiente, seja seu marido,

sua mãe, uma amiga, enfim, alguém de sua preferência. Essa lei embora, complete 13 anos de vigência, ainda é descumprida por muitos hospitais, alegando, por exemplo, que tiraria a privacidade de outras mães se se permitisse a entrada do pai na maternidade. Outro problema apontado para não permitirem a entrada de um acompanhante é alegação de que o hospital não tem infraestrutura adequada para permitir a entrada do acompanhante, e que o bloco cirúrgico não é um centro obstétrico, portanto, não se deve permitir entrada de mais ninguém a não ser da parturiente.

Outro fator importante que se acredita ser relevante e que vem disposto no projeto de Lei n. 7.633/2014 é impedir ou retardar o contato da mulher com a criança logo após o parto, ou impedir que o bebê fique com a mãe na sala de recuperação pós-operatória, separando a criança da mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais (BRASIL, 2014).

Logo, a mãe tem pleno direito de ter o primeiro contato com o bebê na mesa de parto e não ser separada dele. Portanto, não é correto levar o recém-nascido horas antes da mãe para o quarto para que o bebê fique com familiares; o correto a se fazer é o bebê ficar todo tempo se possível perto e em alojamento com a mãe, e com a devida identificação para evitar problemas como troca de recém-nascidos.

Sobre a violência psicológica e verbal, tem-se como pertinente trazer ao trabalho frases as quais são frequentemente usadas nas maternidades, conforme o Dossiê elaborado pela CPMI da Violência Contra as Mulheres já referido, que descreve experiências vividas:

> Na hora que você estava fazendo, você não estava gritando desse jeito, né?
> Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.
> Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.
> Na hora de fazer, você gostou, né?
> Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha (SENADO FEDERAL, 2012).

Essas frases são repetidamente relatadas por mulheres em várias cidades do Brasil e resumem um pouco da dor e da humilhação que sofreram na assistência ao parto. Outros relatos frequentemente incluem comentários agressivos, xingamentos, ameaças, discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos, agressão física e tortura psicológica (SENADO FEDERAL, 2012).

A violência verbal e moral abrange expressões ofensivas por parte dos médicos e de sua equipe, frases pejorativas e insultos. De acordo com a Lei n. 11.340/2006, no artigo 7º, violência moral é definida como "ação destinada a caluniar, difamar ou injúria à honra ou reputação da mulher" (BRASIL, 2006). Nas situações de abortamento, os questionamentos e os comentários são da mesma maneira muito comuns e ocorre muita omissão por parte da

enfermagem, especialmente quando a mulher reclama de fortes dores e a ela é negada medicação para dor. Para a mulher que está vivenciando esse momento tão delicado, ouvir palavras que a ofendam, perceber gestos, atitudes ou fisionomias de desprezo por parte dos profissionais que estão ali para lhe assistir, promove uma consequência negativa, pois pode provocar na mulher um trauma que possa não ser curado, produzindo sérios riscos psicológicos, afetando não somente a mulher como seu bebê e toda a família à sua volta.

Como menciona Aguiar (2010, p. 8), acredita-se que esse segundo aspecto que envolve a violência verbal e psicológica ocorre em razão do poder que os profissionais têm sobre os pacientes, por ser uma das mais rotineiras e, em decorrência disso, essas mulheres, na maioria das vezes, desconhecem os procedimentos médicos e acabam sujeitando-se a todo e qualquer ato adotado por esses profissionais.

Desse ponto de vista, o poder associado à violência tem espaço porque, tradicionalmente, há no senso comum a ideia de que o poder seria uma antessala da violência, ou seja, todo poder levaria sempre à violência em algum sentido e momento (ARENDT, 2009, p. 136-137).

Ainda no que diz respeito ao poder por parte dos profissionais, no parágrafo 121 da Declaração e Plataforma de Pequim há a seguinte previsão:

> As mulheres podem tornar-se vulneráveis a violência perpetrada por pessoas em posição de autoridade, tanto em situações de conflito como de não conflito. O treinamento de todos os agentes em questões humanitárias e leis de direitos humanos e a punição dos perpetradores de atos de violência contra a mulher ajudariam a garantir que a violência não seja praticada pelos agentes públicos, inclusive, em quem as mulheres deveriam poder confiar (ONU MULHERES, 1995, p. 191).

Ainda na tentativa de descrição sobre de que se trata a violência obstétrica, devem ser mencionados os procedimentos que são proibidos e considerados violentos e vexatórios para a mulher, como tentar acelerar o parto usando medicação ou manobras para que o bebê nasça mais rapidamente. Inicia-se pelo exame de toque, que é um exame que se faz necessário enquanto a mulher está em trabalho de parto. É um exame muito dolorido, que deveria ser feito apenas pelo médico obstetra responsável pela parturiente, porém não é o que acontece. Nesse entendimento, conforme o Dossiê "Parirás com Dor" (SENADO FEDERAL, 2012), esse exame é feito para acelerar o trabalho de parto e pode ser prejudicial para sua dinâmica, além de, na grande maioria das vezes, ser realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente.

Importante a colocação da Comissão da Violência Contra as Mulheres, que aborda relatos de várias partes do Brasil, referindo-se à utilização rotineira de ocitocina , rompimento artificial da bolsa e a dilatação manual do colo para acelerar a dilatação, seguida de comandos

de puxos, episiotomia, manobra de Kristeller e fórceps para acelerar o período expulsivo. Caso essas manobras não resultem na saída do bebê pela vagina, ou caso haja suspeita de sofrimento fetal, recorre-se à cesárea (que é realizada quando há anestesista disponível) (SENADO FEDERAL, 2012).

A OMS (1996, p. 82) avalia que determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em parto anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia num parto, até então de evolução normal.

A respeito do mesmo aspecto, outro procedimento desnecessário é o denominado "ponto do marido". Por esse procedimento, o médico acaba fechando um pouco a vagina, a fim de preservar o prazer do marido. Essa prática invasiva e é um procedimento desnecessário e sem o consentimento da paciente e considerado como violência obstétrica (SENADO FEDERAL, 2012, p. 85).

Outra prática que se torna comum nas maternidades brasileiras é a conhecida manobra de Kristeller, procedimento que não é mais recomendado:

> Quando a manobra de Kristeller foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (SENADO FEDERAL, 2012, p. 103).

A manobra de Kristeller está elencada no rol dos procedimentos invasivos e considerados violentos pelo projeto de Lei n. 7.633/2014. Ainda sobre este projeto, dispõe sobre vários procedimentos que são considerados desnecessários, humilhantes, dolorosos e invasivos:

> [...] a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações; b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado; c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade; d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher; e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica; f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto; m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal; n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/de livramento XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical; XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade (BRASIL, 7.633, 2014).

Nas situações de abortamento, as violências que podem ser destacadas dentre todas são a questão da violência verbal e a omissão. Aos profissionais da instituição hospitalar, a informação de como se deu o aborto não implica em nada, pois sua função é prestar assistência à saúde de quem quer que seja e não é seu dever questionar o porquê do abortamento. É importante pensar que, embora a mulher necessite de uma possível curetagem ou de outro procedimento, ela merece ser bem tratada, pois possivelmente está no sofrimento de um luto, de uma perda. Logo, merece ser respeitada tanto quanto a mulher que sairá do hospital com um bebê nos braços.

Portanto, existem vários procedimentos os quais são considerados como práticas violentas no momento do parto, mas, em virtude de ainda não se ter projetos de lei de lei aprovados que criminalizem a violência obstétrica, essas mesmas práticas continuam causando muito sofrimento e frustações em mulheres por todo país. É de suma importância explicar que uma vez sofrida uma violência durante o parto, as consequências são diversas, como o comprometimento da saúde da mulher, como a depressão pós-parto, e em decorrência disso uma rejeição da parte da mãe para com o bebê. Da mesma forma, o leite materno pode vir a secar, comprometendo a saúde do bebê e chegando, em casos mais extremos, à tentativa ou à consumação de um suicídio.

3 Uma visão real da violência obstétrica: pesquisa qualitativa

Inicialmente, a pesquisa determinou-se a colher depoimentos de mulheres puérperas que sofreram algum aspecto da violência obstétrica e que buscaram auxílio para o parto na rede pública de saúde. A entrevista foi realizada com mulheres residentes no município de Passo Fundo. Os critérios adotados para a presente pesquisa foi em coletar relatos de mulheres maiores de 18 anos ou mais e o parto ou o abortamento ter sido vivenciado há menos de 6 meses, mediante leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) lido pela autora e a concordância e assinatura da puépera.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, como já referido, foi realizada a escolha das participantes mediante contato telefônico, sendo marcado o dia e o horário pela disponibilidade da mulher. Os encontros com essas mulheres se deram ora nas suas casas, ora em local escolhido por ela, para que se sentisse à vontade em compartilhar sua experiência e seu relato. Uma das entrevistadas foi feita por meio de videoconferência, pois a entrevistada poder dar seu relato, mas não queria que fosse em particular. Anteriormente à entrevista, foi

assinado por ela o termo de livre consentimento, do mesmo modo que com as demais entrevistadas.

As entrevistas duraram aproximadamente entre 30 a 40 minutos sendo gravadas em multimídia, com posterior transcrição dos áudios, que foram apagados, conforme o que dispõe o termo de esclarecimento. As entrevistadas tinham idade entre 16 e 42 anos no momento do parto. A adolescente de 16 anos entrevistada é emancipada e por isso pode ser entrevistada por ser capaz.

Cada uma das entrevistadas foi identificada pela letra C e um número sequencial. Como pode ser observado, algumas realizaram parto normal, outras cesariana e incluímos na entrevista uma vítima do abortamento:

Quadro1- Caracterização das participantes

Pseudônimo	**Idade/ anos**	**Partos realizados**	**Tipo de parto**
C1	16	1	Cesárea
C2	19	1	Parto Normal
C3	26	1	Cesárea
C4	27	1	Cesárea
C5	42	3	Aborto

A pesquisa desenvolvida teve como finalidade constatar o que a presente monografia trouxe ao longo do trabalho: a realidade que muitas mulheres brasileiras vivem. Também objetivou-se, ao entrevistar essas vítimas, explicar a elas os seus direitos, bem como orientá-las a, querendo, dirigirem-se aos órgãos competentes, como defensoria pública e delegacia da mulher, bem como das assistências jurídicas dos núcleos oferecidos a comunidade pela Universidade de Passo Fundo (UPF), como o Sajur e o Projur Mulher, para uma possível busca de reparação pelo dano sofrido.

3.1 Experiências relatadas

Os relatos foram transcritos exatamente conforme o que a mulher descreveu sobre sua experiência e serão escritos em itálico, identificados de acordo com o critério estabelecido no Quadro 1.

A Organização Mundial de Saúde (2016) idealiza um mundo em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal. A realidade, porém, aprece assim:

> Eu reclamei que água do chuveiro estava muito quente. Minha irmã foi por várias vezes reclamar e a enfermeira me disse 'isso é para dilatar, aliás você optou por parto normal agora aguente!' Dois dias após o parto quando pela primeira vez acordei e me dei por conta, a dor era imensa nas minhas costas, pois estavam queimadas por conta da água quente do chuveiro (C3).

É até mesmo apavorante saber que um hospital como esse em que a C3 realizou seu parto é um hospital de grande estrutura, que abriga, dentro de um Centro Cirúrgico Obstétrico, métodos para realizar "parto humanizado" , mas cujos profissionais não têm nenhum tipo de treinamento e nem noção do que significa realizar um parto humanizado e, muito pior que isso, é nesse momento frágil da mulher abusar desses mesmos métodos para constrangê-la, e praticar essa violência de forma negligente.

Quando a mulher entra em trabalho de parto, ela vai em busca de uma maternidade e, quando lhe é negado atendimento em um hospital e ela vai em busca de outro e esse por sua vez também não realiza o atendimento, o nome que se dá para essa busca é peregrinação. Gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto geram uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde e se torna muito preocupante quando se leva em consideração o risco de vida que a mãe e o bebê correm (MENEZES, 2006, p. 553).

> Eu fui no domingo em um hospital com 40 semanas, porque a médica do pré-natal pediu que eu fosse, e me mandaram voltar em 2 dias. Fui na terça, aí depois mandaram eu voltar na quinta, depois no sábado fui em outro hospital, aí me falaram que segunda, com 41 semanas eu ia internar [...] E ganhei ela na terça [...] foi bem complicado assim [...]. Mas no hospital falaram que dava pra esperar (C1).

Muitas mulheres, no momento em que estão por ter o bebê, acreditam que está ocorrendo tudo certo com seu parto e que devem aceitar tudo o que a equipe médica quiser. Para tais procedimentos médicos, é essencial que um médico saiba como proceder, como é o caso de suturar um paciente. Isso é básico para quem estuda medicina e se especializa em obstetrícia. Mas, no caso de uma entrevistada, ocorreu o seguinte:

> Quando ela foi costurar ela colocou quatro pontos por fora e, como eu estava com a pressão alta e eles não tinham verificado, começou a sangrar pelo meio dos pontos. Eu sentia tudo ali, mas eu achava que, afinal, era normal. A médica estava muito

> nervosa e quis retirar os pontos para costurar novamente por dentro e depois fora. Eu perguntei 'vai demorar mais? Eu estou com muita dor, eu estou sentindo tudo!' Ela falou 'impossível você estar com dor. Estou te dando anestesia!' Nesse momento ela chamou outras pessoas para ajudar ela (C2).

Nessa experiência vivida pela C2, acredita-se que a médica tenha agido de forma imperita. Lui Netto e Alves (2010) explicam que imperícia ocorre quando o médico revela, em sua atitude, falta ou deficiência de conhecimentos técnicos da profissão. É a falta de observação das normas e despreparo prático necessário para exercer determinada atividade:

> Dez dias depois, quando fui no posto de saúde para o ginecologista retirar os pontos, ao se deparar com meus pontos, ele se apavorou e me perguntou quem tinha feito aquilo que não deveria ser médico, pois estava uma 'nozera' de linha muito grossa, não pôde retirar. Ainda estou esperando para que possam retirar (C2).

É necessário que o ambiente de uma maternidade seja o mais tranquilo possível, que haja respeito e o mínimo de conformo para a paciente, que está em um momento muito íntimo e frágil e com muita dor, se sinta acolhida. Cada mulher é diferente da outra e, portanto, pode expressar de formas diferentes o modo de sentir a dor. Dessa forma, ao sentir a dor do parto, dor imensa, algumas mulheres expressam de uma forma, ficando quietas, chorando e apenas gemendo. Outras expõem esse sentimento gritando e externando sua dor. E todas, independentemente de sua reação, devem ser tratadas da mesma forma. Mas, na prática, como relatado por C2, "Como eu não gritava, eu só chorava elas vinham todo o tempo ver se eu estava bem. As mulheres que gritavam elas nem iam ver".

Os seres humanos são dotados da mesma dignidade, noção esta que se encontra, por sua vez, intimamente ligada à noção da liberdade pessoal de cada indivíduo, bem como à ideia de que todos os seres humanos, no que diz com sua natureza, são iguais em dignidade (SARLET, 2001, p. 31).

Outro relato demonstra, contudo, a falta de tratamento digno a uma paciente, presenciado por uma entrevistada e que acabou gerando efeitos nela própria:

> Vi uma menina na minha frente de 16 anos que elas falavam para ela parar de gritar que ela estava fazendo fiasco, que na hora de ela fazer o filho ela fez e foi bom, e que ela estava assustando as outras que estavam ali. Na verdade, o que estava me assustando era a maneira como tratavam aquela menina.
> Depois de tudo o que sofri, depois de a minha filha sair da CTI por causa do parto, eu não tinha condições psicológicas de amamentar ela dentro daquele hospital; eu só queria ir para a minha casa (C3).

As formas mais comuns de violência obstétrica no parto são, de fato, instabilidade emocional, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação perda de integridade, dignidade e prestígio (SÃO PAULO, 2013). Ao ver que não é somente consigo esse tratamento, a mulher que sofre essa violência sente-se em um lugar que não é seguro para si nem para seu bebê e entende que está em um lugar no qual será abandonada, e que não farão nada para lhe assistir,

em especial as mulheres que, por horas, estão tentando parto normal e insistem por uma cesariana mas a resposta que vêm é negativa.

Ao adentrar a uma instituição hospital, a mulher fica submissa a tudo o que os médicos e que a equipe médica lhe orienta, portanto ignora o fato de que algumas práticas podem se tornar excessivas, como é o uso de medicação para aceleração do parto. Se incluem entre os procedimentos considerados desnecessários do Projeto de 7.633 de 2014 o uso de medicamentos para acelerar o parto, como o uso de ocitocina (BRASIL, 2014).

> Foi induzido um comprimido no colo do útero, passei o dia todo bem, caminhando pela maternidade. Às 21h, por aí, comecei com dor e as dores foram cada hora piorando mais e mais. Fui ganhar ela às 11h49 de cesariana [...]. Quando ela nasceu, já havia tomado água do parto e estava com o cordão no pescoço. Saí da sala de parto às 1h da tarde, me deu hemorragia no útero (C1).
> Ao meio dia, colocaram um comprimido vaginal para vir as dores e nada de dor, daí começaram a mandar eu descer e subir a escada, fazer agachamento.Às 18h, colocaram outro comprimido e mandaram eu subir e descer. À meia-noite colocaram outro comprimido. Eles sempre olhavam os batimentos do nenê e até então estava tudo tranquilo e nada de dor e aí eles me deram um remédio para dormir, porque eu estava muito nervosa. Às 5 horas da manhã eu acordei e aí eu não aguentava de dor (C3).

As tentativas de aceleração ao parto normal na puérpera C3 foram sem sucesso algum, pois, embora várias aplicações da medicação via vaginal, o bebê não veio de parto normal. Ainda sobre o mesmo aspecto, umas das medicações mais utilizada nas maternidades brasileiras é um comprimido vaginal chamado Misoprostol, conhecido como Cytotec , medicação utilizada clandestinamente para induzimento ao aborto.

Da mesma maneira, o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres dispõem que a mulher que dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão (SENADO FEDERAL, 2012, p. 81). Se torna frustrante para uma mulher depois de várias tentativas para ter parto “natural” acabar passando por uma cesariana e muitas vezes de urgência.

Conforme Shawartz (2003, p. 55), o artigo 196 da Constituição Federal de 88 estabelece a saúde preventiva quanto ao que compete à redução de risco de doenças e que o SUS é responsável pela saúde do cidadão brasileiro.

> Eles fazem um exame de urina nas mulheres para verificar possíveis problemas e eu fiz a coleta, mas eles acabaram perdendo a minha urina e eu estava com infecção urinária. Eu não gostei nem um pouco tanto que fiz reclamações, porque por eles perderem meu exame, foi preciso picar meu bebê para fazer exames para ver se ele não tinha pego a infecção (C2).
> E logo que fiz a cesárea fui para casa deu infecção nos pontos fui várias vezes no hospital com febre e me receitavam remédio gastei comprando e não resolveu com os antibióticos eu tinha febre porque alguns pontos da minha Cesárea começou abrir outros pontos vazavam muito então quando minha bebe tinha 24 dias voltei na

> emergência me internaram lá fiquei um dia todo e uma noite sentada em uma cadeira com a cesárea vazando tomando remédio antibiótico, pois eu estava com uma bactéria (C1).

A infecção puerperal é uma das principais causas de morbimortalidade materna, constituindo um importante problema de saúde pública que demanda medidas de prevenção desses eventos nos serviços de saúde. A infecção leva ao considerável aumento da morbidade, da mortalidade e do tempo de internação, além de elevar custos à instituição hospitalar e prejuízos físicos, psicológicos, sociais à paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017, p. 11). Seguindo nesse contexto, quando a mulher busca atendimento para então "dar à luz", ela vai em busca de um sonho, sair dali com seu filho nos braços. Nenhuma mulher imagina o que possa lhe acontecer em um lugar que é para ser seguro no qual se busca a proteção do bem mais precioso, a vida. Sair com memórias de momentos frustrantes já é muito ruim para a mulher, pois não se sabe quando isso irá se apagar de sua mente, agora sair com marcas em seu corpo, é carregar para sempre aquela experiência terrível:

> Minha cesárea ficou enorme! Ficou de osso a osso o corte que eles fizeram em mim. Esses pontos demoraram a cicatrizar além dos 8 pontos que levei lá embaixo, na vagina, para forçar a nenê a sair. Eles colocaram um ferro ali para forçar minha filha vir, mas ela não veio e pior é que ela ficou marcada na testinha por causa do ferro. Os pontos desse corte também demoraram a cicatrizar. Fiquei toda cortada. Bem triste! (C3).

O procedimento utilizado na puérpera C3 foi a episiotomia já referida. Conforme o projeto de Lei n. 7.633 de 2014, dentre os procedimentos considerados humilhantes, dolorosos e invasivos está a realização da epsiotomia, e quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la (BRASIL, 2014). O procedimento não informado e realizado na mulher C2 foi totalmente desnecessário.

Umas das práticas mais antigas e frequentes é a manobra de Kristeller, que é uma compressão abdominal pelas mãos que envolvem o útero (SENADO FEDERAL, 2012, p. 103). Porém esse recurso foi abandonado pelas graves consequências que lhe são inerentes, mas continua sendo um procedimento frequentemente utilizado: "Dois homens, acho que da enfermagem vieram atrás de mim e começaram a empurrar minha barriga. Eles empurravam, empurravam diziam para mim que quando viesse a dor não era para mim respirar apenas empurrar" (C3).

Está incluída no rol das práticas que não condizem com um parto humanizado do Projeto de Lei 7.633 de 2014, manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo e incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsava . O relato das entrevistadas, contudo, revela que

> Me fizeram fazer muita força e quando dava a contração queriam me obrigar ficar na bola pulando, mas única coisa que eu conseguia fazer era me encolher pra amenizar (C1).
> Eu fazia muita força e uma hora eu vomitei de tanto eles empurrarem a minha barriga a médica disse 'para de frescura, você está se fazendo, tua filha vai morrer se você não se ajudar'. E daí eu comecei a ficar mais nervosa e fiquei com medo de perder a neném (C3).
> As enfermeiras falavam para mim 'Entrou tem que sair'. Eu acho que me tratavam assim por eu ser nova demais. Porque uma hora eu disse de tanta dor eu não queria mais ter filho esse o único eu comentei... Aí uma enfermeira me falou 'Duvido ano que vem está aqui ganhando outro'. Quando iam fazer exame para ver o coração do bebÊ e a intensidade das contrações e não podia se mexer, a enfermeira falava ficar quieta, sem se mexer, 'se não vai dar errado e vai ser pior para você, porque eu vou continuar aqui até dar certo. Pare quieta!' (C1).

Nesse aspecto de violência verbal, quando os profissionais proferem palavras que ofendem a mulher, a Defensoria de São Paulo relata, juntamente com as práticas elencadas, que toda a ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade medo, acuação (SÃO PAULO, 2013).

> E eu falava que queria cesárea, porque já não aguentava mais, não tinha forças. Eu disse que se fosse preciso, minha família dava um jeito em questão financeira As enfermeira me falaram 'você acha que o problema é dinheiro? a gente não faz cesárea porque não quer, o problema aqui não é dinheiro, você vai ganhar de parto normal sim' [...]. Depois de horas, me fizeram cesárea (C1).
> Fui acordar dois dias depois. Eu não me lembro de ter visto o rostinho dela, eu não lembro de nada, embora tenha fotos de eu olhando para ela, mas eu não lembro. Nunca mais quero ter filhos! Antes queria muito ter vários filhos, tanto que fiz tratamentos caros, hoje não quero mais (C3).

Esse sentimento de frustação poderia ser evitado se os procedimentos adotados fossem com cautela, informação, respeito e sobretudo com humanidade e compaixão. "Pensei que ia ser algo fácil claro com dor mas não iria sofrer tanto pra acabar fazendo cesárea acho que eles não precisavam ter esperando até o último momento pra fazer a cesárea" (C1).

Um aspecto que pode se dar como violência obstétrica é realizar a cesariana nos casos em que a mulher deseja tentar parto normal, induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária. Incluem no rol de procedimentos considerados violentos pelo Projeto de Lei 7.633 as seguintes atitudes:

> Mentir sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do concepto, inerentes ao procedimento cirúrgico; realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a); respeitar o tempo biológico da parturição, considerando que cada mãe e filho(a) possuem um tempo próprio fisiológico, sendo proibida a prática de intervenções abusivas para reduzir o tempo do trabalho de parto, sem indicação clínica (BRASIL, 2014).

Previsões como essa são necessárias tendo em vista que as atitudes da equipe de atendimento à gestante são contrárias ao acolhimento da paciente: "Eu queria muito ter parto

normal, mas fizeram cesárea em mim. Acredito ter sido vítima de violência obstétrica, por um lado de ter sofrido todas as dores de parto e fazerem cesárea em mim" (C4).

Como já mencionado, além de a puérpera ser vítima dessa violência, encontra-se na mesma situação a mulher que enfrenta o abortamento. A Defensoria de São Paulo (SÃO PAULO, 2013) relata que o aborto é uma das principais causas de morte de mulheres registradas no Brasil e considerada da mesma forma a atuação do profissional da saúde devendo respeitar a mulher na sua liberdade e dignidade prioritariamente, promoção multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade e desse profissional deve se afastar todos tipo de preconceito e desrespeito de natureza que venha negar atendimento humanizado.

> Quando comecei a me sentir mal, fui até um hospital da cidade, mas não fui atendida. Eles me mandaram para casa, achavam que eu tinha provocado o aborto por eu estar ali sozinha. Me mandaram para casa dizendo que ali estava muito cheio e que não tinha obstetra para me atender. Eu insisti, porque, sendo técnica de enfermagem, eu sabia que algo não estava correto. Tive que ir embora, ir procurar por outro hospital (C5).

Dessa forma, o que aconteceu com a C5 foi peregrinação, como já mencionado. Uma procura para que pudesse ser atendida em um momento tão dolorido que resultou em uma busca por um atendimento. Rodrigues refere que essa modalidade de violência resulta da precariedade do sistema de saúde, que restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo com que muitas mulheres em trabalho de parto vivenciem uma verdadeira jornada em busca de uma vaga na rede pública hospitalar, peregrinando até conseguirem atendimento, situação que traz sério risco para suas vidas e as de seus conceptos caso esse atendimento não ocorra em tempo hábil, favorecendo os desfechos negativos do parto e o aumento dos índices de mortalidade materna e neonatal (VILLAS-BÔAS, 2015).

> Eu queria muito essa menina, pois já tinha dois meninos.
> Liguei para o obstetra e ele disse que era normal essas dores, pelo tempo de gestação e pela minha idade. Horas depois que fui em busca de ajuda no primeiro hospital, eu e meu marido fomos em outro hospital, só que daí já era tarde! (C5).

Conforme Dworkin (2003, p. 34), o aborto é a perda de uma vida humana que se inicia. A morte ocorre antes que a vida tenha começado. O enfoque aqui não nem de longe discutir se o aborto é correto ou não. Apenas, revelar que essa prática é considerada violenta no que tange às mulheres que passam pela experiência do abortamento, independentemente de ser provocado ou não. Ressalta-se que se torna muito sofrimento para uma mulher que deseja muito sua gravidez ter ela interrompida por motivos diversos e ter que se justificar para as pessoas algo que ela não quis.

> Tentamos por anos e por causa de uma medicação dada pelo obstetra para infecção urinária perdi minha filha. Nessa medicação, continha um hormônio que pode causar

> aborto. Eu soube através da médica do hospital que insistiu que eu sabia o porquê eu havia abortado. Fui para outro hospital e 'demorei' uma hora e meia para ser atendida. Falei com a atendente disse que eu estava grávida, dei minha carteirinha do pré-natal, pedi que chamasse meu obstetra, pois eu estava sofrendo um aborto e ela me perguntou se era espontâneo. Eu disse 'se não fosse espontâneo, eu não estaria aqui, eu faria em casa' (C5).

O Ministério da Saúde informa que o aborto geralmente ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 23). "Eu pedi várias vezes para que fizessem curetagem, mas eles disseram que não. Colocaram um soro e induziram o parto" (C5).

Ainda nesse aspecto, o Ministério da Saúde (2005, p. 23) afirma que, quando persiste o sangramento, ou a mulher deseja interromper a perda sanguínea, deve ser realizada aspiração manual intrauterina (AMIU) e, na falta dessa, a curetagem uterina.

> O bebê veio às 6 da manhã; eu desde às 22 esperando depois de muito soro em uma salinha pequena na emergência para eu ter de parto normal. Em nenhum momento eu tive assistência de médico, ela veio sozinha. Fiquei ali sozinha fazendo força até ela vir, não pude ficar com meu marido (C5).

O Projeto de Lei n.º 7.867, de 2017 dispõe em seu inciso IX que impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto está elencada nas práticas consideradas pelo presente projeto que tramita na câmara dos deputados.

> Colocaram minha filha em um vidro e puseram esse vidro em um bidê ao meu lado por horas, mesmo eu insistindo para que tirassem ela dali. Eu perguntei 'você não vai descartar? ela disse 'não, né amiga, ele é teu'. Eu nunca imaginei que iria passar por essa situação, fui técnica de enfermagem no Centro obstétrico desse hospital e vi horrores lá dentro, mas não me imaginava nessa situação (C5).

A OMS (2013, p. 39) explica que a maioria das mulheres sente dor com o abortamento em diferentes intensidades. Os fatores associados à dor durante o abortamento cirúrgico realizado com anestesia local têm sido avaliados em vários estudos observacionais. A intensidade da dor varia conforme a idade da mulher, a paridade, os antecedentes de dismenorreia e o nível de ansiedade ou medo da mulher.

> Eu fui muito maltratada, eu estava com muita dor. 'Já é mais velha, sabe como funcionam as coisas'. Mas tu tá grávida, está com dor, está com medo, frágil e me diziam 'aguenta a dor'. A doutora debochava e dizia 'muita dor?' 'De uma escala de 1 a 10, qual número?'. Eu disse 'muita dor'. Ela disse 'não! Muita dor você nem estaria falando'. Eles me diziam para parar de chorar, que o pior já tinha passado. Mas o pior ainda estava por vir, porque, ao chegar em casa, meu mundo desabou. Fui em duas psicólogas para superar o 'aborto provocado' (C5).

Para se obter um nível de respeito na assistência ao parto, os sistemas de saúde devem ser administrados e de forma organizada para garantir a saúde e o respeito a mulher enquanto ser humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SÁUDE, 2014).

Para que casos como esses sofridos por essas mulheres tenham fim. é indispensável que se tenha uma luta constante sobre esses atos. Nesse aspecto hoje estão sendo realizados vários movimentos, por exemplo, pela Ordem dos Advogados (OAB), que estão se a cada dia mais debatendo sobre a temática.

Porém o Ministério da Saúde surpreendeu recentemente com um despacho repudiante, pedindo que fosse abolido o termo violência obstétrica em decorrência de a classe médica estar se sentido ofendida e por não achar certa a definição de problemas relacionados ao parto com o termo violência obstétrica. Talvez isso tenha ocorridoi tendo em vista que Conselho Federal de Medicina já vem se manifestando, como no parecer CFM nº 32/2018, dispondo que a expressão "violência obstétrica" é uma agressão contra a medicina e contra a especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Mas a resposta a essa publicação do Ministério da Saúde veio logo em seguida, quando o Ministério Público Federal (MPF) de São Paulo posicionou-se contra o que o Ministério da Saúde recomendou. Na recomendação, a Procuradora da República Ana Carolina Previtalli, responsável por um inquérito civil público com quase 2000 páginas e 40 anexos com relatos de denúncia de violência obstétrica em maternidades e hospitais de todo o país, requer que o Ministério da Saúde se abstenha de realizar ações voltadas a abolir o uso da expressão violência obstétrica e que, em vez disso, tome medidas para coibir tais práticas agressivas e maus tratos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019). Portanto esses absurdos estão sendo observados e mediante isso, não se pode deixar de tratar dessas práticas e posições repudiantes.

4 Conclusão

A presente pesquisa teve como objetivo maior demostrar um pouco da realidade da mulher brasileira em estado puerperal, que sofre violência obstétrica. Um dos principais objetivos com presente trabalho foi demostrar ao longo da monografia que os direitos da parturiente violados são a ela inerentes, ou seja, estão a elas assegurados na Constituição

Federal de 1988. Sabendo a situação que o Brasil enfrenta, é possível entender que não respeitando a lei-mãe não é possível respeitar as mães que sofrem Brasil afora.

Entrevistar as mulheres vítimas dessa violência foi de tamanha experiência e nos confirmou a ideia de que se deve a cada dia mais falar sobre esse assunto na academia e fomentar mais e mais os alunos escreverem sobre tal situação lamentável pela qual essas mulheres passam.

Os dados colhidos nas entrevistas revelam relatos de como foi o momento e o atendimento dessas mulheres nas instituições hospitalares da cidade, foi possível observar experiências negativas em suas vidas. Todas as mulheres com quem se manteve contato sofreram algum tipo de violência obstétrica no momento do parto, pós-parto e no abortamento e, dessa maneira, foram esclarecidas de todos os direitos inerentes à condição de puéperas.

É necessário que se fale, é preciso debater, trazer à tona situações como essas vividas pelas puérperas entrevistadas para que, por meio de movimentos, se possa atingir o alvo de que em primeiro lugar o status de projetos de leis possam passar para leis federais, punindo pessoas que cometam essas práticas e, em segundo momento, que de alguma forma, se com políticas públicas ou de forma adotada pela classe médica, os profissionais de saúde possam receber treinamentos adequados, a fim de que possam cuidar adequadamente dessas mulheres, frisando-se que se trata do momento mais importante de suas vidas.

É inadmissível que práticas de violência obstétrica continuem acontecendo e a única maneira que se tem de denunciar isso é as vítimas se dirigirem à Defensoria Pública, independentemente se fizeram uso de serviço público ou privado de saúde, ou até mesmo dirigirem-se a uma delegacia de polícia e registrarem um boletim de ocorrência, e solicitar tutela jurisdicional pelos danos sofridos mediante uma reparação civil.

Nossa parte precisamos fazer! Como escreveu Bobbio, “Não temos o poder de prever se a realização desses ideais está próxima ou distante. Está em nosso poder carregar a nossa pedra, por menor que seja, para a construção do grande edifício” (2000, p. 496).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Bulário eletrônico. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=23373912016&pIdAnexo=3921828%20>. Acesso em: maio 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de prevenção e critérios diagnósticos de infecções puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912>. Acesso em: 27 maio 2022.

AGUIAR, Janaína Marques de Oliveira.Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de genêro. 2010. Tese (Doutorado em Medicina)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

ARENDT, Hanna. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 7633/2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546 Útlimo>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 24 nov. 2022.

BRASIL. Lei n.11.634, de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007/Lei/L113634.htm>. Acesso em: 24 nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº32/2018. Disponível em: <http://old.cremerj.org.br/downloads/835.PDF>. Acesso em: 02 jun. 2022.

DWORKIN, Ronald. Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Saraiva, 1998.

MENEZES, Daniela C. Siccardi. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/10.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

ONU MULHERES. Declaração e Plataforma ee Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995, p. 147-258. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf >.Acesso em: 02 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em : 20 abr. 2022.

SANTA CATARINA (Estado). Lei n. 17.097, de 17 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: < http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 2022.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado. Violência Obstétrica. Você sabe o que é?, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 30 maio 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SENADO FEDERAL. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência obstétrica: "parirás com dor", 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 19 out. 2022.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. Revista Bioética. vol. 23, n. 3, p. 513-23, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0513.pdf>. Acesso em: abr. 2022.