



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
TRABALHO DE CURSO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – UMA VIOLAÇÃO DE DIREITOS

ORIENTANDA – NAYARA FERNANDA TEODORO COSTA
ORIENTADOR (A) - PROF. MS. NIVALDO DOS SANTOS

Goiânia

2021

NAYARA FERNANDA TEODORO COSTA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – UMA VIOLAÇÃO DE DIREITOS

Monografia Jurídica apresentado à disciplina Trabalho de Curso,
da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito,
da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GOIÁS).

Prof. (a) Orientador (a) – PROF. MS. NIVALDO DOS SANTOS

GOIÂNIA

2021

NAYARA FERNANDA TEODORO COSTA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – UMA VIOLAÇÃO DE DIREITOS

Data da Defesa: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Ms. Nivaldo dos Santos

Examinador Convidado: Prof. Ms. Marcelo Di Rezende Bernardes

Dedico este Trabalho de conclusão de curso a minha mãe, mulher de grande força, que sempre fez o possível e o impossível para a realização de meu sonho em ser bacharel em Direito, à minha filha que me motiva todos os dias a lutar pelas coisas em que acredito. À toda minha família que me ajudou e incentivou de todas as maneiras para que eu conseguisse conquistar o meu sonho de formar.

Agradeço a todos os meus professores e amigos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento intelectual e pessoal.

SUMÁRIO

RESUMO	
INTRODUÇÃO	7
1. CAPÍTULO I – Violência Obstétrica	8
1.1 CONCEITO.....	8
1.2 BREVE HISTÓRICO.....	11
1.3 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	14
1.4 PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS INVASIVOS E DANOSOS À MULHER NO ATENDIMENTO AO TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL.....	15
1.4.1 Episiotomia.....	15
1.4.2 Intervenções com finalidades “didáticas”	19
1.4.3 Intervenções de verificação e aceleração do parto.....	20
1.4.4 Falta de esclarecimento e consentimento da paciente.....	24
1.4.5 Manobra de Kristeller.....	26
1.4.6 Restrição de posição para o parto.....	27
1.4.7 Atendimento desumanizador e degradante.....	28
1.4.8 Restrição ao acompanhante (LEI nº 11.108/2005)	33
1.4.9 Comentários vexatórios.....	34
1.5 CIRURGIAS CESARIANAS.....	35
1.6 TAXA DE MORTALIDADE MATERNA.....	37
2. CAPÍTULO II – DIREITO À PROTEÇÃO DA MULHER	39
1.1 OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS.....	39
2.1 LEIS VIGENTES NO PAÍS E LEIS INTERNACIONAIS.....	42
4. CAPÍTULO III – FORMAS DE PREVENÇÃO E DENÚNCIA	51
4.1. FORMAS DE PREVENÇÃO.....	51
4.2. FORMAS DE DENÚNCIA.....	54
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56

RESUMO

A mulher vítima obstétrica, muitas vezes, não consegue enxergar as agressões como violações de seus direitos, devido à falta de informação e por acreditar que não tem poder de questionar o tratamento ou os procedimentos que são feitos durante o parto. A violência se dá por meio de agressões à integridade física, moral e psíquica da mulher. Este trabalho tem como objetivo analisar resultados de pesquisa, sobre a violência obstétrica, observando a percepção das vítimas, analisando os conteúdos jurídicos que prestam proteção e responsabilização dos envolvidos, evidenciando a necessidade de instituir lei específica, em âmbito federal, acerca do tema, bem como pontuar os conceitos, as violações de direitos e as agressões ligadas a violência. Em seu primeiro Capítulo é definido o conceito e quais condutas geram este tipo de violência. O Capítulo dois é destinado a comentar quais princípios presentes na Constituição Federal estão sendo violados, e ainda, quais demais normas garantem a proteção, a responsabilização em âmbito penal e civil, as leis existentes no país, em âmbito estadual, e leis internacionais acerca do tema. No capítulo terceiro são pontuadas as formas de prevenção e meios de denúncia contra a violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência obstétrica, direitos da mulher, violência contra a mulher, obstetrícia.

INTRODUÇÃO

A escolha da violência obstétrica (VO) como tema do trabalho se deu devido a falta de informação entre a população sobre quais direitos estão sendo violados e a falta de punição para com os responsáveis. O fato de que os agressores muitas vezes não são penalizados pelos crimes que cometem faz com que mais mulheres continuem tendo suas integridades físicas, morais e psíquicas violadas.

Nesta monografia será estudado os princípios constitucionais presentes na Constituição Federal (CF), o código penal, o código civil, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entre outras leis. Nela, será exposto quais proteções o ordenamento jurídico oferece as mulheres, quais são as penalizações existentes em âmbito penal para algumas das agressões sofridas por elas e a existência de direito indenizatório presente no código civil e CF.

O problema central desta pesquisa é estudar a dificuldade que as mulheres encontram para levar seus agressores a justiça, tanto pela falta de informação sobre seus direitos, como pela invalidação das percepções delas de que algo errado aconteceu durante o atendimento gestacional, do parto e pós-parto, fazendo com que elas desistam de levar adiante tais questões ao judiciário, acarretando que outras mulheres continuem a sofrer com a VO.

O maior referencial utilizado foi a Constituição Federal, pois, a mesma é muito protecionista em relação aos direitos das mulheres, resguardando direitos igualitários sem distinção de gênero, cor, raça, religião ou outros, e ainda, os direitos sobre a não violação da integridade física e moral, que ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento desumano e as garantias a uma maternidade segura.

Como referencial teórico, também foi utilizado o dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres nele é desenvolvido as condutas que definem a violência obstétrica, apresentando como os países que já possuem lei contra este tipo de violência criaram mecanismos para coibi-la e preveni-la.

Essa Monografia, possui o objetivo de apresentar os tipos de agressões sofridas pelas mulheres na condição de gestantes, parturientes e puérperas, realizadas por médicos (as), enfermeiros (a), demais servidores da equipe médica e trabalhadores dos hospitais e familiares.

Este trabalho, visa apresentar tanto o problema como as soluções para ele, evidenciando as condutas que são caracterizadas como VO, quais leis podem ser utilizadas, até o momento, para a responsabilização dos culpados e as formas de prevenção e denúncia.

CAPÍTULO I

1. Violência Obstétrica

1.1 Conceito

A violência obstétrica (VO) pode ser definida como qualquer conduta de negligência, omissão, maus tratos tanto físicos como verbais realizados por profissionais de saúde, atendentes do hospital e/ou familiares, praticados contra gestantes, parturientes ou puérperas. É exercida tanto nos âmbitos públicos quanto nos privados.

São violações que ocorrem desde a perda da autonomia da mulher sobre seu corpo, até a realização de procedimentos coercitivos ou não consentidos, bem como procedimentos invasivos que não possuem comprovação de que são, realmente, necessários ou benéficos a saúde da mulher.

Tratamentos vexatórios que decorrem de piadas, falas grosseiras ou que causem medo, humilhações, abuso de medicamentos, não autorização de acompanhante na sala de parto, não aceitação de posição mais confortável para a parturiente, recusa nas internações de saúde, recusa em aplicar analgésicos, episiotomias de rotina, entre muitos outros que são exemplos das violações que ocorrem nas maternidades do país e que causam danos irreversíveis as vítimas

impactando de forma negativa seus corpos, sua sexualidade e a sua qualidade de vida.

Existe um problema grave relacionado a violência de gênero presente na sociedade, por isso, mulheres vivem em uma constante luta para que seus direitos sejam respeitados. A violência que se exerce contra mulheres, somente por serem mulheres, ocorre de forma escancarada em todos os níveis da sociedade, mesmo quando o protagonismo deveria ser delas surgem dificuldades de darem seu posicionamento, de serem ouvidas, pois, são constantemente desqualificadas e taxadas de exageradas, não devem e não podem exprimir sua dor, durante o processo do parto é proibido gritar, chorar ou se sentar de maneira confortável.

A mulher não é reconhecida como sujeito na relação entre os profissionais que a acompanham durante o parto, sendo vista como objeto de intervenção para chegar a um resultado, que é o nascimento. É desumano o que fazem, não só pela violência física que as mulheres sofrem, mas também pela desqualificação de suas vontades ou opiniões, devido a isso elas chegam a temer retaliação por parte dos atendentes caso se oponham a certos procedimentos. Fica evidente como ainda que possuam direitos eles não são vistos, cumpridos ou respeitados.

Chauí cita a violência como:

A violência não é percebida ali mesmo onde se origina e ali mesmo onde se define como violência propriamente dita, isto é, como toda prática e toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural. Mais do que isto, a sociedade não percebe que as próprias explicações oferecidas são violentas porque está cega ao lugar efetivo de produção da violência, isto é, a estrutura da sociedade brasileira. [...] Em outras palavras, a mitologia e os procedimentos ideológicos fazem com que a violência que estrutura e organiza as relações sociais brasileiras não possa ser percebida, e, por não ser percebida, é naturalizada e essa naturalização conserva a mitologia da não-violência com a qual se brada pelo "retorno à ética". (CHAUÍ, 1998, p. 01)

Ao falar sobre a violência, Chauí revela exatamente a forma como a violência obstétrica acontece, visto que muitas mulheres sofrem e nem mesmo sabem que

sofreram e quando se dizem incomodadas existe sempre alguém para menosprezar e dizer que deve ser somente uma impressão.

A autora menciona que quando a violência acontece o sujeito é reduzido a condição de coisa e é violado interior e exteriormente o ser de alguém, fica evidente que o que ocorre nas maternidades do país trata-se de um tipo de violência, como já dito mulheres são apenas objetos que carregam uma criança e portanto não merecem atenção ou cuidado, são violadas com exames de toque excessivos e dolorosos, são feitas episiotomias de rotina sem nenhuma necessidade e por isso são rasgadas, as vezes, até sem anestesia. São marcadas pelo horror que vivenciaram no parto e ficam confusas, dentro delas se encontra uma mistura de felicidade por ter seus filhos nos braços atrelada a uma dor constante e junto a ela a vontade de simplesmente irem para longe de seus agressores.

Outro ponto a ser destacado na fala de Chauí é que a violência se mostra enraizada e, por isso, se naturaliza e muitas vezes não é vista como uma agressão, um exemplo é o que mulheres ouvem ao relatar os abusos à familiares ou pessoas que não entendem sobre o assunto, escutam que “médicos sabem o que fazem, eles estudaram para isso” ou “partos sempre aconteceram assim”, ou ainda “você devia ficar feliz, seu filho já nasceu”.

Como correr atrás de seus direitos se eles são menosprezados por pessoas próximas? Procedimentos médicos podem ser melhorados, todos os dias se estudam novos métodos de tratamento, qual o motivo de não repensar como os partos são feitos e tentar tornar esse o momento especial como ele deveria ser.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma declaração acerca da violência obstétrica e sua abertura dizia:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (OMS, 2014 p. 01)

Nomeada por Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, essa declaração teve o intuito de dar visibilidade ao problema e cobrar dos países que cumprissem as normas e princípios dos direitos humanos internacionalmente adotados, evidenciando como o problema necessita que o Estado comece a intervir por meio de políticas públicas voltadas a assistência médica obstétrica, se ainda não adotadas e caso já tiverem sido que as ações fossem mais significativas para resolver o problema.

De acordo, com a pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência no atendimento ao parto. As frases mais lembradas nas entrevistas feita pela fundação foram: “Na hora de fazer não doeu, né?”, “Não fechou as pernas na hora certa, agora aguenta!” (ABRAMO, 2010).

São relatos parecidos, mesmo em diferentes pesquisas, o descaso e humilhação que mulheres encontram durante o pré-natal, parto e puerpério as machucam, pois, acontecem quando se encontram mais vulneráveis.

1.2 Breve Histórico

Os movimentos feministas atuais estão dando voz cada vez mais aos problemas enfrentados por mulheres, um deles é a violência obstétrica que tem sido discutido com mais frequência, e por isso, aparenta ser um problema da atualidade, mas não é o caso, pois a bastante tempo ele vem sendo discutido.

Ao final da década de 50, nos Estados Unidos, devido aos horrores que aconteciam no parto, a revista Ladies Home Journal, destinadas as donas de casa, publicou uma reportagem intitulada “Crueldade nas Maternidades” relatando os horrores que aconteciam dentro das maternidades da época.

O parto era descrito como algo medonho, onde mulheres davam à luz inconscientes, sob sedação total o chamado “sono crepuscular”, para isso era lhes dado uma injeção de morfina com um amnesio chamado escopolamina, assim a parturiente sentia dor, mas não se lembrava posteriormente do que havia acontecido.

Além da amnésia que ocorria, existiam outros efeitos colaterais como agitação psicomotora e eventuais alucinações, para que as mulheres não caíssem na mesa de parto, devido a agitação que o remédio lhes causava, elas eram algemadas ou amarradas nos pés e nas mãos e em decorrência disso após o parto as mulheres apresentavam vários hematomas no corpo. O parto geralmente era induzido por ocitócitos e eram utilizados fórceps em mulheres que se encontravam desacordadas.

Em 1958, uma carta publicada no jornal *The Guardian* convocou a criação de uma sociedade que servisse como voz para os ocorridos nas maternidades e que assim diminuíssem os horrores que aconteciam, então foi criada a Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as grávidas. A carta relatava que:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes. (BEECH e WILINGTON, 1960, apud DINIZ SG, col., 2015, p. 01)

Foram diversas abordagens sobre o tema no decorrer das décadas, mas no Brasil o tema só veio ser tratado na década de 80, quando um grupo de mulheres feministas, intitulado por grupo ceres que simbolizava a fertilidade e a vida em sua eterna renovação, publicou o livro “Espelho de Vênus” que abordava a identidade social e sexual da mulher, nele narrava-se as experiências do parto como uma vivência violenta, foram publicados diversos relatos de como além da violência sexual existia ainda uma violência médico e paciente, já que as parturientes se sentiam desamparadas e em tristeza profunda em momentos que deveriam lhe causar alegria.

Na década de 80, através de políticas públicas foi criado o Programa de Atenção das políticas de Saúde, como o programa de Atenção Integral à saúde da mulher (PAISM), mas houve resistência por parte dos profissionais para mudarem seus métodos.

Em 2010, a Fundação Perseu Abramo fez uma pesquisa nominada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” o que fez o problema ficar em

evidência. Dois anos após a pesquisa, foi criada uma CPMI para abordar as violências contra mulheres, dentre as pautas uma delas retratava a VO, foi feito um dossiê, elaborado pela rede de parto do princípio, denominado “violência obstétrica – parirás com dor”, nele existem inúmeros relatos das dificuldades que mulheres enfrentam nas primeiras fases da maternidade, gestação, parto e pós-parto.

É preciso relatar que recentemente o MPF de São Paulo, instaurou o inquérito civil de número 1.34.001.007752/2013-81, que faz uma série de relatos e se baseia em normas jurídicas para pedir providências do Estado, visando erradicar a violência obstétrica no Brasil.

Existe ainda um projeto, do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, chamado Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, foi criado com a finalidade de combater diversos problemas enfrentados na rede de atenção obstétrica e neonatal no Brasil. (FEDERAL, UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS, 2018)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, publicou uma recomendação de nº 24, apresentando diversas denúncias do MPF de vários estados e considerando também o projeto Apice On, esta recomendação dizia:

1. Interrompa qualquer processo de exclusão da expressão “violência obstétrica” tendo em vista o seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira; e
2. Que possa trabalhar com maior intensidade e firmeza no combate a tais práticas e maus tratos nas maternidades, conforme recomenda a OMS. (SAÚDE, CONSELHO NACIONAL, 2019, p.01)

Apesar dessas recomendações e direitos já existirem se faz cada vez mais necessário uma lei específica, em âmbito federal, que aborde o tema, pois, são inúmeros os direitos desrespeitados que continuam sendo ignorados e violados. Se fazendo tão necessário que a sociedade cobre dos governantes que algo seja feito, porém, é importante frisar que mesmo sem a criação de lei específica a mulher pode

e deve denunciar, buscando também ressarcimento dos danos causados, através das normas e princípios que já existem no ordenamento jurídico do país.

1.3 Caracterização da Violência Obstétrica

Como já exposto, a violência obstétrica acontece através de condutas desfavoráveis a saúde sexual e reprodutiva da mulher, essa violência pode ocorrer também através de humilhações com comentários vexatórios afetando o psicológico da paciente.

A caracterização da VO, geralmente se baseia em seis formas diferentes, podem ser:

Física, que está relacionado aos procedimentos, sem comprovação em evidências científicas, realizados no corpo da mulher que lhe causem desconforto ou dano físico, este último pode ser definido em graus desde os mais leves aos mais intensos. São exemplos: mutilação genital (episiotomia), manobra de kristeller, uso de ocitocina e cesarianas sem indicação clínica.

Psicológico, ocorre sempre através de comentários, falas ou condutas que cause na paciente sentimento de insegurança, incapacidade, vergonha, medo, abandono, inferioridade, perda de dignidade, vulnerabilidade, sensação de estar sozinha e desamparada. São exemplos: piadas, comentários vexatórios, humilhações, grosserias, chantagens, omissão de informações, desrespeitos, mentiras e ameaças.

Sexualmente, decorre de condutas que violam a intimidade da mulher ou que causem constrangimento a ela, recaindo sobre sua integridade sexual e reprodutiva, podem ser através do dos seus órgãos sexuais e partes íntimas. São exemplos: a episiotomia, assédio, diversos exames de toque que causem dor ou desconforto, cesarianas sem consentimento da paciente e ainda exames sem esclarecimentos ou sem seu consentimento.

Institucional, está associado aos direitos das mulheres e ocorrem quando são desrespeitados, negados, dificultados e impedidos de serem prestados. São exemplos: quando o acesso ao atendimento hospitalar é negado, omissão ou violação dos direitos garantidos na Constituição e demais normas vigentes durante o período

gestacional, parto ou puerpério, não aceitação de acompanhante (lei n. 11.108/2005), tratamento degradante, entre outros.

Materialmente, este geralmente advém de condutas, passivas e ativas, praticadas com o intuito de obter vantagem financeira sobre a paciente em seu processo reprodutivo. São exemplos: incentivo a contratação de planos de saúde privados ou ainda cobranças extras para que o acesso ao acompanhante seja permitido, não ocorrendo somente nos ambientes privados, essas taxas podem ser realizadas também em instituições públicas ou conveniadas.

E por último ações midiáticas, trata-se de condutas praticadas por profissionais da área de comunicação que violam psicologicamente a mulher passando informações erradas, negativas sobre os tipos de partos, difamação dos direitos das mulheres, apologia às práticas não indicadas cientificamente com a finalidade de se obter lucro e dominação. São exemplos: ridicularização do parto normal, enaltecimento de cesarianas sem indicação médica, promoção de fórmulas de leite como forma de substituição do leite materno e o incentivo ao desmame precoce.

É possível notar que geralmente essas ações ocorrem em conjunto e não de forma isolada.

1.4 Procedimentos considerados invasivos e danosos à mulher no atendimento ao trabalho de parto e parto normal

1.4.1. Episiotomia

É um procedimento rotineiro nas maternidades do país, mas que não possui amparo científico.

A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela

continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. (SENADO FEDERAL, 2012 p.80)

Infelizmente, é uma cirurgia, geralmente, feita sem o consentimento da paciente, ou ainda, sem que sejam prestadas as devidas informações sobre o motivo da sua realização, seus riscos, benefícios ou efeitos colaterais. Um dos maiores problemas enfrentados no parto é a falta de comunicação entre médico e paciente sobre os procedimentos que serão feitos, com isso, as gestantes não são informadas sobre a possibilidade de alternativas de tratamento.

São vários os relatos de mulheres que sofreram com esse procedimento, que se sentiram violadas, desrespeitadas e que tiveram sua sexualidade comprometida, como se a partir daquele momento fossem menos mulheres por causa do corte, com todos esses sentimentos presentes elas ainda sentem dores em todas as suas relações sexuais, lembrando-as do que aconteceu durante o parto. A seguir alguns relatos colhidos de pesquisas.

[...] o médico falava que eu não sabia fazer a força correta [...]. Gritava que desse jeito não era possível. Ele forçou na barriga e lá embaixo. Colocou mais remédio no soro e nada. Mandou a estagiária empurrar a minha barriga e nada [...]. Aí a neném nasceu, mas sem chorar. Ele me cortou um bocado também [...] pra costurar, eu passei mal, desmaiei de dor [...] foram grandes os cortes. Sentia muita dor, fiquei uns dez dias sem poder sentar [...] ficou uma cicatriz muito grande, sinto muita dor nas relações com o meu marido. (GUIMARÃES, JONAS, AMARAL, 2017 p.06).

Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. (SENADO FEDERAL, 2012, p.83)

Além da episiotomia gigantesca tive laceração de 3º grau. Infeccionou, tomei antibiótico, passei 12 dias deitada porque não conseguia ficar em pé de tanta dor, um mês sem conseguir me sentar, usei o travesseirinho da humilhação por 3 meses, sexo também deve ter sido uns 5 meses depois do parto. Doeu pra caramba. Doeu e ardeu. Demorou para melhorar. Passei anos sem coragem de olhar o estrago. A cicatriz até hoje as vezes inflama e dói ou

incomoda. Depois de 3 ou 4 anos criei coragem e olhei com um espelhinho, está horrível, a cicatriz vai altinha e fofinha até quase ao lado do ânus. (SENADO FEDERAL, 2012, p.84)

As lacerações ou traumas perineais podem ser classificados em quatro graus, sendo eles:

primeiro grau: compreende lesões superficiais, que atingem pele e tecido subcutâneo do períneo ou o epitélio vaginal. Também são consideradas de primeiro grau as lacerações superficiais múltiplas nessas regiões;

segundo grau: lesões mais profundas que as de primeiro grau, que atingem músculos superficiais do períneo e o corpo perineal;

terceiro grau: as lesões de terceiro grau mostram-se mais severas, por envolverem músculos perineais e esfíncteres anais, e subdividem-se em:

3a: menos de 50% do esfíncter anal externo afetado;

3b: mais de 50% do esfíncter anal externo afetado;

3c: inclui lesões no esfíncter anal interno;

quarto grau: além de atingir os tecidos que compreendem o trauma de terceiro grau, o de quarto grau inclui o rompimento do esfíncter anal (externo ou interno ou ambos) e do epitélio anorretal. (KETTLE, 2005, ROYAL COLLEGE, 2004 apud SENADO FEDERAL, 2012, p.82, 83)

A episiotomia devia ser utilizada com a justificativa que o seu uso diminuía os traumas cranianos do bebê, bem como o corte trazia a mulher sua condição virginal (ponto do marido), a partir disso ela passou a ser recomendada como rotina. (POMEROY, 1918 e JOSEPH DELEE, 1920 apud SÃO BENTO, SILVA SANTOS, 2006)

Apesar da fala de Joseph DeLee e Pomeroy, estudos recentes mostram que ela não deve ser utilizada rotineiramente, mas em casos seletivos, ou seja, aqueles que se demonstrarem realmente necessários, já que até mesmo a episiotomia pode causar alguns dos graus de trauma.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, publicou o “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal”, após estudos que apontaram melhores evidências científicas acerca das práticas relacionadas ao parto normal, classificando-as em quatro categorias:

A- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão

D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. (SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL, 1996, p.05)

A publicação da OMS afirma ainda que:

Não existem evidências confiáveis que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano. Num parto, até então normal, pode ocasionalmente haver uma indicação válida para uma episiotomia, mas recomenda-se o uso limitado dessa intervenção. (SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL, 1996, p. 59, 60)

Acrescenta, ainda, que os sinais de sofrimento fetal, a progressão insuficiente do parto e a ameaça de laceração de 3º grau, incluindo laceração de 3º grau em parto anterior, são indicações para realizar a episiotomia.

Em países como Brasil e Argentina, praticamente em todos os partos normais as mulheres são submetidas à episiotomia, sendo assim, anualmente muitas mulheres sofrem com suas vulvas e vaginas sendo cortadas cirurgicamente, mesmo sabendo que estudos afirmam que ela só deve ser utilizada em apenas 10/15% dos partos. (SÃO BENTO, SANTOS, 2006).

Esses estudos indicam que a episiotomia de rotina deve ser abolida, pois, já não existem estudos que possam confirmar que seu uso promova saúde genital ou do bebê, muito pelo contrário em casos em que ela não seja absolutamente

recomendada pode causar danos sexuais importantes na paciente, danos que precisem ainda de cirurgia plástica para reparo dos genitais deformados.

Torna-se evidente que a episiotomia realizada em larga escala e rotineiramente fere direitos fundamentais da mulher, por meio da violação de seus direitos sexuais e reprodutivos como a violação de sua integridade corporal.

Apesar das inúmeras reclamações acerca do procedimento, sabe-se que em alguns casos ele é sim o procedimento recomendado, portanto, a violência obstétrica pode não ocorrer somente pela sua realização. A VO se caracteriza quando a paciente não é informada sobre a sua realização ou quando ela é feita sem comprovada necessidade.

1.4.2 Intervenções com finalidades “didáticas”

Ocorrem em ambientes acadêmicos, ou seja, em hospitais destinados ao ensino da obstetrícia, neles é comum que nas salas destinadas aos atendimentos de gestantes e parturientes tenham vários estudantes observando os procedimentos que serão realizados, outro problema é que, geralmente, são realizados sem que seja informado a paciente quem são aquelas pessoas, tampouco perguntado se elas autorizam a realização deles na frente dos alunos.

A Rede parto do princípio, em seu dossiê acerca da VO trouxe inúmeros relatos de pacientes que passaram por tais incômodos, sendo eles:

Senti meu corpo totalmente exposto, me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos, me usando para demonstração. O médico mal falou conosco, abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira. (SENADO FEDERAL, 2012, p. 93)

Na hora do expulsivo, eu não tive alternativa de posição, então tive que me deitar na mesa obstétrica, minhas pernas foram amarradas aos estribos, um campo cirúrgico foi erguido de modo que eu não via quem eram as pessoas que entravam na sala e me viam de pernas abertas, embora escutasse a porta abrindo e fechando o tempo todo. Ainda não estava com dilatação

completa quando ela me orientou a fazer 'força comprida' durante as contrações. (SENADO FEDERAL, 2012, p. 96)

O Ministério Público Federal de São Paulo, precisou intervir por meio de uma ação civil pública quando uma gestante teve procedimento ginecológico de alto risco negado, em Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), pois, a paciente impediu que estudantes acompanhassem o exame. O procurador Carlos Eduardo Copetti Leite, autor do recurso, considera que negar atendimento ao paciente que recusa o acompanhamento dos alunos contraria direitos fundamentais, ele afirma ainda que "O objetivo da ação civil pública não é impossibilitar todo e qualquer acompanhamento de estudantes em exames médicos, mas tão somente quando o paciente se sinta constrangido, humilhado e violado na sua intimidade" (FEDERAL, MINISTÉRIO PÚBLICO-SP, 2011)

É necessário salientar que a discriminação de gênero e classe social é o que define tal prática, reforçando ainda que o corpo da mulher, especialmente, as de classe mais baixa, pode ser manipulado sempre que assim quiserem sem necessidade de seu consentimento, pois, as mulheres que possuem melhores condições financeiras realizam seus procedimentos de pré-natal e parto em ambientes privados, portanto, não passam por tais situações.

Essa modalidade de ensino reforça ainda que mulheres não possuem poder sobre seus corpos, fazendo com que os alunos se formem com os mesmos pensamentos de seus professores, não se importando com o bem estar físico ou mental de suas pacientes. Violando direitos que são delas por direito, como sua integridade física, sua intimidade, honra e imagem, entre muitos outros.

1.4.3 Intervenções de verificação e aceleração do parto

No Brasil, ocorrem diversas intervenções, durante o parto, feitas rotineiramente, que nem sempre possuem recomendação, já que não parece ser analisado caso a caso, impossibilitando que a gestante tenha uma experiência de parto natural.

Nos partos normais, são realizados exames de toque vaginal, um procedimento doloroso e que é feito de forma repetitiva, que costuma trazer grande desconforto a gestante.

É feito em partos normais para averiguar a dilatação do colo do útero, conhecido popularmente por “exame de toque”. Uma manobra comum durante o exame é a “dilatação” ou “redução manual”, que causa bastante dor, e tem como finalidade acelerar o trabalho de parto, podendo ainda ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, e geralmente, feito sem esclarecimento ou consentimento da paciente. (SENADO FEDERAL, 2012)

De acordo com artigo publicado em 2017, na revista reprodução & climatério, o exame de toque é utilizado para identificar a evolução do parto, por meio da dilatação do colo uterino, e conforme essa dilatação aumenta o exame é realizado com mais frequência. (RODRIGUES, FRANCISCA e col, 2017)

Trata-se de procedimento fundamental para avaliação do progresso do trabalho de parto, pois, através dele é possível definir a posição, comprimento, consistência e tamanho do colo, apresentação, atitude e posição fetal, presença de bossa e grau de cavalgamento ósseo do crânio fetal e outros. O que ocorre é que na prática o exame só é utilizado com intuito de avaliar apenas a dilatação do colo uterino.

Mulheres veem relatando inúmeros desconfortos que sentiram durante a realização do procedimento, são eles: “Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: “na hora de fazer tava gostoso, né?”. Nessa hora me senti abusada.” F., atendida através da rede pública. São Paulo/SP. (SANTOS, 2018).

A psicóloga Janaína Marques de Aguiar, autora da tese “Violência em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero relatou:

Algumas mulheres até entendem como violência, mas a palavra é mais associada a violência urbana, física, sexual [...] que entrevistou puérperas (com até três meses de parto) e profissionais de maternidades públicas de São Paulo. “Quando a gente fala em violência na saúde, isso fica difícil de ser visualizado. Porque há um senso comum de que as mulheres podem ser maltratadas, principalmente em maternidades públicas” acredita. E dá alguns exemplos: “Duas profissionais relataram, uma médica e uma enfermeira, que um colega na hora de fazer um exame de toque em uma paciente, fazia brincadeiras como ‘duvido que você reclame do seu marido’ e ‘Não está gostoso?’ (AGUIAR, 2010 apud ABRAMO, 2013, p. 01).

Apesar, de se tratar de procedimento fundamental no momento do parto, ele pode ser considerado VO, quando é realizado de forma que prejudique a evolução fisiológica, provocando desconforto e edema da vulva, geralmente, é acompanhado de comentários vexatórios, gerando nas pacientes nervosismo e insegurança, tanto pela falta de cuidado dos profissionais acerca da sua intimidade e privacidade, quanto por ser um procedimento que é realizado sem explicação ou consentimento da mulher.

No Brasil, partos normais são realizados rotineiramente com o uso de ocitocina, hormônio que auxilia nas contrações uterinas e na liberação do leite materno, produzido naturalmente pelo cérebro, mas que existe também em formato sintético, é utilizado para a acelerar o parto, mas é um medicamento que deve ser aplicado com muito cuidado e com acompanhamento médico a todo momento, pois, costuma transformar as contrações do parto, que já são intensas, porém, na maioria das vezes suportável, em dores descoordenadas, imprevisíveis e insuportáveis, levando à parturiente a grande aflição.

A OMS, em 1996, publicou um guia prático para assistência ao parto normal, classificando intervenções rotineiramente realizadas durante o parto com base em evidências científicas, que segundo este guia, são prejudiciais e ineficazes, uma das condutas elencadas era a não recomendação do uso indiscriminado da ocitocina, pois, sua utilização pode levar a um aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal. (KOBEL, 2015, apud SANTOS, 2018)

Relato acerca do uso da ocitocina:

A história da minha filha com paralisia cerebral começa assim – apesar de todo o meu preparo, de uma gestação perfeita, de ter feito tudo o que poderia ser feito. O mesmo médico disse-me se todas as grávidas fossem saudáveis como eu ele não teria nenhum trabalho. Às 5h30 da manhã do dia 18 de maio de 1993, acordei sentindo uma pressão no colo do útero. A bolsa estourou. [...] Permaneci tranquila até dar entrada no hospital e ser atendida por uma enfermeira. Deitei na maca, abri as pernas e ela fez o exame de toque. “Ai”, reclamei num ato reflexo. Ela respondeu: “Ah, minha filha, não reclama não porque ainda vai doer muito!”. Na hora, pensei comigo se aquela era, de fato, uma enfermeira, tamanha agressividade de sua postura. “Quatro centímetros”, ela falou, de modo frio e impessoal. Senti-me intimidada, entrei num estado apreensivo, devido ao choque no modo de tratamento, e a partir dali a evolução da dilatação estacionou. Ao chegar, o Dr. X logo anunciou que não seria possível fazermos um parto normal, pois o colo do meu útero não estava dilatado o suficiente, e dizendo que minha dilatação estagnada nos 4 centímetros. Pensei: “Mas não dava pra esperar mais um pouco? Sempre ouvi dizer que o primeiro parto demora mesmo...”. E todas as nossas conversas que tivéramos sobre parto natural ser a melhor opção e cesariana, só em último caso? Parece que ele havia esquecido tudo. E eu, me sentindo pressionada e ameaçada diante de uma Cesária iminente, perguntei se não havia a opção da indução antes da cirurgia, visto que só estava há quatro horas em trabalho de parto. Eu achava que a indução era comum e inócua, uma vez que é praticada em larga escala no sistema de saúde pública e privada, no Brasil, e ao menos seria uma opção melhor do que uma cirurgia cesariana. Ele sequer retrucou, e apresentava muita pressa, parecendo que queria se livrar daquilo tudo. **Deu ordem para a enfermeira aplicar um hormônio indutor chamado ocitocina na minha veia, e foi embora. Eu e o pai da minha filha ficamos lá, perdidos no escuro. Fiquei super assustada, pois nunca havia entrado em um hospital na minha vida e o único médico que eu conhecia havia sumido. É difícil descrever o tamanho da dor provocada pela reação desse hormônio no meu corpo. Em apenas uma hora fez o trabalho de parto que normalmente dura várias. Entre uma contração e outra eu apagava, literalmente. Nunca senti tamanha dor e tanto medo em toda a minha vida. O médico não deveria estar ali para me acalmar? 99 Muitos anos depois li, em um artigo científico, que a ocitocina deve ser prescrita com muito cuidado porque cada mulher reage de forma diferente à mesma dosagem. Ou seja: o médico deveria estar sim por perto, não só para me dar apoio psicológico, mas para monitorar o processo e orientar a enfermagem se a dose deveria ser diminuída ou mesmo ter sua aplicação cessada. Posso afirmar que aquela reação à ocitocina não era razoável. Parecia mais uma overdose. Muito possivelmente minha filha sofreu as consequências disso pois li, nesse mesmo artigo que um dos efeitos colaterais da ocitocina é o sofrimento fetal [...] eu imaginava que ele estaria, senão do meu lado, próximo, acompanhando a evolução e alguma possível intercorrência que pudesse acontecer. Como de fato aconteceu. Minha filha tão desejada e esperada, nasceu sem soltar um pio. Quase inconsciente. Foi resgatada pela pediatra que fez os procedimentos de ressuscitação. Porém, ela ficou em um estado que eles chamam de “gemente”. A criança se mantém com os bracinhos tremendo e soltando uns gemidinhos. Durante horas seguidas. A pediatra que atendeu minha filha foi**

embora logo em seguida, dizendo que tinha um congresso – mesmo sabendo que minha filha estava muito mal e com chances de apresentar convulsões. Em uma consulta, um mês depois do seu nascimento, ela admitiu que já sabia que minha filha teria convulsões. Eu me pergunto qual foi o juramento que ela fez no dia de sua formatura: cuidar de pessoas e salvar vidas, ou ir a congressos? Tal como o obstetra, Sr. X, ela também me abandonou, embora tivéssemos acertado previamente o acompanhamento de minha filha. (SENADO FEDERAL, 2012, p. 97,99) grifo nosso.

O relato demonstra que a falta de comunicação e informação entre o médico e paciente faz com que complicações aconteçam e que nem sempre a vontade da paciente deve ser respeitada, nos casos em que o desejo da paciente não for mais benéfico a ela e a criança, o médico deverá dar todas as informações sobre os riscos da realização de tal procedimento e qual outro tratamento teria melhores resultados, sempre levando em consideração procedimentos que tenham amparo científico. Evidencia também como o modelo de parto deve ser mais bem avaliado, devendo que o médico analise caso a caso e que acompanhe a evolução do parto, principalmente, em casos em que a ocitocina for receitada.

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxe novas recomendações para garantir experiências positivas e saudáveis em partos naturais, com o objetivo de diminuir intervenções médicas desnecessárias. A agência determina ainda que nem a ocitocina nem fluídos intravenosos sejam aplicados para estimular contrações. (informação da ONU NEWS, apud AGÊNCIA, 2018).

1.4.4 Falta de esclarecimento e consentimento da paciente

São diversos os procedimentos realizados sem o devido esclarecimento sobre sua necessidade, sem o consentimento da paciente e ainda sem que seja informado que será feito, corroborando com a ideia de que a mulher não tem poder de decisão sobre seu próprio corpo, trazendo a ela inúmeros sentimentos negativos sobre o parto. Além da falta de informação sobre os tratamentos, muitas mulheres se queixam de não saber quais profissionais as acompanharam, visto, que não se apresentaram, seu nome, seu cargo e quando questionados reagem com falas agressivas.

Durante a pesquisa de campo, pudemos constatar que as pacientes não eram consultadas nas tomadas de decisão com relação à realização de qualquer procedimento cirúrgico ou acerca de quem na equipe iria executar esses procedimentos. Raramente sabiam o nome de qualquer profissional da equipe médica, muito menos se se tratava de um médico ou um estudante de medicina. Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias. (HOTIMSKY, 2007, apud SENADO FEDERAL, 2012, p. 101)

Quando cheguei na maternidade, um plantonista veio fazer o exame de toque, depois chamou outro para fazer outro toque e chegaram à conclusão que eu estava com 4 cm de dilatação. Fui levada para o centro cirúrgico sem me informarem nada. Quando questionei o porquê eu estava naquela sala, o médico falou que minha estatura era baixa e provavelmente o bebê não passaria na minha pelve. Questionei a conduta dele e pedi para que ele me deixasse tentar o parto normal. Ele ficou visivelmente irritado e disse que lavava as mãos caso ruim acontecesse. Ele não quis mais me atender e me passou para outro plantonista. Depois de passar o tempo todo deitada na maca, pois não me permitiram me movimentar para ajudar no trabalho de parto, sem poder beber ou comer, com ocitocina no soro, sem acompanhante, fui para mesa de parto, amarraram minhas pernas, uma enfermeira subiu em cima da minha barriga e minha filha nasceu. Só depois de 7 horas após o parto levaram a minha filha para eu conhecer. R.R.S.V. atendida na rede pública em Belo Horizonte MG (SENADO FEDERAL, 2012, p. 101)

Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Eu não queria ter uma sequela sexual do parto. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relação. G.A. 26 anos, atendida na rede pública na Maternidade Pró-Matre em Vitória - ES (SENADO FEDERAL, 2012, p. 102)

Esse tipo de VO é um dos maiores problemas vivenciados pela mulher no período gestacional, parto e pós-parto, pois, não só mulheres, como todas as pessoas que passam por tratamento hospitalar, desejam saber sobre os procedimentos que serão realizados, seus benefícios, riscos, tratamentos alternativos e ainda se desejam realizá-los. Cabe ao paciente junto ao médico em comum acordo decidirem qual é o melhor tratamento para o caso, com esclarecimento é possível chegar em um ponto em que todos fiquem satisfeitos.

O Código de Ética Médica, 2010, em seus artigos acerca dos direitos humanos, possuem normas que vedam que procedimentos sejam realizados sem o consentimento da paciente ou responsável, salvo se considerado caso de iminente risco de vida e que o médico não pode deixar de garantir que a autonomia da mulher seja sempre respeitada, já que ela tem direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, possuindo autoridade para tanto. Portanto, a autonomia da mulher

sobre seu corpo deve sempre ser respeitada, exceto em casos de iminente risco de vida. (MEDICINA, CONSELHO FEDERAL, 2010)

É preciso que se entenda que quando mulheres questionam determinados procedimentos é por necessitarem de maiores informações, ou ainda, quando já possuem muitas informações sobre e precisam entender o motivo daquele procedimento estar sendo recomendado.

A ética profissional médica é fator determinante para que a violência obstétrica não aconteça, quando profissionais agem sob a conduta ética, menores são as chances de uma possível VO acontecer, já que nesse contexto a mulher está em foco, graças a autonomia que ela pode exercer sobre seu corpo, a vedação às condutas discriminadoras, sejam elas raciais, por gênero ou religião e ainda a abolição da conduta de realizar procedimentos rotineiramente que não possuam respaldo científico.

Um dos pontos mais comuns quando se fala em violência obstétrica é que isso separa o grupo entre profissionais e pacientes, quando na verdade ambos devem trabalhar em conjunto para que os atendimentos sejam benéficos para todos, resultando em uma experiência tranquila do parto.

1.4.5 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller consiste em pressionar com força a parte superior do útero para agilizar a saída do bebê pelo canal vaginal, podendo causar lesões graves tanto à mãe quanto ao bebê, como fraturas de costelas, deslocamento de placenta e traumas encefálicos. Devido ao grande risco de lesões, a técnica foi banida pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, porém, em uma pesquisa feita pela Fundação Oswaldo Cruz, se apresentou que 37% das gestantes pertencentes ao grupo de risco obstétrico habitual foram submetidas à manobra no Brasil. (FEDERAL, MINISTÉRIO PÚBLICO-SP, 2014)

Apesar das inúmeras complicações que esse procedimento pode causar, ela ainda é utilizada, podendo ainda ser realizada em conjunto com outras intervenções como condução para mesa de parto antes de dilatação completa, imposição de posição ginecológica (prejudicando o processo natural do parto, bem como a

oxigenação do bebê) comando de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de Kristeller, é banida, mas continuam a realizá-la, importante salientar que quando ocorre não registram em prontuário.

O médico fez manobra de Kristeller, empurrando minha barriga para baixo. Me fizeram episiotomia sem ao menos perguntar se eu permitia ou me explicar o motivo do procedimento. Eu me senti extremamente mal e vulnerável por não ter entendido nada do que aconteceu comigo. Minha filha nasceu mal e ficou internada por uma semana. Nunca soube o motivo. Ninguém nunca me explicou nada sobre o parto e sobre o porquê da minha filha ficar internada. Eu nunca mais quis ter filhos. C.M. atendida na rede pública em Belo Horizonte MG (SENADO FEDERAL, 2012, p. 105, 106).

A ética médica parece não ser efetivada como deveria, pois, médicos continuam a fazer procedimentos comprovadamente danosos a saúde da mulher e do bebê, com plena consciência que suas ações estão erradas, pois, nem mesmo registram em seus prontuários a realização de tais procedimentos, como é o caso da manobra de Kristeller, mesmo sabendo que possui tratamentos alternativos como por exemplo: mudança de posição do parto para uma mais confortável e mais benéfica a paciente.

1.4.6 Restrição de posição para o parto

A OMS publicou um guia prático sobre assistência do parto normal, em 1996, nele estavam presentes várias recomendações de práticas que eram benéficas e eficientes, portanto, deveriam ser realizadas para o primeiro estágio do parto, recomenda-se que ficar em pé ou em decúbito lateral (paciente fica deitada de lado com ambos os braços para frente e os joelhos e quadris dobrados), pois, possui maior eficiência para causar dilatação cervical (contrações).

Outra recomendação é que a paciente fique na posição que lhe for mais confortável e que desejarem, podendo ser em pé, caminhando, sentando-se ou ficando de quatro, podem tomar banho de chuveiro ou por imersão para relaxar. Estudos indicaram ainda que posições não supinas, em média, tornam o parto menos doloroso, havendo menos necessidade de analgesia.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), em 2017, em conjunto com o Ministério da Saúde criaram diretrizes para o parto normal, nele eram relatados diversas condutas éticas e saudáveis, baseadas em evidências para assistência ao parto, entre elas, relatava-se a importância da gestante mudar de posição durante o trabalho de parto, dando a ela liberdade de movimentar-se usando a gravidade ao seu favor, sendo preferível ainda, que ela estivesse em posição vertical, pois, esta posição ajuda a parturiente a fazer força de forma correta facilitando a descida do bebê, os profissionais da saúde devem ainda incentivar que a paciente encontre a posição mais confortável para lidar com as contrações. (CONITEC, 2017)

Outra ação eficiente é caminhar durante o trabalho de parto, pois, ajuda na dilatação, devendo sempre respeitar o processo fisiológico do organismo da mulher, sem que haja intervenções desnecessárias.

Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de 'parto hippie' da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico. G. atendida através de plano de saúde no Rio de Janeiro-RJ (SENADO FEDERAL, 2012, p. 107)

Com 6 cm de dilatação eles me deitaram e queria que eu ficasse deitada. Eu tive que brigar pra ficar de cócoras porque minha filha não estava encaixada ainda. Não foi normal pra mim, de certa forma, porque eles fizeram um monte de coisas que eu não queria que acontecesse. (LANSKY, SÔNIA, col., 2019, p.01)

Apesar das inúmeras recomendações e relatos de pacientes insatisfeitas, mulheres continuam a ser impedidas de tentarem outras posições diferentes da mais

convencional, que é a posição supina (quando o corpo se encontra com a face virada para cima), que é pouco recomendada, pois, prejudica o processo do parto, é desconfortável para a parturiente e prejudica a oxigenação do bebê.

1.4.7 Atendimento desumanizador e degradante

São muitas condutas relacionadas ao atendimento desumanizador e degradante como por exemplo a busca de vagas em hospitais, descaso e abandono, desprezo e humilhação, ameaça e coação, preconceito e discriminação, assédio, sadismo, culpabilização e chantagem.

No ambiente hospitalar público, é normal que mulheres sejam atendidas em seu pré-natal em postos de saúde e posteriormente encaminhadas a determinados hospitais, porém, não lhe são garantidas que nestes hospitais terão vagas para as mesmas no momento do parto, por se tratar, geralmente, de mulheres menos escolarizadas e em situação de vulnerabilidade, profissionais acabam se aproveitando desta situação e com placas de “não há vagas” tiram a responsabilidade sobre si de procurar vaga em outro hospital para as pacientes, eis que ai elas entram em uma peregrinação em busca de um hospital com vaga para que possam ter seus filhos, se deslocar de um lugar a outro é desgastante e chega a ser desumano. E quando os profissionais precisam procurar vagas para estas pacientes, muitas são tratadas de maneira hostil, como se não merecessem o mínimo de atenção ou cuidado.

É comum, infelizmente, mulheres serem abandonadas em salas de hospitais, sem acompanhante, até que sejam de fato atendidas, o que acarreta inúmeros sentimentos como abandono, descaso, de sentir-se sozinha e vulnerável.

Segue alguns relatos de pacientes que foram tratadas com descaso e abandono.

Eu fui deixada numa cadeira depois do pós-parto, logo que passou a anestesia. Quase uma tarde inteira sentada na cadeira. As enfermeiras não vinham me ajudar. Eles me largaram lá no corredor gritando por muito tempo e isso me deixou muito triste; cheguei na maternidade já em trabalho de parto e não teve assistência, ganhei sozinha e minha mãe precisou correr atrás do médico para ajudar. (LANSKY, SÔNIA, col., 2019, p.01)

Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para 'pegar'. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer." Sandra, atendida na Maternidade Pró-Matre, Vitória - ES (SENADO FEDERAL, 2012, p. 133)

Quando mulheres são tratadas de forma respeitosa, cuidadosa e responsável lhe são atribuídas "sorte", pois, o tratamento desumano e humilhante já soa como algo normal, que acontece rotineiramente, tanto que nem é visto como maus tratos.

Relatos de desprezo e humilhação:

Lá na maternidade tinha uma mulher, já era o quarto filho dela. E a mulher lá, dando as contração, a mulher fazendo um escândalo. E eu lá, era o meu primeiro filho, porque diz que se você não gritar, não fazer escândalo, eles não maltrata. Agora, se você faz escândalo eles maltrata [...] eles deixaram ela de canto lá, reclamando sozinha. Aí elas falava assim: 'Olha o exemplo, hein. A moça aí novinha morrendo de contração e não tá dando um piu e você aí, já no quarto filho e gritando desse jeito? Calma!'. Aí o médico falou assim: 'Só por isso você vai ficar aqui aguentando' [...] E eu lá com as contração, eu não dava um piu, eu me mordía, eu puxava minha mão, eu puxava... Dobrava o colchão, aí menina, mas eu não gritava, não fazia nada. (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011, p. 08.09)

Eu acho que o maltrato, tratam você como se você... Você já tá ali numa situação constrangedora, né, e assim, a pessoa falar grosso com você, falar grossa, de repente por ela estar com raiva de alguma coisa, ela vim te aplicar uma injeção e te aplicar de qualquer jeito. Eu acho que isso é uma violência, entendeu, dentro da saúde. (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011, p. 06)

Me deitei e lá vinha ela de novo com aquela luva de toque. Nesse momento ela falou 'Você tá sentindo dor assim porque perde tempo gritando, para de gritar... Uma vez fiz um parto de uma menina de 15 anos, que não deu um grito sequer e que conversava com o filho pedindo que ele não a machucasse... Foi o parto mais lindo que já vi e não me deu trabalho nenhum...'. Pronto, vários pesos na consciência (por não conversar com

minha filha, por gritar e por ter minha filha 'me machucando'). Lorena Andrade, atendida através de plano de saúde em Juiz de Fora - MG (SENADO FEDERAL, 2012, p. 136)

Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: 'Tchau! Até o ano que vem!'. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: 'Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.' Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa." Gabriela, atendida através da rede pública na Maternidade Pró-Matre em Vitória - ES (SENADO FEDERAL, 2012, p. 136)

Relatos de ameaça e coação:

Existem ainda relatos de pacientes que sofreram ameaça e coação por parte de equipe médica como "Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação." Outro ponto é quando os próprios profissionais relatam ter cometido tais ameaças, como "Eu digo pras grávidas: 'se não ficar quieta, eu vou te furar todinha'. Eu aguento esse monte de mulher fresca?" (SENADO FEDERAL, 2012) E ainda:

Era noite de lua cheia e as enfermeiras diziam que eu tinha sorte por pegar a sala de parto limpa pois em noites de lua cheia elas mal tinham tempo de limpá-la. Na sala de parto o médico mandava eu ficar quieta, disse que uma menina de 13 anos não fazia o escândalo que eu estava fazendo. E disse que eu estava fazendo tudo errado. Luana de Freitas Eulálio, atendida no Hospital Evangélico de Curitiba (SENADO FEDERAL, 2012, p. 134)

Relato de Preconceito e discriminação:

Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!" fala atribuída ao anestesiologista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória - ES (SENADO FEDERAL, 2012, p. 135)

Relatos de Assédio, Sadismo

Ocorrem ainda, assédio e sadismo, como “Vou dar logo no cu!” Fala de um médico plantonista em resposta a um pedido realizado no meio da noite para prescrição de medicação para dor na cicatriz da episiotomia. Prescreveu um anti-inflamatório via retal. (SENADO FEDERAL, 2012)

Ao chegar na maternidade, fui recebida por um médico que se mostrou insatisfeito em me atender naquele horário, pois cheguei ao hospital no meio da noite. Ele perguntou se a minha febre e minha dor só aconteciam à noite e porque eu não fui ao hospital pela manhã. Conteí para ele o que estava sentindo e que uma enfermeira tinha me atendido em casa e me orientado a procurar o hospital ainda naquele dia. Ele disse: ‘Há! A enfermeira já te diagnosticou? Pode ir no banheiro e tirar a roupa.’. Eu fiz isso e ele me mandou deitar. Ele tocou meu peito de uma forma que eu senti uma dor absurda e então ele disse que precisaria fazer um exame de toque. Eu retruquei, disse que não queria que ele fizesse que ainda tinha um ponto do parto. Ele riu e disse que iria fazer o toque porque ele não podia dizer se era mastite assim. Ele fez o toque e eu me senti violentada por aquele médico, que parecia estar descontando no meu corpo e na minha dor a minha interrupção no seu plantão tão tranquilo no meio da noite. C.M., atendida na rede pública em Belo Horizonte - MG (SENADO FEDERAL, 2012, p. 137)

Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: ‘Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!’. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor. P. atendida na ala do serviço público da Maternidade Pró-Matre de Vitória - ES (SENADO FEDERAL, 2012, p. 137)

Relatos de culpabilização, chantagem

Os profissionais se aproveitam do momento frágil e vulnerável que mulheres se encontram para gerar lhes sentimentos de culpabilização e ainda as chantagearem, “Viu o que você fez com o seu filho?” fala recorrente de médicos na sala de parto diante de morte de bebê durante o parto. (SENADO FEDERAL, 2012)

O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: ‘Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar

a esse ponto?'. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: 'Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.'. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: 'Quer ver o corpo?'. Eu não quis. K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora - MG (SENADO FEDERAL, 2012, p. 138)

Tais relatos só demonstram o quanto o ambiente hospitalar se tornou, extremamente, hierárquico, colocando médicos em uma posição de poder absoluto e inquestionável e parturientes completamente vulneráveis a condutas humilhantes. Dificultando diálogo entre ambos os lados e caracterizando mais uma vez a VO.

O que mulheres reivindicam quando reclamam da violência institucional que sofrem é ter um tratamento mais humano, igualitário, onde o diálogo entre médico e paciente exista, pois, estão cansadas de serem mal tratadas, desrespeitadas e amedrontadas. Parece que profissionais da saúde perdem sua ética em determinados momentos, se esquecem que cuidam e tratam de seres humanos, que merecem ter seu corpo respeitado, sem discriminação.

1.4.8 Restrição ao acompanhante (LEI nº 11.108/2005)

A lei nº 11.108/2005 foi designada a garantir que a gestante tivesse acompanhante durante todo o período de internação em ambiente hospitalar, pelo período de trabalho de parto, parto e pós parto, este acompanhante deve ser da escolha da paciente.

A lei entrou em vigor na data de sua publicação, portanto, são 15 anos que a lei está em vigência, hospitais já tiveram tempo suficiente para se adaptar, mas mesmo assim, todos os dias no país são negados a pacientes que tenham seus acompanhantes consigo durante o período que ficam em ambiente hospitalar.

Ter o acompanhante de sua preferência traz inúmeros benefícios à paciente como diminuição de tempo de trabalho de parto, sentimentos positivos (confiança,

tranquilidade, capacidade, controle da situação), melhor comunicação, menor necessidade de analgesia, menores taxas de dor, exaustão e pânico, bem como maior satisfação da mulher. Em casos de partos cesarianos, diminui o sentimento de ansiedade, diminuição de solidão, sentimento de preocupação com o estado do bebê, prazer entre outros. Se é tão benéfico, existe lei que garanta, qual o motivo para ainda continuarem a negar tal direito?

A rede parto do princípio criou, em 2012, um dossiê acerca da violência obstétrica sofrida por mulheres, nele continuam relatos sobre os possíveis motivos do impedimento do acompanhante, como “o anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”. “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”, “O hospital tem suas próprias regras”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto”. (SENADO FEDERAL, 2012)

São diversos argumentos utilizados para o não respeito ao direito, quando a lei foi redigida deveria ter sido proposto um tempo para adaptação dos hospitais, bem como sanções para hospitais que restringissem o acompanhante da gestante, parturiente ou puérpera, a falta dessas propostas faz com que a lei não tenha eficácia, não sendo respeitada e tornando mais uma ferramenta de violência obstétrica contra mulheres.

Acompanhados destes argumentos, mulheres relatam diferentes tipos de restrição para acompanhante como restrição da escolha da mulher “só pode entrar se for mulher ou se for o pai”, restrição no tempo de permanência do acompanhante “só pode entrar no pré-parto ou somente no momento do parto, ou, ainda apenas no pós parto”, restrição pelo vínculo com a instituição “só vale para o SUS ou só pode na ala privada”, restrição pelo tipo de parto “só pode em parto normal ou só pode em parto cesariano” entre muitos outros.

Outro ponto a ser abordado sobre a restrição dessa lei, é quando planos de saúde ou Hospitais se utilizam dessa lei para garantir cobrança de taxas maiores ou abusivas, como é o caso de planos de saúde que só cobram o acompanhante se o cliente adquirir plano de maior valor ou quando hospitais cobram pelo quite de paramentação.

1.4.9 Comentários vexatórios

Esses comentários têm o intuito de desmoralizar, constranger, ofender e humilhar as pacientes, geralmente, uma violência verbal velada, em tons de piadas são desferidas diversas ofensas contra mulheres, mas nem sempre ocorre dessa forma, muitas vezes é notório a falta de ética profissional e o modo como os profissionais tratam pacientes com desdém e grosserias.

Em 2016, uma estudante de medicina da Universidade de Brasília (UnB), noticiou que estariam sendo praticados atos característicos de VO nos atendimentos a parturientes Hospital Regional de Samambaia (HRSam), o que acabou levando o MPF a agir, sobre os autos do Procedimento Preparatório nº 1.16.000.001544/2016-49, fazendo recomendações acerca do caso e expondo certas condutas profissionais desaprováveis, sendo elas:

piadas vexatórias feitas por médicos como “nem parece que é o terceiro”, “sabe fazer força não mulher”, “terceiro filho já e tá nessa frescura”, “isso que dá querer ter filho, ano que vem tá aqui de novo”, há relato de que o médico teria se negado a costurar a episiotomia realizada com o seguinte comentário “pra que ponto? Já já ela faz outro, é bom que já tem espaço pro próximo”, relato de que havia “várias mulheres gritando de dor e as enfermeiras batendo papo falando de capítulo da novela.... das horas extras atrasadas... e sem contar os médicos que fazem o toque numa brutalidade sem fim!”, relato de que “me negaram até papel toalha que eu pedi pra tirar o coco da maca e mandaram eu limpar comigo mesma, só se preocupavam com o whatsapp”, relato de uso de “palavras de baixo calão, maus tratos e humilhação da equipe médica contra a gestante”, [...] profissionais que chamam as parturientes de “dramáticas”, relatos de gritos e ofensas, especialmente às mães mais jovens, [...] e também várias menções a um médico específico, “alto, careca, que usa óculos de grau”, cujo nome seria “Franchesco” e que supostamente teria tratado diversas pacientes de forma muito ríspida e antiética, com agressões verbais e recusa de atendimento; (FEDERAL, MINISTÉRIO PÚBLICO-DF, 2016, p. 07)

A violência verbal que ocorre dentro de maternidades, atacam principalmente o psicológico de mulheres, faz-se necessário que o Estado venha intervir de maneira significativa, assim como o MPF de vários estados vêm intervindo sempre que ocorrem denúncias sobre as violências que veem acontecendo rotineiramente em maternidades brasileiras.

1.5 CIRURGIAS CESARIANAS

A cirurgia cesariana é considerada violência obstétrica quando é utilizada sem prescrição médica, ou seja, quando é feita sem que existam reais motivos, baseados em evidências científicas, que comprovem sua necessária realização, ou, ainda quando é feita sem consentimento da mulher.

A taxa de cesáreas no Brasil é tão alta que o Ministério da Saúde, em 2016, precisou criar ações a fim de combater seu rotineiro uso, o secretário de atenção à saúde, Alberto Beltrame relatou que

Atualmente o Brasil vive uma epidemia de cesáreas - que se tornaram, ao longo dos últimos anos, a principal via de nascimento do país, chegando a 55% dos partos realizados no Brasil e em alarmantes 84,6% nos serviços privados de saúde. No sistema público, a taxa é de 40%, consideravelmente menor, mas ainda elevada, o que nos preocupa". [...] Esses dados são alarmantes, pois, a OMS diz que taxas populacionais de cirurgias cesarianas superiores a 10%, tendem a não diminuir o índice de mortalidade materna. (MINISTÉRIO, DA SAÚDE, 2016, p.01)

Estudos demonstraram que os benefícios conferidos ao feto pela cesariana são pequenos. Além do procedimento se associar a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, encontra-se associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal. A morbidade materna relacionada à cesariana é representada por aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte e de histerectomia por cesarianas repetidas. Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, que podem ser reduzidas se a cesariana eletiva for realizada acima da 39ª semana de gravidez (B). (SOUZA, 2010, p. 506)

Apesar das indicações e recomendações tanto da OMS, quanto do Ministério de Saúde, as taxas de cesarianas continuam altas, isso se dá, principalmente, em

maternidades privadas. Ocorrem por meio de cesáreas eletivas, por conveniência, dissuasão e coação.

Cesáreas eletivas: feita sem necessidade clínica. Geralmente é agendada, feita antes do início do trabalho de parto ou durante processo de parto, porém, sem que se constate urgência ou emergência para fazê-la.

Cesáreas por conveniência do médico: esta geralmente é feita por vários motivos como para não sobrecarregar o plantonista sucessor, o médico de plantão realiza cesarianas nas parturientes que ainda não deram a luz, para que o próximo plantonista cuide somente das gestantes que chegarem em seu plantão, ocorre também por agendamento nos dias úteis, ou, ainda podem ser realizadas através de mutirões para a realização da cirurgia realizados às vésperas de feriados prolongados ou festas de fim de ano.

Cesárea por dissuasão da mulher: neste caso, é comum, médicos dissuadirem mulheres com falas de que a partir de 37 semanas o bebê é considerável viável, portanto, as cesáreas podem ser agendadas neste momento “sem risco ao bebê” trazendo maior comodidade ao médico que não terá a “surpresa” de ter que realizar o parto da paciente na madrugada ou em fins de semana.

Cesárea por coação da mulher: ocorre através de falas que amedrontam a paciente como “não poderei te atender em uma emergência e você terá seu filho com o médico plantonista do hospital no dia” ou “pode não ter vaga no hospital no dia”. Assim médicos se aproveitam do afeiçoamento que suas pacientes adquirem por eles e as amedrontam com a possibilidade de outro obstetra lhes atenderem e corram o risco de sofrerem algum tipo de violência obstétrica (mesmo está sendo uma forma não enxergada de VO).

1.6 TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

De acordo com a OPAS Brasil (2018) “todo os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo” são diversos os problemas que ocorrem no ambiente hospitalar que propiciam tal circunstância como hemorragias no pós parto, cesáreas feitas sem respaldo clínico, pré-eclâmpsia e eclampsia, infecções e complicações no parto.

Alguns desses problemas podem ser evitados no início da gestação, quando o acompanhamento no pré-natal é feito de forma correta, no caso das infecções após o parto, estas podem ser eliminadas através de boa higiene e tratados os primeiros sinais precocemente.

Quanto as hemorragias, são elas uma das maiores causas de morte materna nas Américas. Visando diminuir o alto índice de morte por esta causa a OPAS em conjunto com a OMS, em 2015, implantou no Brasil um sistema denominado “zero morte materna por hemorragia” que disponibilizou dois guias para gestores e profissionais de saúde, com orientações sobre como reduzir o elevado número de mortes maternas por hemorragia no país. (OMS, 2015, apud OPAS, Brasil, 2018)

Baseada, nos dados atualmente disponíveis e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico. (OMS, 2015, p. 1)

Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

CAPÍTULO II

2. DIREITO À PROTEÇÃO DA MULHER

2.1 OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS

A violência, que ocorre dentro de áreas hospitalares destinadas ao atendimento de mulheres gestantes, parturientes ou puérperas apresenta-se em desacordo com a Constituição Federal de 1988, pois, nela é garantido a todos diversos direitos que asseguram a integridade física e psíquica das pessoas. Implica dizer que infringe diretamente os direitos fundamentais presentes na carta Magna.

Um dos princípios basilares do ordenamento jurídico brasileiro é o da dignidade da pessoa humana, prevista no artigo 1º, III, da CF, esta norma garante aos cidadãos o tratamento digno e respeitável em toda e qualquer situação, porém, ele tem sido violado, por diversas vezes, no momento mais vulnerável da vida de muitas mulheres. Nesse sentido Sarlet:

[...] temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2006, p. 60).

A dignidade da pessoa humana, é o que garante que o cidadão seja visto pelo Estado como pessoa com direitos e deveres a serem resguardos e não como mero objeto. Portanto, é o fundamento pelo qual se legitima e protege as pessoas em todas as relações das quais elas estão inseridas, visando garantir que as condutas, até mesmo as que envolva a ciência, respeitem o ser humano e suas vontades, como é o caso da relação médico-paciente.

Para Barroso (2010), a dignidade da pessoa humana abrange três conteúdos essenciais, sendo eles, o valor intrínseco, a autonomia e o valor social da pessoa humana. O valor intrínseco é aquele que garante ao ser humano posição especial no mundo, que o diferencia de outros seres vivos e coisas. Já no plano jurídico, impõe a pessoa humana a inviolabilidade de sua dignidade, dando origem a vários direitos fundamentais como o direito à vida, a igualdade (todas as pessoas merecem respeito independente de raça, cor, sexo...) e direito à integridade física, moral ou psíquica. A CF garante pleno direito a dignidade dos cidadãos, mas na prática têm sido, fortemente, violados todos os direitos das mulheres quando observados sob a ótica da violência obstétrica.

Outro conteúdo, inerente ao princípio apresentado por Barroso (2010), é o da autonomia, que envolve a capacidade do indivíduo de escolher o que acredita ser melhor para a própria vida, desenvolvendo sua personalidade, decidindo por si só sobre seus valores morais sem que haja interferências externas indevidas. O indivíduo possui o poder de decidir sobre qual religião seguir, sua vida afetiva e suas ideologias, portanto trata-se de um ser que possui autonomia, dotado de vontade, livre e responsável por suas próprias escolhas.

E o último conteúdo, apresentado por ele (BARROSO, 2010), é o da dignidade como valor comunitário que abarca o elemento social, ou seja, a relação da pessoa com o grupo em que vive, onde os valores são compartilhados pela comunidade de acordo com os padrões civilizatórios. O que não se trata mais das escolhas individuais de cada indivíduo, mas das responsabilidades e deveres a eles associados.

Não existem justificativas para violação de tal princípio já que o mesmo se baseia na autonomia da vontade, na decisão do indivíduo sobre o que deseja pra si, portanto, se a vontade da mulher, sobre a não realização de determinados procedimentos, não interfere na sua saúde própria ou não da criança gerada em seu ventre e não existem comprovações científicas para a realização, fica evidente que o

profissional que os executa não a entende como um ser com vontades, que possui poder de decisão sobre o seu próprio corpo.

Um exemplo, é que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, publicou o “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal”, informando que diversos procedimentos não deveriam ser realizados, e se feitos, deveriam ser analisados, minuciosamente, caso a caso, porém, tais procedimentos seguem sendo feitos de forma corriqueira, sem a devida análise e sendo permitido por essa consciência comunitária de que não há violação dos direitos fundamentais presentes na constituição.

No Brasil, a carta magna dispõe em seu artigo 5º, os direitos e deveres individuais e coletivos, que servem para assegurar o direito dos cidadãos de ter uma vida digna, livre e igualitária.

Trata-se de direitos fundamentais, mas que seguem sendo violados. Quando a CF afirma, em seu art. 5º, II “que ninguém poderá ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei” (BRASIL, 1988), fica garantido que nenhuma mulher deve ser submetida a qualquer procedimento médico, se, este, não tiver comprovação científica para a necessidade de fazê-lo, significa dizer que quando uma mulher não deseja que seja feita uma episiotomia, cesárea ou aplicação de ocitocina, o profissional não deve realiza-los, porém o que ocorre é que muitos recorrerem à abusos psicológicos ou omissões de informações para que estes procedimentos continuem a ser realizados por comodismo e de forma rotineira, violando o direito da mulher de decidir sobre o seu próprio corpo e as obrigando a deixar que sejam feitos por medo de retaliação médica.

Neste sentido, o inciso III, do art. 5º prevê que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL,1988), contudo, são diversos os relatos de mulheres que sofreram com este tipo de tratamento, por exemplo, é comprovado que a ocitocina deve ser usada com muita cautela, ou seja, não é recomendável que seja aplicado em todas as parturientes, pois, além de ocasionar dores ainda mais intensas que as “normais” do parto, elas são descoordenadas e insuportáveis, portanto, se aplicado sem necessidade comprovada fica evidente que se assemelha a tortura, pois, não se fazia necessária a aplicação deste hormônio que causa tanta dor e sofrimento.

A hora do parto, em tese, trata-se de um momento sublime, dar à luz a um bebê, deveria a gestante ser cercada de amparo não apenas técnico, mas um

tratamento também humanizado. Contudo, alguns profissionais agem de forma indiferente, ríspida e por vezes agressivas contra a honra, a moral, a incolumidade e integridade na hora do atendimento, tanto no pré-parto, durante e no pós-parto.

Sobre o tratamento desumano e degradante, é possível exemplificar através do exame de toque, quando feito por diversas vezes e de forma assediadora, bem como as humilhações, piadas, grosserias e falas julgadoras. Quando ocorre este tipo de tratamento desrespeitoso gera na paciente sentimentos de incapacitação, medo, solidão, é como se ela fosse invisível como ser humano, sem direitos ou vontades.

Não se trata simplesmente do direito à saúde ou do direito à vida, entendida como vida digna. A Constituição, generosa e repleta de empatia, se dedica especificamente às gestantes, ou seja, abre um campo normativo próprio ao enfrentamento da violência obstétrica. Há um conjunto eloquente de dispositivos realçando a vulnerabilidade da gestante e conferindo-lhe especial proteção. Além disso, tanto a dignidade da pessoa humana quanto a vedação à tortura ou a tratamento desumano ou degradante encontram perfeito emprego em situações como a vivida por mulheres como Paula. (LEAL, 2017, p.01)

A Constituição é extremamente sensível e empática com as relações entre humanos, criou dispositivos que garantem a igualdade entre gêneros, sem distinção por cor, raça ou crença, trouxe grande avanço para o âmbito das relações, traz apoio as mulheres e gestantes em muitos de seus dispositivos, como é o caso da licença a maternidade (art. 7º, XVIII), o direito social da proteção à maternidade (art. 6º), o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação (art. 5º, L) e o direito à saúde (art. 196), se algo basilar como a carta magna garante estes direitos, por qual motivo mulheres ainda sofrem torturas físicas e psíquicas no ambiente hospitalar?

A Constituição dá à elas pleno direito quando define que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (art.5º, X, CF), portanto, os responsáveis por violarem sua intimidade, sua vida privada e sua honra deverão ser responsabilizados por tal violação, pois, trata-se de um direito fundamental que responsabiliza os autores por suas más condutas, e, somente assim os direitos destas passarão a serem respeitados.

2.2 LEIS VIGENTES NO PAÍS E LEIS INTERNACIONAIS

Do mesmo modo que a Constituição trouxe proteção a maternidade, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também trouxe dispositivos para auxiliar o tratamento e cuidados com as mulheres gestantes e em período puerperal.

De acordo com o art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente, (Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990): É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

§ 10º Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. (ECA, 2016, p.01)

O estatuto, assegura a mulher uma proteção maior para esse momento de vulnerabilidade, trazendo um modelo a ser seguido para que não ocorra violações de

seus direitos, nele se oferece atenção humanizada, apoio psicológico, ambiente acolhedor, acompanhante de sua preferência, proteção da mulher presidiária e ainda faz menção exata sobre a aplicação de intervenções cirúrgicas por motivos médicos, ou seja, necessita da comprovada necessidade de fazê-las. A “lei do acompanhante” de nº11.108/2005, existe há 16 anos e muitos hospitais continuam a proibir o acompanhante, com a justificativa do ambiente não estar preparado para recebê-lo, fica evidente a falta de vontade de se criar um ambiente acolhedor para as mulheres, visto há quantos anos a lei existe e ainda segue sendo desrespeitada.

Apesar da falta de lei específica acerca da violência obstétrica existem diversos dispositivos, a começar pela CF, que garantem a mulher todos os direitos para que tenha uma gestação, parto e puerpério de forma digna, honrosa e acolhedora, a respeitando como indivíduo pensante, ocorre que devido ao fato de as vítimas não possuírem conhecimento e não existirem punições severas para estes agressores, dia à pós dia, mulheres e mais mulheres seguem sendo deslegitimadas e violadas.

Embora, ainda não exista lei federal acerca do tema, alguns estados do país já possuem leis estaduais sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, como é o caso do estado de Santa Catarina (Lei nº17.097/2017), Distrito Federal (Lei nº 6.144/2018) e o Estado de Minas Gerais (Lei nº 23.175/18).

As leis estaduais destes três estados são muito semelhantes umas das outras, portanto, o estudo será baseado na lei do estado de Santa Catarina que é o pioneiro no assunto. A referida lei, em seu art. 2º, conceitua violência obstétrica como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por 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).

Em seguida, o artigo 3º cita um rol taxativo de situações que podem ser classificadas ofensas verbais ou físicas a serem identificadas como violência obstétrica.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

- I - Tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;
- II - Fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;
- III - fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;
- IV - Não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;
- V - Tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;
- VI - Fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;
- VII - recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;
- VIII - promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;
- IX - Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;
- X - Impedir a mulher de se comunicar com o "mundo exterior", tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI - submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;
- XII - deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII - proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;
- XIV - manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV - Fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
- XVI - após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;
- XVII - submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;
- XVIII - submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;
- XIX - retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX - Não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI - tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.
(SANTA CATARINA, 2017, p.01)

É possível constatar que são muitas condutas violentas, tanto ao físico como psíquico das mulheres que sofrem com esse problema, a lei exemplifica 21 ações consideradas violências obstétricas.

O parto é um momento muito confuso, pois, envolvem muitas sensações, sentimentos e dores, condutas como zombaria, graça e o ato de impedir que as pacientes se expressem através de seus corpos faz com que elas não se sintam acolhidas, nem mesmo a vontade para viver aquele momento como um todo, é natural que aconteçam gritos e lágrimas em um período de extrema dor, o corpo está expulsando um outro corpo de dentro de si, sem anestesia é evidente que esses comportamentos irão acontecer, limita-los é crueldade.

Outro problema enfrentado, além dos vários, é a falta de comunicação entre médico e paciente acerca das dúvidas das mulheres em relação ao parto e os procedimentos realizados nesse período, a equipe médica não se propõe a esclarecer as dúvidas das parturientes com a justificativa de ter muitas outras pacientes para atender, é conhecido por todos que nascem crianças a todo momento, mas isso não é fundamento para que o tratamento de parturientes seja precário, essas dúvidas devem ser sanadas de forma clara, sem termos muito acadêmicos para que haja transparência entre o que acontecerá com essa mulher na sala de parto.

A legislação de Santa Catarina, é bastante inovadora e promissora, pois, traz o conceito, as condutas consideradas violência obstétrica, a necessidade de dar publicidade as violências presentes no art. 3º, por meio de uma cartilha que deve ser elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde (art.4º), por meio de cartazes informativos a serem fixados em toda a rede de saúde especializada no atendimento da saúde da mulher (art. 5º), trazendo também a necessidade de que haja fiscalização que deverá ser realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições (art.6º), e ainda a previsão de dotação orçamentária própria (art.7º).

Apesar de três Estados já possuírem lei específica sobre o tema, é de extrema urgência que o legislativo federal estabeleça normas mais abrangentes estipulando também as sanções para quem comete estas condutas, fazendo com que os casos dessas violações sejam julgados através do mesmo parâmetro no país todo.

Em 1994, ocorreu a convenção de Belém do Pará (Decreto nº 1.973/1996), com a finalidade de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, sendo assim, caracteriza-se a Violência obstétrica como violência de gênero, no decreto fica estabelecido que a violência contra a mulher dar-se-á “por qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause, morte, dano ou sofrimento, físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (art.1), bem como que as mulheres têm direito de serem livres de violência (art.3).

O art. 4 da Convenção do Pará, especifica os direitos das mulheres, no qual define que respeite sua vida, respeite a sua integridade física, mental e moral, que não sejam submetidas a tortura e que respeite a dignidade inerente à mulher e sua família. O art. 7 cobra dos Estados partes que criem mecanismos para que se faça valer todas as proteções presentes no decreto para com a mulher, até mesmo que se estabeleça procedimentos legais justos e eficazes que incluam, entre outros, medidas de proteção, julgamento justo e acesso efetivo a tais procedimentos.

Os casos de violência seguem aumentando, infelizmente falta ação do Estado para coibir tamanhos absurdos, faz-se necessário um olhar mais humano sobre as mulheres de seu povo, com mais atenção, com a finalidade de punir os violadores de seus direitos, as agressões que ocorre nos hospitais acarreta grandes traumas para a vida das mulheres, tão impactantes, como o de Paula:

Paula de Oliveira Pereira, 28 anos, dona de casa, mãe de quatro crianças entre 11 anos e 11 meses nascidas em hospitais públicos da grande São Paulo. Ela foi, há poucas semanas, apresentada ao país pela imprensa em razão de uma drama pessoal que experimentou.

Em 2015, Paula teve o terceiro filho. Ficou 14 horas em trabalho de parto, sem acompanhante, embora a lei lhe assegure esse direito. Pediu anestesia, em vão. Sozinha e fora de si, caiu da maca. O corpo esmagou sua barriga no chão. Depois de ser recolhida pela equipe médica, ainda se debatendo, ouviu que não estava contribuindo para o parto "andar logo". Foi quando a enfermeira resolveu agir. Saltando sobre Paula, passou a empurrar o bebê pressionando a parte superior do útero. Estava deitada sobre a gestante. É a manobra de Kristeller, desaconselhada pelo Ministério da Saúde. Paula perdeu o ar. A barriga se transformou num hematoma. Ela passou semanas

sem levantar da cama, mas o menino nasceu. Foi um parto "desumanizado". Algo cotidiano.

Para dar a luz nas condições acima só mesmo tendo nervos de aço. Acontece que somos seres humanos, trazemos conosco emoções, não aço.

Ano passado, Paula percebeu que era hora de encarar mais um parto. Tendo experiência de sobra no assunto, entrou em pânico. Desesperada, comprou uma arma e preparou um plano. Chegaria ao hospital e exigiria uma cesárea. Se não fosse atendida, se mataria ali mesmo.

Mandou uma mensagem para a mãe avisando. A senhora comunicou à polícia e correu para o hospital em socorro de Paula. Persuadidos, os médicos fizeram a cesárea. Em seguida, os policiais a separaram do seu bebê e a levaram presa, num camburão, tão logo teve alta, três dias depois do parto. Porte ilegal de arma foi a acusação.

Paula foi encaminhada para a delegacia de Itapeceira e depois para o Centro de Detenção Provisória (CDP) Feminino de Franco da Rocha. Ainda carregava na barriga os pontos da cesárea. Passou 21 dias presa. Segundo o art. 5º, L, da Constituição, às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. Paula nem viu o filho, nem o amamentou. A promotora de Justiça de Itapeceira da Serra pediu sua absolvição. A juíza concordou. (LEAL, 2017, p.01).

O que aconteceu com Paula fere gravemente todos os direitos fornecidos a ela perante a Constituição, então, por saber que seus direitos seriam violados mais uma vez, Paula acreditou que estar armada seria o único jeito de se fazer ser respeitada e tratada como pessoa humana. Agressões como as dela seguem ocorrendo, sem punições, se o Estado prevê tantas normas a fim de proteger as mulheres, por qual motivo elas se veem abandonadas precisando se apegar a outros meios como a força para serem respeitadas?

O ocorrido, só demonstra a urgência em que o Estado deve agir criando leis, a fim de punir os autores destas violações, e ainda trazer mais informações as mulheres, para que elas reconheçam seus direitos e os reivindiquem.

Outros países, já possuem em seus ordenamentos jurídicos legislações sobre violência obstétrica, como é o caso da Argentina, através da Lei nº 25.929/2004, lei do parto humanizado, pontuando detalhadamente quais são os direitos que as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas possuem (art.2º), os direitos do recém-nascido (art.3º) e dos direitos do pai e da mãe do recém-nascido em situação de risco (art. 4º).

A Argentina é um estado muito preocupado com as mulheres de seu povo, possuindo várias normas com a finalidade de inibir qualquer tipo de violência contra a

mulher, em 2006 foi aprovada a lei sobre o direito das mulheres a uma vida livre de Violência, tipificando 19 formas de violência contra a mulher, incluindo-se entre elas a violência obstétrica, bem como a escravidão sexual, a esterilização forçada, a violência patrimonial e econômica, entre outras, posteriormente sancionou a lei nº 26.485/2009, tipificando seis tipos de violência contra a mulher, sendo, violência doméstica, institucional, laboral, contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática.

A Venezuela, possui em seu ordenamento jurídico a lei, “Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência” (VENEZUELA, 2007, apud NOBREGA, 2018, p. 40), de nº 38.668/2007, que aborda a violência obstétrica como violência contra a mulher, porém, ela não se limita apenas a pontuar as condutas e a definição sobre o tema, pois, tipifica essas condutas como crime, sendo, portanto, mais abrangente que a lei argentina.

A lei venezuelana, define violência obstétrica em seu artigo 15 como:

(...) a apropriação do corpo e processo reprodutivo das mulheres pelo profissional de saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, apud NOBREGA, 2018, p. 41).

O artigo 51 da lei venezuelana, pontua as condutas que configuram a VO, bem como as sanções destinadas aos profissionais que a cometem, sendo:

Consideram-se atos constitutivos de violência obstétrica os efetuados por profissional da saúde, consistentes em: 1 - Não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas. 2 - Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo meios necessários para a realização do parto vertical. 3 - Impedir a permanência do recém-nascido com a mãe, sem causa médica justificada, negando-a a possibilidade de carregá-lo e amamentá-lo imediatamente ao nascer. 4 - Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. 5 -

Praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. Em tais casos, o tribunal deve impor ao responsável ou a responsável uma multa de duzentas e cinquenta (250 U.T.) a quinhentas unidades tributárias (500 U.T.), devendo remeter cópia autenticada da sentença condenatória ao respectivo colégio ou instituição profissional, para efeitos de procedimento disciplinar correspondente (VENEZUELA, 2007, apud NOBREGA, 2018, p. 41, 42).

A lei venezuelana é muito promissora e abrangente, por isto, representa um exemplo de boas práticas a serem seguidas, no enfrentamento jurídico contra a violência obstétrica.

No Código Penal Brasileiro, não existem artigos que mencionem ou tipifiquem, especificamente, sanções para a Violência obstétrica, porém é possível se utilizar de alguns dispositivos presentes no Código afim punir os responsáveis, sendo eles:

O crime de injúria (art. 140, CP), em casos em que a equipe médica, que estejam atendendo mulheres em trabalho de parto, ofenda a dignidade ou decoro destas mulheres, as obrigando a ouvirem frases como “na hora de fazer não gritou”, “não reclama que daqui há um ano, você estará aqui de novo”, bem como diversos xingamentos e humilhações.

O crime de maus tratos (art. 136, CP), se configura quando ocorre exames de toque excessivamente dolorosos, privação de medicação pra dor, privação de manter a higiene, de agasalho, entre outras condutas, ou seja, quando a equipe que está atendendo a mulher lhe priva de cuidados básicos considerados indispensáveis a um tratamento humanizado.

O crime de ameaça (art. 147, CP), ocorre por meio de condutas expressadas através de frases como “se gritar de novo eu não vou mais te atender”, “eu vou te dar motivo para gritar daqui a pouco” ou ainda causar coação da mulher para optar a cesárea “se você não quiser, pode ir lá ter seu filho no plantão do SUS pra você ver o que é bom”, “melhor agendar logo para não correr risco de não ter vaga em hospital”.

O crime de Constrangimento Ilegal (art. 146, CP), verifica-se por meio de ações que expõem a intimidade das vítimas através da exposição dos corpos das mulheres ao fazerem exame de toque de portas abertas, quando hospitais escola dão aulas práticas durante o parto sem o consentimento das parturientes, a realização de

procedimentos sem consentimento e informações necessárias a paciente, ainda que necessários, ou ainda, quando a equipe médica proíbe o direito da mulher de ter acompanhante de sua escolha como define a lei 11.108/2005.

O crime de Lesão Corporal (art. 129, CP), configura-se, por exemplo, quando são feitas episiotomias sem necessidade, trata-se de um corte feito na vagina por tesoura ou bisturi, às vezes, sem anestesia, muitas vezes feito sem o consentimento da mulher, outro exemplo é a Manobra de Kristeller (se debruçar sobre a barriga da gestante), recurso que já foi abolido devido as graves consequências que ocorrem, como trauma do útero, deslocamento da placenta e outros, mas que continuam a ocorrer em diversos hospitais.

A vítima, de VO, pode ainda, requerer danos morais, por meio do Código Civil Brasileiro, através do “Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.” (CC, 2002).

Apesar, dos inúmeros dispositivos presentes nas leis brasileiras que podem ser usados para punir a violência obstétrica, a falta de lei que a defina, juntamente com a falta de informação sobre a VO, causa certa sensação, aos leigos, de que não estão amparados pelo Estado pelos crimes cometidos com eles.

CAPÍTULO III

3. FORMAS DE PREVENÇÃO E DENÚNCIA

3.1 FORMAS DE PREVENÇÃO

Humanização, é atribuir caráter humano à pessoa, o conceito parece ser obvio, se é pessoa é humano, porém, o que ocorre é que a sociedade não enxerga os seus como iguais os preconceitos de raça, gênero, cor, sexualidade interferem em como as pessoas são vistas e tratadas umas pelas outras, fazendo com que se crie

uma cultura de quem merece ser tratado com respeito e quem não, interferindo, exatamente, em quem pode ser tratado com humanidade, acontece que igualdade é princípio básico do ordenamento jurídico brasileiro, todos são humanos e merecem ser tratados com igualdade e respeito mesmo que as opiniões sejam divergentes, que a cor ou gênero não se assemelhem.

Humanizar, é, portanto, dar humanidade as pessoas, independente de diferenças entre elas, é tratá-las com respeito e cuidado. O sistema de saúde deve sempre tratar os pacientes de maneira humanizada, ou seja, lhes oferecendo um ambiente acolhedor, baseado em uma assistência em evidência e respeito.

A humanização possui diversos sentidos, podendo ser através da humanização como a legitimidade científica da medicina, ou seja, pela assistência baseada na evidência, como política de reivindicação dos direitos das mulheres, nela se demanda cuidados que promovam partos seguros, com assistência não violenta, pela legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde e como direito ao alívio da dor (analgesia no parto).

O parto humanizado, é baseado em acolhimento, respeito à gestante, as suas peculiaridades, medos e dificuldades. Nele, a equipe médica coloca a gestante em posição de igualdade, ou seja, ela faz parte do processo não só como o meio para um fim, mas trazendo a ela o poder de ser parte nas decisões, se fazendo ser ouvida sobre suas vontades e sanando suas dúvidas. Vejamos:

Assim, ao conceituar a humanização do parto, pode-se entendê-la como um movimento pautado na individualidade e singularidade feminina, valorizando o protagonismo da mulher e permitindo uma maior congruência do cuidado com o sistema cultural de crenças e valores. Tal situação pode ser observada nas falas, a seguir: A humanização do parto é um conjunto de condutas, atitudes, posturas, desde o acolhimento da paciente, na conversa, quando ela chega no hospital, a forma como tu aborda ela (E2). É realizar um acolhimento integral, desde a porta de entrada do hospital, por parte da equipe médica e de enfermagem, para a paciente e familiares que estão acompanhando. A orientação da conduta, do que se vai fazer com ela, a internação, todo o trabalho de parto, tudo com orientação prévia, com explicação (E3). (POSSATI e col., 2017, p. 03)

Algumas das condutas mais apontadas sobre a violência obstétrica é a forma ríspida com que as mulheres são tratadas e a não orientação prévia sobre o que vai ocorrer durante o parto, todavia, as pacientes só exigem um tratamento baseado no

respeito e cuidado com atenção, são práticas simples que exigem dos profissionais que as atendem um olhar mais empático.

O processo do parto natural pode ser descrito como:

No momento do parto, a maior necessidade das mulheres é de apoio emocional. O parto é um processo fisiológico que tem início e evolução por conta própria: o colo do útero começa a abrir, o útero começa a se contrair, o bebê começa a descer, e tudo vai ficando mais intenso, até que chega o momento do nascimento em si. Todo esse processo pode acontecer de uma maneira confortável, segura e sem intervenções. As contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do bebê, a saída dos líquidos pulmonares e sua melhor adaptação ao mundo. (SILVA e col., 2014, p. 725)

Posto isso, fica evidente que, nos casos de partos naturais, o processo ocorre pelo próprio corpo, sem muita necessidade de interferências, sendo assim, a conduta que se exige em tais casos é apenas acolhedora, deixando que o corpo aja por si só, claro que, existem casos em que há necessidade de intervenções e que devem ser feitas imediatamente. Quando as mulheres optam pelo parto humanizado natural, elas querem tomar para si o poder de decisão sobre seus corpos, respeitando a opinião da equipe médica sobre interferências baseadas em evidências.

É importante salientar, que o parto humanizado pode ser atribuído tanto ao parto normal, como ao parto cesáreo, pois, o que se busca é que a vontade da mulher seja respeitada sobre os procedimentos que serão feitos, de forma responsável, com a equipe médica orientando as gestantes e famílias sobre o melhor tipo de parto.

O plano de parto, é uma ferramenta facilitadora tanto para médicos como para gestantes, pois, ele é um roteiro de como a gestante imagina e quer que o parto seja conduzido, sendo uma forma da paciente se comunicar com o médico acerca das suas preferências, com o plano de parto feito, a paciente poderá conversar com o médico sobre os riscos e vantagens da forma de parto escolhida, mas o plano de parto não garante que será feito à risca, visto que existem situações em que o médico precisa alterá-lo por questões de saúde da parturiente e do bebê.

A postura dos profissionais que atendem mulheres gestantes, parturientes e puérperas necessita ser mais empática, acolhedora e respeitosa, mulheres com poder aquisitivo maior cada dia mais tem procurado hospitais e equipes médicas que sejam voltadas para o parto humanizado, fazendo-se necessário que as maternidades tanto

privadas como públicas estejam aptas para transformar esses ambientes em lugares mais acolhedores para as mulheres.

Outra forma de prevenção, é empregar os recursos humanos como matéria obrigatória nas graduações e especializações dos profissionais da área da saúde, pois, apesar de ser matéria jurídica, os profissionais teriam noção das condutas ilícitas e proteções fornecidas as mulheres, acredita-se que assim certas condutas deixariam de ocorrer.

A violência obstétrica, muitas vezes ocorre pela falta de informação sobre os procedimentos realizados no momento do parto, portanto, uma forma de prevenir a VO, é trazendo autonomia as mulheres de escolherem o que acreditam ser melhor para si e para o seu bebê, baseando-se sempre em métodos comprovadamente eficazes, ouvindo a opinião médica, a fim de ter os melhores resultados.

A principal forma de combater a violência obstétrica é viabilizar a responsabilização dos responsáveis por ela, através da criminalização deste tipo de conduta, bem como pela indenização devida as vítimas dessas violações, fazendo-se, portanto, extremamente, necessária, a criação de lei específica que aborde o assunto em âmbito federal.

3.2 FORMAS DE DENÚNCIA

Para que a violência obstétrica seja combatida, faz-se, necessário, que as vítimas comecem a denunciar

- Sala de atendimento ao cidadão, site do Ministério Público Federal;
- Através da defensoria pública dos estados, mesmo que tenha ocorrido em hospital privado;
- Através da ouvidoria do hospital, denuncia no SUS (quando ocorrer dentro de maternidades incluídas no programa), pela Agência Nacional de Saúde em casos de convênio e na Agência Nacional de Vigilância Sanitária);
- Por telefone pelos canais “disque-saúde” no número 136;

As mulheres vítimas de violência obstétrica devem reunir todos os documentos necessários como o prontuário médico e demais documentos de acompanhamento da gestação.

CONCLUSÃO

Ao longo de inúmeras pesquisas e leituras conclui-se que a violência obstétrica é uma situação que viola direitos importantes como a integridade física, psíquica e moral das mulheres, que é influenciada pela cultura e a percepção da sociedade sobre parto, como um momento apenas de dor, porém, a medicina teve grandes avanços e existem técnicas e mecanismos para diminuição do sofrimento durante o parto com isso existe a possibilidade de que o parto venha a ser cada vez mais confortável e menos traumático, portanto, continuar utilizando técnicas e procedimentos defasados contribui para que a violência continue a acontecer.

As iniciativas de mobilização social que possuem o intuito de levar conhecimento e divulgar o problema entre as pessoas afetadas, servem para disseminar boas práticas de assistência ao parto diminuindo assim as intervenções desnecessárias, como a manobra de kristeller e o uso da ocitocina.

É, portanto, evidente a extrema necessidade de haver legislação em âmbito federal, pois, apenas os estados de Minas Gerais, Santa Catarina e Distrito Federal possuem lei acerca do tema, em consequência disso os casos levados ao judiciário são julgados de forma diferentes, sendo utilizados normas distintas o que gera interpretações diversas entre eles.

A importância da lei, se dá pela necessidade de que se tipifique penalmente as condutas estabelecendo penas para cada uma, como é o exemplo da lei venezuelana. Trata-se de uma questão que precisa ser combatida, urgentemente, pois fere princípios basilares do ordenamento jurídico brasileiro e afeta negativamente a vida de muitas mulheres. Portanto, nada mais efetivo para erradicar o problema que o país defenda suas mulheres através da promulgação de um texto legal que vise protegê-las durante o no momento de maior vulnerabilidade que é a gestação, parto e puerpério.

REFERENCIAS

ABRAMO, Fundação Perseu e Sesc, Brasil. Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado – 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf [acesso em 20/04/2020]

ABRAMO, Fundação Perseu. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. Mar. 2013 Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/> [acesso em 22/05/2020]

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=pt&tlng=pt [acesso em 20/05/2020]

BRASIL, Ministério Público Federal. Recomendação n.44. São Paulo. 25, set. 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-cfm> [acesso em 18/05/2020]

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Recomendação n. 024. 16, maio, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf> [acesso em 20/05/20]

BRASIL, Ministério Público Federal. Após recomendação do MPF, hospital estadual reconhece que pressionar a barriga da mulher com força para agilizar o parto configura ato de violência obstétrica. São Paulo. 16, dez. 2014. Disponível em: <https://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/158209842/mpf-sp-hospital-reconhece-que-pressionar-a-barriga-da-mulher-no-parto-e-violencia-obstetrica> [acesso em 18/05/2020]

BRASIL, Ministério Público Federal. Procedimento Preparatório nº 1.16.000.001544/2016-49. Brasília – DF. 13, jul, 2016. Disponível em:

<http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-violencia-obstetrica>
[acesso em 18/05/2020]

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana. 04, abr., 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20publicou%2C%20no,Estados%2C%20Distrito%20Federal%20e%20Munic%C3%ADpios>. [acesso em 10/05/2020]

BRASIL, MPF de Rio Grande do Sul. Procuradoria da República no Rio Grande do Sul. MPF defende privacidade em exames em hospital universitário de Rio Grande. Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, 05 setembro 2011. Disponível em: <http://www.prrs.mpf.mp.br/app/iw/nti/publ.php?IdPub=61529>. [Acesso em 21/05/2020].

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm [acesso em 10/03/2020]

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm [acesso em: 10/03/2020]

BRASIL. Lei nº11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

BARROSO, Luís Roberto. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: http://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf [Acesso em 15/02/2021]

CHAUI, M. Ética e violência. **Teor. Debate**, ed.39, 1998. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/1998/10/01/etica-e-violencia/> [acesso em 15/04/2020]

CONITEC. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto. Brasília-DF. 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartNormalVersaoReduzida_FINAL.pdf [acesso em 18/05/2020]

DINIZ, Simone G., SALGADO, Heloisa O., ANDREZZO, Halana F. A., CARVALHO., ALBURQUERQUE, Priscila C., AGUIAR, Cláudia A., NIY, Denise Yoshie. “Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção”. **Journal of Human Growth and Development [online]**. Ed. 3. São Paulo: Periódicos eletrônicos em psicologia. n. 25, pp. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf [acesso em 15/05/2020]

FEDERAL, Universidade de Minas Gerais. APICEON- Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wpcontent/uploads/2019/09/O_projeto_ApiceOn.pdf [acesso em 22/05/2020]

GUIMARÃES, Liana, B.C., JONAS, Eline, AMARAL, Leila, R.O.G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Rev. Estudos Feministas*, Florianópolis. 11, de maio, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v26n1/1806-9584-ref-26-01-e43278.pdf> [acesso em 15/05/2020]

Lansky, Sônia., Souza, Kleyde V., Peixoto, Eliane R.M., Oliveira, Bernardo J., Diniz, Carmen S.G., Vieira, Nayara F., Cunha, Rosiane O., Friche, Amélia A.L. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. Vol. 24. 05, ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811&tlng=pt [acesso em 19/05/20]

LEAL, Saul Tourinho. A violência obstétrica à luz da Constituição. Internet: Site Migalhas, 2017. Disponível em: <https://migalhas.uol.com.br/coluna/conversa->

constitucional/264106/a-violencia-obstetrica-a-luz-da-constituicao [acesso em 18/01/2021]

MEDICINA, Conselho Federal – CFM. Código de Ética Médica. Brasília-DF. 2010. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual> [acesso em 20/05/2020]

NOBREGA, Waleska Dayse Mascarenha Da. Violência Obstétrica: Uma análise comparativa da legislação brasileira e de outros países da América do Sul. Sousa - PB, 2018. 64 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/15463/1/WALESKA%20DAYSE%20MASCARENHA%20DA%20N%C3%93BREGA%20-%20TCC%20DIREITO%202018.pdf> [acesso em 26/02/2021]

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988 / Ingo Wolfgang Sarlet. 4. Ed. rev. atual. - Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2006. Disponível em: (<https://www.passeidireto.com/arquivo/4065026/ingo-wolfgang-sarlet-dignidade-da-pessoa-humana-e-direitos-fundamentais-na-const>) [acesso em 15/01/2021]

OMS. Declaração - Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf

OMS. Guia prático para assistência ao parto normal. Maternidade Segura. 1996. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf [acesso em 18/05/2020]

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Human Reproduction Programme - HRP. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;js

[essionid=E901A72C7EE4E416B9C351832D508ED5?sequence=3](#) [acesso em: 18/05/2020]

OPAS, Brasil. Folha informativa – Mortalidade Materna. Brasília, DF, ago, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820 [acesso em 20/03/2020]

OPAS, Brasil. Divulga guias para ajudar gestores e profissionais de saúde a reduzir mortes maternas por hemorragia. 13, ago. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5737:opas-oms-divulga-guias-para-ajudar-gestores-e-profissionais-de-saude-a-reduzirem-mortes-maternas-por-hemorragia&Itemid=820 [acesso em 18/05/2020]

POSSATI, A. B., PRATES, L. A., CREMOSENE, L., SCARTON, J., ALVES, C. N., RESSEL, L. B. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Esc Anna Nery 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf [acesso em 02/03/2021]

RODRIGUES, Francisca A.C., Lira, Samira V. G., Magalhães, Poliana, H., Freitas, Ana L.V.F., Mitros, Verônica M.S., Almeida, Paulo C., et. Al. **Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à rede cegonha**. Rev. Reprodução e Climatério. SBRH. Vol. 32. p. 78-84. maio/ago., 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723?via%3Dihub> [Acesso em 21/05/2020]

SENADO FEDERAL, Rede parto do Princípio. **CPMI da Violência Obstétrica. Violência Obstétrica – Parirás com dor**. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> [acesso em [10/03/2020]

SILVA, M. G., MARCELINO, M. C., RODRIGUES, L. S. P., TORO, R. C., SHIMO, A. K. K. **Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras**. Rev Rene. 2014 jul-ago. Disponível em:

http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf [acesso em: 06/03/2021]

SOUZA, Alex Sandro Rolland, AMORIM, Melania Maria Ramos, PORTO, Ana Maria Feitosa. Condições frequentemente associadas à cesárea sem respaldo científico. *Femina*, set 2010. vol 38, nº 10. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf> [acesso em 25/02/2021]

SÃO BENTO, Paulo A. S., SANTOS, Rosangela S., Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *rev. De enfermagem Anna Nery*. 27, out. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027 [acesso em 21/05/20]

SANTOS, Andreza Santana. Uma análise da violência obstétrica à luz da teoria do bem jurídico: a necessidade de uma intervenção penal diante da relevância do bem jurídico tutelado. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/28252/1/Andreza%20Santana%20Santos.pdf> [acesso em 22/05/2020]

RESOLUÇÃO nº 038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Nayara Fernanda Azevedo Costa
do Curso de direito, matrícula 20162000107587,
telefone: (62) 99937-4294 e-mail nayara.azevedo11@hotmail.com, na
qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei nº 9.610/98 (Lei dos Direitos
do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o
Trabalho de Conclusão de Curso intitulado
Violença doméstica - uma violação de direitos

gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões
do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado
(Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG,
MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a
título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 09 de junho de 2021.

Assinatura do(s) autor(es): Nayara Azevedo

Nome completo do autor: Nayara Fernanda Azevedo Costa

Assinatura do professor-orientador: Nivaldo

Nome completo do professor-orientador: Nivaldo dos Santos