



## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DO SONHO AO PESADELO

Ana Dulce Fernandes Costa<sup>1</sup>

Prof.<sup>a</sup> Teresa Cristina Ferreira de Oliveira<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente artigo científico traça uma análise do parto a partir de sua história e principais aspectos, de modo a elucidar o conceito de violência obstétrica e as formas nas quais essa modalidade de violência se personifica. Em decorrência da mudança do ambiente dos nascimentos – da casa para o hospital-, iniciou-se um processo de medicalização do parto e o corpo da mulher passou a ser tratado como uma máquina defeituosa que necessita da ajuda do homem e da ciência para um funcionamento perfeito. Nos hospitais, a violência obstétrica ganha vez e forma, e práticas como a episiotomia – incisão no períneo – e a manobra de Kristeller, dentre muitos outros atos violentos, são incorporadas ao cotidiano dos partos, transformando-os, de sonhos, em verdadeiros pesadelos.

**Palavras-chave:** Parto. Cesárea. Violência Obstétrica. Ordenamento Jurídico.

**ABSTRACT:** This scientific article traces an analysis of childbirth from its history and main aspects, in order to elucidate the concept of obstetric violence and the forms in which this modality of violence embodies itself. As a result of the change in the birth environment – from the house to the hospital – a process of medicalization of childbirth began and the woman's body happened to be treated as a defective machine that needs the help of man and science for a functioning perfect. In hospitals, obstetric violence gains time and form, and practices such as episiotomy – incision in the perineum – and Kristeller maneuver, among many other violent acts, are incorporated into the daily life of childbirth, turn it dreams into true nightmares.

**Keywords:** Childbirth. Cesarean. Obstetric violence. Legal Planning.

---

<sup>1</sup>Bacharelada do curso de Direito da Universidade Católica do Salvador, campus Pituáçu. Artigo científico apresentado como requisito para obtenção de aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, ano de 2018.1.

<sup>2</sup> Advogada/OAB-BA, Professora do curso de Direito da Universidade Católica do Salvador e da Faculdade Ruy Barbosa, especialista em Direito Civil (UFBA) e especialista em Famílias: Relações Familiares e Contextos Sociais (UCSal). Mestra em Família na Sociedade Contemporânea (UCSAL), Doutoranda em família. Orientadora do PICT; Membro dos grupos de pesquisa Família e Desenvolvimento Humano.

**SUMÁRIO: INTRODUÇÃO. 1. A HISTÓRIA DO PARTO 2. SENTIMENTOS MATERNS EM TORNO DO PARTO. 2.1 A influência da rede de relacionamentos na parturição. 3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 3.1 Episiotomia. 3.2 Manobra de Kristeller. 3.3 Cesárea desnecessária. 3.4 Violência psicológica. 4. O SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 4.1 Constituição Federal. 4.2 Demais diplomas legais. 4.3 Jurisprudência. 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS.**

## **INTRODUÇÃO**

O artigo científico em tela tem como principal objetivo explorar a temática da violência obstétrica e conhecer o seu tratamento no ordenamento jurídico brasileiro. A violência obstétrica se tornou um problema corriqueiro e vem fazendo cada vez mais vítimas, sendo imprescindível que o Direito se amolde a essa mudança social e passe a se debruçar sobre essa temática, através de leis, doutrina, jurisprudências, dentre outros meios de discussão e abordagem do problema, que é de grande pertinência.

Para abordar o assunto, a autora se valeu dos métodos de pesquisa exploratório, bibliográfico e de levantamento, através de revisão de literatura, mediante consulta a livros, revistas, artigos científicos e cartilhas informativas, além da plataforma online de pesquisa jurisprudencial “Jus Brasil”.

Nesse sentido, buscou-se, inicialmente, elucidar a história do parto, bem como as diferentes mudanças conjunturais que levaram à sua institucionalização, e, por conseguinte à perda da autonomia da mulher sobre o seu corpo. Em seguida, foi necessário traçar uma análise sobre os sentimentos que circundam o parto e as influências diversas que o meio exerce sobre o evento, seja na figura de um familiar, um amigo ou daqueles que integram a equipe médica.

Definiu-se, portanto, violência obstétrica, em seu conceito mais completo e abrangente, como qualquer ofensa física, verbal e/ou sexual, praticada por qualquer um dos membros da equipe médica, pelos servidores públicos e profissionais técnico-administrativos de instituições públicas ou privadas ou, ainda, por um acompanhante ou familiar da gestante, durante o período de trabalho de parto, parto e puerpério.

O Brasil não possui lei federal que trate sobre a matéria, motivo pelo qual, hoje, é possível se valer apenas da legislação genérica, a exemplo do Código Civil e do Código Penal, sempre, claro, à luz da Constituição Federal e seus princípios Constitucionais.

Em 17 de Janeiro de 2017, o Estado de Santa Catarina se torna pioneiro e sanciona a primeira lei de combate à violência obstétrica do país, na qual, além de definir expressamente o que é esse gênero de violência, enumera as condutas consideradas ofensas físicas e verbais para efeito da aludida lei e impõe, aos estabelecimentos hospitalares, o dever de informação, dentre outras deliberações.

## **1. A HISTÓRIA DO PARTO**

O nascimento é historicamente encarado como algo natural, fisiológico, mas que, ainda assim, mobiliza a todos, sendo recepcionado de diferentes formas, a depender do contexto cultural no qual se perfaz, mas sempre preservando o seu caráter de verdadeiro acontecimento, que marca a vida humana. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo Zugaib (2012), a partir do estudo dos registros dos nascimentos, ao longo da evolução da obstetrícia, são incontestáveis a existência e a importância, primeiro, das chamadas parteiras ou assistentes de parto, as quais aparecem até mesmo na Bíblia Sagrada, no livro de Êxodo, 1: 15-22, nas figuras de Sefóra e Fuá, as primeiras mulheres intituladas de fato como parteiras.

Ainda de acordo com o autor, as parteiras eram as principais responsáveis pelo atendimento e auxílio à parturiente, o qual se estendia também aos cuidados com o recém-nascido. Não bastassem tais funções, ficava, ainda, a cargo dessas auxiliares a orientação da mãe sobre os cuidados com o seu corpo, de modo a evitar doenças venéreas; as instruções acerca do resguardo, além da colaboração em abortamentos e da participação no infanticídio.

Em alguns locais, havia sobre o parto diferentes crenças e tabus, tais como a de que o sangue do nascimento era contaminado e de que a mulher deveria ser isolada do convívio com os demais, inclusive com seu próprio marido, com quem não podia se deitar até que o sangramento cessasse. Devido à ideia de impureza, todo resquício do parto era enterrado pela própria parteira, mulher de confiança da futura mãe, já escolhida previamente, para que, durante a gestação, um elo entre elas já fosse firmado. (ACKER; ANNONI; et. al., 2006).

Stacey apud Helman (2009) descreve a primeira aparição dos chamados homens parteiros no Reino Unido, já que, até o século XVII, essa profissão era exercida exclusivamente por mulheres. Maldonado (1985) salienta que o homem que intervinha no parto era aquele que também prestava assistência no nascimento de animais, considerando que

esses sabiam como agir, de sorte que, por outro lado, os homens da cidade, de variadas profissões, nada saberiam fazer a respeito.

A primeira mudança significativa no cenário totalmente caseiro e fitoterápico do parto se deu com a criação e uso do fórceps, entre os séculos XV e XVII. Tratava-se de um instrumento utilizado para extrair bebês de partos complicados, evitando-se, assim, as mortes materna e fetal. O fórceps, embora já sendo utilizado, ainda era guardado sob segredo, em grandes cofres, e manuseado às escondidas, dado o receio de seus criadores de que a ideia viesse a ser roubada. (MALDONADO, 1985).

Com o rompimento do segredo, o uso do fórceps ficou limitado aos parteiros-médicos, quando, no século XVIII, William Smellie levou o método ao ambiente acadêmico inglês. (ZUGAIB, 2012).

Assim, aos poucos, aquilo que antes pertencia estritamente ao cotidiano das famílias e ao ambiente familiar, modificou-se com o avanço da ciência, estendendo-se aos hospitais e tornando-se um momento marcado por diversos procedimentos técnicos. (ACKER; ANNONI; et. al., 2006).

Desejava-se conter a mortalidade materna e fetal, já que havia iminente necessidade de mão de obra para compor as indústrias e os exércitos, oportunidade na qual a obstetrícia se consolidou como disciplina médica. O parto havia deixado de ser algo privado e íntimo, passando a ser acompanhado de maneira pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ainda no século XVIII, inicia-se o momento dos hospitais voltados ao cuidado assistencial, uma vez que, antes disso, o ambiente não era visto como local de cura dos doentes, mas como espaço de caridade, onde cuidava-se dos pacientes em seus últimos dias de vida, em troca da certeza de salvação eterna. (ORNELLAS, 1998).

A migração do parto para os hospitais, todavia, começou apenas a partir de 1930, marcada pela superação dos partos hospitalares sobre os partos domiciliares. Essa institucionalização tornou o parto um momento medicalizado e a mulher passou de sujeito a objeto da ação, subordinada a internações que colaboravam para o seu afastamento do ambiente familiar, e tornando-se, concomitantemente, propriedade da instituição. (ACKER; ANNONI; et. al., 2006).

Ocorre que seria irrelevante para a medicina aprender sobre o parto e a tarefa das parteiras, sempre se aprimorando, enquanto as mulheres ainda buscavam a ajuda dessas auxiliares para terem seus filhos em casa. Viu-se necessário, então, tratar dos eventos da gestação e do nascimento como algo não natural, a partir da propagação do discurso do risco, o que foi fundamental para a disseminação da ideia do parto como ato médico. (SENA, 2016).

O controle masculino, aliado às novas tecnologias e à consolidação da medicina, tornou aquilo que antes era visto como saudável, comum e fisiológico em algo anormal e patológico, que, por isso, necessitaria, ao menos, de contínua monitoração. Desse modo, o parto se tornou algo encarado como doença, cujo controle passa a ganhar legitimidade e se personifica através da medicalização. (SENA, 2016).

## 2. SENTIMENTOS MATERNOS EM TORNO DO PARTO

Sendo uma época de transformações, é normal que em torno da gravidez sejam despertados variados sentimentos na mãe e em todos a sua volta, não obstante aos grandes desafios. Ressalte-se que não se tratam apenas de transformações biológicas, mas também sociais e pessoais. (SILVA, 2011)

Segundo Maldonado (1985), a gestação é encarada como um período de grande vulnerabilidade para a mulher, o parto é vivido como momento crítico, de inúmeras mudanças, não só na vida da parturiente, mas de toda a família.

Ainda segunda a autora, o parto é considerado um momento delicado, pois representa a passagem de um estado a outro, marcado pela irreversibilidade, já que é um acontecimento que não se pode evitar, considerando a existência de uma gestação. Tal fato, somado à ausência de controle que se tem sobre a situação - já que não é possível prever como e quando o parto vai acontecer -, colaboram para um profundo sentimento de ansiedade: é um verdadeiro “salto no escuro”.

As preocupações acerca do trabalho de parto são muito presentes e comuns, teme-se pela vida do bebê, por sua saúde, mas também teme-se muito a dor ou mesmo a morte da parturiente, sobretudo quando se trata de mãe de primeira viagem, a chamada primípara. (CAVALCANTE; OLIVEIRA; et. al., 2007)

Nos depoimentos trazidos por Simões (1998) em seu livro “O ser parturiente: um enfoque vivencial”, a partir de entrevistas realizadas com puéperas entre 2 e 48 horas após o parto, ainda hospitalizadas, é possível verificar a predominância dos sentimentos de medo e angústia, agravados pela dor, mas sempre seguidos pelo alívio do nascimento e saúde do bebê.

### 2.1 – A INFLUÊNCIA DA REDE DE RELACIONAMENTOS NA PARTURIÇÃO

Não há dúvidas de que o parto é um acontecimento de extrema importância na vida de uma mulher, um misto de emoções, um momento que será lembrado em detalhes, por muito tempo, pela mãe. (LOPES; DONELLI; et. al., 2004) Trata-se de uma das passagens fundamentais da vida psicossocial da mulher. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Por oportuno, a parição pode ser encarada como um grande processo psicossomático, donde suas características são estabelecidas por diferentes traços do cenário sociocultural e da identidade físico-psicológica da futura mãe. Assim como as particularidades individuais interferem no parto, os variados tipos de parto também são vividos e encarados de diferentes maneiras. (MALDONADO, 1985)

Desse modo, tem-se que a experiência do parto sofre influências de diversos fatores, tais como o pré-natal, um possível histórico de aborto, o tipo de parto e as intervenções e procedimentos obstétricos adotados. (LOPES; DONELLI; et. al., 2004) No que tange as sensações, a dor é uma das mais presentes. (COSTA; FIGUEIREDO; et. al., 2003)

A família, de igual forma, exerce profunda influência na escolha da via de nascimento e, por conseguinte, no sentimento da gestante em relação ao seu parto. Embora dotada de afeto e companheirismo, a família também é profundamente marcada pela postura de rigidez, imposição de regras e sentimento de liberdade para interferência na vida e escolhas dos demais sujeitos que compõem o grupo familiar. (ALVES; GONÇALVES; et. al., 2007).

Estudos feitos em Minas Gerais, mais precisamente na cidade de Juiz de Fora, confirmaram, através do depoimento de mães entrevistadas, que a família e as mulheres mais próximas interferiram fundamentalmente na formação de sua opinião e posterior decisão. (NASCIMENTO; ARANTES; et. al., 2015)

Não obstante às influências mais próximas corroborarem para a decisão da mãe, segundo SILVA (2011), é fundamental inteirar-se sobre as opções médicas, as intervenções e exames de rotina, de modo que, a partir de tais informações, seja possível fazer a melhor escolha do local para trazer o bebê ao mundo, assim como a equipe que atenderá a família no tão esperado momento.

Afirma, ainda, a autora, que a segurança da parturiente em si mesma e na sua capacidade de dar a luz podem ser ampliadas ou reduzidas pela equipe médica, seja na figura do médico, da enfermeira ou dos demais sujeitos que estarão presentes no pré-natal e no trabalho de parto.

Nesse sentido é que demonstram Klaus e Kennel (1993), ao constatar, a partir de estudos realizados em parturientes na Guatemala em 1974, que, como nunca havia acontecido antes, as mulheres assistidas e auxiliadas por acompanhante qualificado no momento do parto

tornavam-se mais tranquilas, lidavam melhor com a dor, tinham um trabalho de parto mais rápido e apresentavam gotejamento de leite assim que o bebê lhes era entregue após o nascimento, este último fato jamais havia sido observado nas gestantes que não dispunham de um acompanhamento de apoio.

Dúvidas não há sobre a importância e influência da equipe médica no sucesso [ou fracasso] do parto e na recuperação da mãe. Ressalte-se, inclusive, que a principal causa dos aumentos de cesáreas é a interferência médica, através da propagação do discurso de que se trata de uma cirurgia confortável e segura para a parturiente e o bebê (STEFFANI; BONAMIGO, 2013), desconsiderando o risco exponencialmente superior de complicações no nascimento e a ausência de estimulação cutânea do recém-nascido, tão necessária para o desenvolvimento da criança e para o vínculo mãe-bebê. (MALDONADO, 1985)

Ademais, na maternidade, a paciente se vê sozinha, longe do ambiente familiar e inserida em um meio hospitalar onde é apenas mais uma, já que parir ali é algo rotineiro e impessoal no âmbito institucional. A partir da análise do depoimento pessoal dessas mulheres, é bastante presente o relato de solidão por elas experimentada, sobretudo devido ao isolamento a que são submetidas, o que impede até mesmo a comunicação visual com o meio. (SIMÕES, 1998)

Conforme bem destaca Maria Tereza Maldonado (1985, p.84):

É importante não negligenciar a repercussão do contexto assistencial sobre a vivência do parto. Muitas vezes o descontrole, o pânico e até as alterações de contratilidade uterina decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente.

Na assistência que lhe é prestada, a mulher, em seu modo de ser, como parturiente, nota a discricionariedade dos profissionais da equipe médica sobre si, suas escolhas, seu corpo e sua atuação durante o trabalho de parto, pois lhe são exigidos comportamentos que estejam em conformidade com a medianidade. (SIMÕES, 1998)

As muitas intervenções e cobranças que repousam sobre a gestante acabam por torná-la coadjuvante de sua própria história, o que vem a colaborar para a realização de um parto que, na prática, em sua maioria, em nada se parece com aquilo que foi idealizado, fazendo nascer, inevitavelmente, um bebê e, com ele, grandes sofrimento e frustração. (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Como prova disso, uma pesquisa realizada em 2010, no Brasil, apelidada de “Na hora de fazer não gritou”, fruto da investigação “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público

e privado”, mostrou que, a cada quatro mulheres, uma já foi vítima de violência no parto, em alguma ou algumas de suas formas. O título que recebeu a pesquisa, inclusive, faz alusão à segunda frase mais ouvida pelas mulheres na hora do parto, perdendo apenas para “Não chora, ano que vem você vai estar aqui de novo”. (PALHARINI, 2017)

Por tudo isso, na área da saúde acentuaram-se profundas discussões acerca das intervenções médicas desnecessárias na assistência ao parto, levando, inevitavelmente, à discussão daquilo que passou a ser chamado de violência obstétrica. (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

### **3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) definiu violência como sendo qualquer ação que decorra do uso de força física ou privilégio de poder, ainda que apenas sob a forma de ameaça, contra si mesmo ou outras pessoas, que possa resultar em lesão, óbito, abalo psíquico, dificuldade de desenvolvimento ou limitação.

Ainda segundo a OMS (2002), essa definição espelha uma necessidade, que vem sendo externada pelos pesquisadores, de incluir no rol daquilo que é considerado violência os atos ou omissões que não resultam apenas em danos evidentes, visíveis, corpóreos, mas que coagem as pessoas, as famílias, a sociedade e os sistemas de saúde do mundo inteiro.

No que tange à terminologia “violência obstétrica”, essa surgiu na Venezuela, país pioneiro, na América Latina, no tratamento dessa forma de violência. (PALHARINI, 2017). O país trouxe à tona, ainda, o primeiro conceito do que seria a referida prática, a qual definiu como apropriação do corpo, da liberdade e da sexualidade da mulher pelos profissionais de saúde, mediante tratamento frio e abusivo que acaba por repercutir na autonomia e no poder de decisão da parturiente sobre si mesma. (SANTOS; SOUZA, 2015).

No Brasil, desde a década de 1980, a conduta obstétrica adotada vem sendo questionada por pesquisadores e movimentos sociais que buscam a humanização do nascimento, impulsionados pelo movimento feminista, na busca por discutir a violência no parto e as formas de combatê-la, discussão que se intensificou a partir de 2000, quando ganhou uma abordagem formal. (PALHARINI, 2017); (SENA; TESSER, 2016)

Já àquela época, segundo Diniz apud Palharini (2017), levantava-se a questão da hegemonia na atenção ao parto, aliado ao modelo tecnocrático, pautado mais na tecnologia do que na própria ciência. A crítica, conforme dispõe Palharini (2017), girava em torno do

tratamento patológico atribuído ao parto, da perda do protagonismo feminino, do abuso de procedimentos comprovadamente desnecessários e feitos apenas por força do hábito médico, bem como da violação de direitos diversos da mulher.

Embora existissem discussões acerca do tema, não havia, até então, referências na produção técnica ou jurídica brasileira. Por esse motivo, em 2012, a rede Parto do Princípio elaborou para a CPMI de Violência Contra as Mulheres um dossiê sobre a violência obstétrica no Brasil, onde, em Relatório Final à Comissão Parlamentar, a conceituou como conduta perpetrada por profissionais de saúde que deveriam proteger, realizada em um dos momentos de maior vulnerabilidade na vida de uma mulher e materializada nas formas física, verbal e/ou sexual. Estendeu-se a prática da conduta, ainda, aos servidores públicos e aos profissionais técnico-administrativos de instituições públicas ou privadas. (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012).

A lei estadual 17.097, de 17 de Janeiro de 2017, do estado de Santa Catarina, foi a primeira a dispor sobre violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, trazendo em seu bojo, no artigo 2º, a definição da aludida modalidade de violência, e elencando, no artigo seguinte, em um rol meramente exemplificativo, uma sequência de práticas que, por força desta lei, são consideradas ofensas às mulheres gestantes em trabalho de parto ou no chamado puerpério.

Considera-se, portanto, violência obstétrica, qualquer ato perpetrado pela equipe médica, por um familiar ou acompanhante da gestante que a ofenda de forma física ou verbal, conforme artigo 2º da lei supramencionada.

Embora a OMS tenha divulgado amplamente algumas práticas adotadas por médicos e enfermeiros como sendo prejudiciais ou desnecessárias na assistência ao parto, sua utilização ainda é rotineira e, todos os dias, mulheres são submetidas a procedimentos invasivos, incômodos e dolorosos. (SANTOS; SOUZA, 2015)

Segundo o Ministério da Saúde (2001), algumas dessas práticas aplicadas na comunidade médica não fogem ao contexto científico, todavia outras tantas têm sido utilizadas há anos apenas com respaldo na tradição e no princípio da autoridade.

Os abusos acontecem de diferentes formas, tais como: pressão sobre a barriga da parturiente, a chamada Manobra de Kristeller; uso de Ocitocina para indução e/ou aceleração do parto; prática de atos sem o consentimento ou sem comunicação à parturiente; episiotomia (corte na região do períneo); agressões psicológicas e humilhações, consubstanciadas em mentiras, chacotas, piadas, grosserias, etc; privação de alimentos; proibição de acompanhante; raspagem dos pelos pubianos (tricotomia); excesso de exames de toques; dentre muitas outras

práticas ainda comumente empregados na atenção ao nascimento. (MEDEIROS; MARTINS; et. al., 2016) (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012)

Dentre as formas acima elencadas, algumas serão tratadas especificamente abaixo, de modo a elucidar a forma e o momento exatos nos quais acontecem.

### 3.1 EPISIOTOMIA

Define-se episiotomia, ou “pique”, como ato cirúrgico realizado na vulva, com o uso de uma tesoura ou um bisturi, que corta a entrada da vagina, por vezes sem uso de anestésico (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012), requerendo sutura para sua correção (CARVALHO; SOUZA; FILHO, 2010).

Consiste, portanto, na incisão para ampliação do canal de parto (AMORIM, Melania, 2012), indicada para impedir ou reduzir o trauma dos tecidos durante a passagem do bebê, favorecer a liberação desse e evitar lesões na cabeça do concepto, quando do impacto com o períneo. (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

Sucedem que, a despeito dos supostos benefícios trazidos pela cirurgia, a episiotomia atinge diferentes pontos do períneo e afeta músculos, tendões e vasos sanguíneos. Por envolver estruturas absolutamente sensíveis e dotadas, cada uma, de sua função, é comum que, em decorrência da incisão, as mulheres venham a apresentar dor nas relações sexuais, incontinência urinária e/ou fecal, sangramento abundante, risco de laceração nos partos seguintes (rompimento natural de parte da pele entre a vagina e o ânus), além das consequências estéticas relatadas com insatisfação pelas puérperas. (SAUAIA; SERRA, 2016)

Inicialmente, a episiotomia foi criada para uso de rotina nas mães de primeira viagem, as chamadas primíparas, todavia, nas últimas décadas, alguns estudos que visavam diminuir a incidência de intervenções desnecessárias passaram a avaliar a prática, que, com seu desencorajamento, teve importante redução nos partos realizados nos Estados Unidos, por exemplo, passando de 60,9% em 1979 para 24,5% em 2004, ou seja, não havia necessidade de sua realização em todos os partos, mas sim uma cultura sustentada na força do hábito. (VIANA; QUINTÃO; et. al., 2011)

Conforme dispõe Melania Amorim (2016), atualmente a recomendação da OMS é de, no máximo, 10% de episiotomia sobre a totalidade de partos realizados, estudo que tende a progredir para uma indicação de uso ainda menor. Além disso, estudos publicados pela Biblioteca Cochrane e feitos com 5541 mulheres demonstraram que, comparada à episiotomia

de rotina, a prática restritiva leva a benefícios como menor perda de sangue, diminuição do risco de lacerações graves, ou seja, de terceiro e quarto grau, além da redução de complicações de sutura. (AMORIM, Melania, 2016)

Segundo a autora, discute-se, inclusive, se existe alguma indicação real para o uso ainda que restritivo do “pique”, considerando os resultados publicados pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) de 2014 e levando em consideração que, sendo médica obstetra, completava, no ano da publicação de seu artigo – 2016 – 14 (catorze) anos sem realizar uma única episiotomia, por achá-la desnecessária, por respeitar a vontade das mulheres e por prezar pela integridade perineal, essa possível apenas através da não realização de cortes, mesmo porque toda episiotomia é, por si só, uma laceração de segundo grau, atingindo pele, mucosa e músculo.

Em sentido contrário às recomendações da OMS, bem como às pesquisas publicadas pela comunidade científica de diferentes países, estima-se que, hoje, no Brasil, a episiotomia é feita em 53,5% dos partos vaginais, índice que chega a 74% nas primíparas. (SAUAIA; SERRA, 2016) Além disso, no Brasil o procedimento é comumente realizado sem o consentimento ou até sem comunicação à paciente quanto às indicações, riscos e benefícios [se houver] da incisão ou oferecimento de alternativas de tratamento, ou seja, tudo tem sido feito contrariando os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (MBE). (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012)

A partir da prática rotineira da episiotomia, uma clara espécie de mutilação vaginal, verifica-se que o corpo da mulher é comumente tratado pela medicina como uma máquina defeituosa que depende do suporte da ciência para que cumpra o seu papel, o que resulta em uma apropriação dos corpos femininos como objeto do saber médico, em sentido contrário à naturalidade que carrega. (SANTOS; SOUZA, 2015) Trata-se de uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além de violação à integridade de seus corpos. (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012)

### 3.2 MANOBRA DE KRISTELLER

Consiste na pressão realizada pelo médico ou enfermeiros sobre o abdômen da parturiente, mais precisamente na parte superior do útero, durante o estágio expulsivo do trabalho de parto, utilizando-se de braços, antebraços, cotovelos, joelhos ou mesmo de todo o

peso do corpo, com o objetivo de forçar a saída do bebê de forma mais rápida. (CORDINI, 2015)

Na parturiente, as compressões realizadas são altamente prejudiciais e trazem graves consequências, tais como o trauma de vísceras abdominais, deslocamento de placenta, além de traumas no útero, lesões de órgãos e do esfíncter anal, hematomas, fraturas de costela e hemorragia. (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012) No bebê, causam aumento da probabilidade de distocia de ombros, trauma cefálico, hipoxia, fratura de clavícula, etc. (SAUAIA; SERRA, 2016)

Vale salientar que o artifício está elencado no rol do Ministério da Saúde (2011) de práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes, e que devem ser eliminadas, assim como manobras similares. Além disso, por ser altamente danosa, a Kristeller também é desaprovada e contraindicada pela OMS (2017).

Acontece que, a despeito dos graves malefícios comprovadamente trazidos pela manobra, essa ainda é muito utilizada pelos profissionais de saúde, que, mesmo reconhecendo a sua proscrição, continuam a realizá-la, embora não a registrem no prontuário. (SANTOS; SOUZA, 2015).

A pesquisa Nascer Brasil, realizada entre 2011 e 2012 com 23.940 mulheres, revelou que a Manobra de Kristeller foi registrada em 37% dos casos. Em outra pesquisa, realizada por Mariana Amorim (2015) com 33 (trinta e três) mulheres que haviam passado pela experiência do parto entre 2009 e 2014, a manobra de Kristeller foi relatada em 18,18% das entrevistas, mesmo sendo de conhecimento de todos que a prática é contraindicada pela OMS devido aos riscos para a saúde da mãe e do bebê.

É importante destacar que, além dos danos já explanados, a manobra apenas pode ser realizada com a paciente deitada, em posição ginecológica (litotomia) (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012), contrariando as orientações da OMS (1996) e do Ministério da Saúde (2001) para que seja dado à parturiente o direito de se movimentar como desejar durante todo o trabalho de parto, escolhendo a posição que achar mais confortável para o expulsivo, inclusive porque a acomodação horizontal tende a gerar mais dores e desconfortos à paciente, por estar em descompasso com a gravidade.

Verifica-se, assim, que a Manobra de Kristeller é reconhecidamente ineficaz e, sobretudo, maléfica à saúde materno-fetal, causando à parturiente, além de lesões físicas, traumas emocionais que a acompanharão, por vezes, por toda a vida. (COREN/SC, 2016)

### 3.3 CESÁREA DESNECESSÁRIA

Inicialmente, convém destacar o conceito que o dicionário (CESARIANA, 2018) atribui ao termo “cesariana”, dispendo que trata-se de cirurgia para extração do feto, realizada através de incisão no abdômen e no útero da mãe, que ocorre, geralmente, quando não é possível se valer do parto vaginal, não sendo tratada, portanto, como tipo de parto.

Por se tratar de um procedimento cirúrgico, a cesariana, por certo, oferece riscos exponencialmente maiores à mãe e ao feto, desde a aplicação de anestesia, e suas possíveis reações, até febre, infecções, quadros de coagulação sanguínea e hemorragias, dentre outros, motivo pelo qual há uma taxa de mortalidade materna ligada à cesariana sete vezes maior do que no parto normal. (CORDINI, 2015) Além disso, a cesárea desnecessária está entre os principais fatores da prematuridade de bebês. (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012)

Além das reações e patologias que podem vir a ser apresentadas pela mãe, é atribuída à cesárea a dificuldade com amamentação no pós parto, o que não costuma acontecer no parto normal. (MALDONADO, 1985) Quanto ao conceito, pesquisas epidemiológicas mostraram que a ausência de estimulação cutânea, através da passagem pelo canal vaginal, aumenta os riscos de sobrepeso e obesidade, diabetes, asma, alergias diversas, além de inúmeros outros problemas ligados à imunidade reduzida (TESSER; KNOBEL, 2014), não obstante aos efeitos da anestesia “ráqui” sobre os movimentos e reflexos do bebê, já que a substância adentra a sua corrente sanguínea e só é completamente eliminada após sete dias. (MALDONADO, 1985)

Devido aos riscos que lhe são atribuídos e, do outro lado, aos benefícios trazidos pelo parto normal, a OMS passou a recomendar uma taxa média de cesárea entre 10% e 15% (ARRUDA, 2015), e o Ministério da Saúde (2001), por sua vez, desencorajou o uso da cesárea da forma liberal, incluindo-a em um rol de práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

Mesmo com todas essas informações comprovadas cientificamente, e com as recomendações mundiais pelo uso restrito da cesariana, segundo dados da OMS publicados esse ano, em 2016 houve 2.400.000 (dois milhões e quatrocentos mil) nascimentos registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), dois quais 1.336.000 (um milhão trezentos e trinta e seis mil) foram através de cesárea, o que atribui ao Brasil o título de segundo maior cesarista do planeta, abaixo apenas da República Dominicana. (FEBRASGO, 2018) Quanto à rede

privada, em 2012, as cesarianas já ocupavam o percentual de 85% dos nascimentos registrados, algo que tem piorado nos últimos anos. (TESSER; KNOBEL; et. al., 2014).

Segundo Cordini (2015) diversos fatores levaram ao aumento gradativo da cirurgia no país, dentre eles medo da dor do parto normal, a falsa crença de que o parto causa o afrouxamento do canal vaginal – propagada até pelos próprios médicos –, a imprevisibilidade de um parto no tempo do bebê, falta de qualificação médica para o acompanhamento do parto normal, economia de tempo do médico, falsas indicações e orientações repassadas à mãe, dentre outros.

De acordo, ainda, com a autora, outra causa bastante comum para a antecipação do nascimento e realização da cesárea é a chegada de férias, feriados prolongados e festejos de fim de ano, o que é feito pelo médico para evitar que, durante esse período, venha a ser “incomodado” por alguma mãe em trabalho de parto. Além disso, a cesárea também é realizada para evitar a sobrecarga de pacientes para o plantão seguinte, quando o médico conclui o seu (prática conhecida como “limpar a área”) (CIELLO; CARVALHO; et. al. 2012), bem como para que se aufera – nesse caso, na rede privada – maior lucro, advindo de equipe médica, instrumentos, anestesia, remédios e, por vezes, sobretudo na hipótese de prematuridade, custos de UTI Neonatal.

Vale ressaltar que as cesarianas aqui destacadas tanto podem ser as eletivas, ou seja, previamente agendadas, quanto intra parto, leia-se, realizadas quando a mulher já está em algum dos estágios do trabalho de parto. Um exemplo de eletiva já referida é a marcação de data antecipada para o nascimento, devido à chegada dos festejos de fim de ano, enquanto um exemplo da intraparto está na realização da cirurgia para evitar sobrecarga de parturientes para o plantão médico seguinte ou, ainda, por mera falta de paciência. (SAUAIA; SERRA, 2016)

A rede Parto do Princípio, no dossiê “Parirás com dor” (2014), feito para a CPMI da Violência Contra a Mulher, inclui a cirurgia cesariana dentre o rol de atos violentos e a divide nos grupos: eletivas, por conveniência médica, por dissuasão da mulher e por coação, com um recorte especial para tratar da tendenciosidade e dos malefícios da publicidade e da apologia ao procedimento.

Estudos comprovam que a maior parte das gestantes chega ao consultório com o desejo pelo parto normal, mas ao longo do pré natal “mudam de opinião”. (AMORIM, Mariana, 2015) Não se questiona o fato de a mulher escolher a sua cesárea por conveniência própria, achando por bem definir data e horários nos quais o bebê deva vir ao mundo, ainda que esse não dê sinais de que já está pronto. Questiona-se, na verdade, a postura do médico

ante a mulher que deseja parir, em uma gestação de risco habitual, sem complicações, induzindo-a a escolha que é mais conveniente para ele, e não para mãe e bebê. (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012)

Os resultados dos estudos da "World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health (WHOGS)", acompanhados pela OMS, entre 2004 e 2008, nos continentes Africano, Asiático e Americano, concluíram que à cesárea está associada um alto risco de desfechos graves, motivo pelo qual deve ser feita apenas na hipótese de indicação real e comprovada cientificamente como tal, compensando os seus custos e os riscos que lhe são atribuídos, algo, porém, que vem sendo praticado de forma exatamente oposta no Brasil. (AMORIM, Melania, 2012)

### 3.4 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência psicológica é uma das modalidades de violência obstétrica praticada no sistema de saúde, conhecida como uma das mais cruéis e recorrentes no ambiente hospitalar. Caracteriza-se por: ausência de informações à paciente sobre os procedimentos adotados no parto; utilização de termos e expressões ofensivas, humilhantes e vexatórias no contato com a parturiente; tratamento grosseiro e agressivo; proibir a paciente de expressar suas emoções, geralmente através de gritos e choro; postergar o contato da mãe com o recém nascido; tratar de forma diferente, destacar ou recriminar alguma característica física da parturiente; dentre outros atos. (SUAIA; SERRA, 2016)

Segundo resultados da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), dentre as mulheres que relataram ter ouvido algum despropósito durante o parto, as frases mais ditas foram, nessa ordem: “Não chora não que ano que vem você está aqui de novo” (15%), “Na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?” (14%), “Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo, não vou te atender” (6%), e “se ficar gritando, vai fazer mal para o seu neném, seu neném vai nascer surdo” (5%).

Considera-se, ainda, violência psicológica, embora essa mereça uma abordagem só sua, a proibição da presença de acompanhantes no momento do parto, sejam familiares ou doulas, expondo a mulher a um ambiente de abandono, medo e insegurança, não obstante ao descumprimento da lei 11.108/05 que prevê a presença do acompanhante como direito da gestante, o que reflete diretamente no desenvolvimento do seu processo de parturição. (CORDINI, 2015)

É importante destacar que o suporte psicossocial prestado à mulher no trabalho de parto influencia diretamente no seu progresso e até mesmo na amamentação. A presença do companheiro ou de um familiar próximo, embora sem preparo técnico, representa uma importante ajuda psicológica e emocional para a mãe, que se sente mais segura e confortada através o contato físico, dividindo o medo e unindo forças. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Por outro lado, o impedimento à participação do acompanhante, somado a um tratamento humilhante, xingamentos, ofensas e ironias recebidos, são grandes responsáveis pelo aumento da dor, bem como pelo retardo nas contrações e processo de dilatação do canal de parto. (MALDONADO, 1985)

O tratamento recebido pelas pacientes, através de práticas ofensivas e discriminatórias, está diretamente ligado a uma ideologia que encara a mulher como simples reprodutora, sendo esse o seu destino biológico. Tal pensamento inferioriza as suas capacidades física e moral, o que permite que o seu corpo e a sua sexualidade sejam tratados como algo que diz respeito a todos, está adstrito a um controle coletivo e, portanto, deve se submeter aos interesses e ao poder de alguém. Por vezes, o pai, o esposo, e, aqui, o médico. (CIELLO; CARVALHO; et. al., 2012)

A parturiente perdeu a sua condição de sujeito e tornou-se apenas um objeto, alguém que gera, que reproduz, mas tem sua singularidade desconsiderada. No âmbito dos hospitais, as mulheres são humilhadas e desrespeitadas, de sorte que a dor e o sofrimento se tornam algo quase que intrínseco e inseparável da parturição, algo que todas terão que, necessariamente, enfrentar e suportar, como uma espécie de punição pelo suposto prazer experimentado no ato sexual que desencadeou a gestação. (BARBOZA; MOTA, 2016)

Diante um cenário alarmante de violência obstétrica sendo praticada na atenção ao parto e ao nascimento no Brasil, ante as recomendações da OMS e em atenção aos movimentos de incentivo à mulher na busca por seus direitos e combate a essa modalidade de agressão, questiona-se: como o Judiciário vem se posicionando na apuração e combate aos casos de violação dos direitos dessas mulheres violadas? (PEREIRA, 2015)

## **4. O SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

### **4.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Inicialmente, é fundamental destacar a importância da Constituição e dos princípios Constitucionais na proteção aos direitos dos cidadãos, seja em sua individualidade ou considerando a convivência coletiva.

Semer apud Amorim (2014) destaca que os princípios são normas, e não só indicações meramente pragmáticas. Como tal, servem de referência para as próprias regras estritamente positivadas, até porque trazem maior coerência para a sua interpretação e posterior aplicação.

Para Ambrozi (2016), o princípio da Dignidade Humana é um dos pilares do funcionamento do Estado e de seu ordenamento jurídico, disposto no artigo 1º da Constituição Federal e reiterado por diversos momentos ao longo do texto constitucional, ao qual não pode ser imposto qualquer relativismo, de sorte que alcança a todos os sujeitos, independente de raça, condição socioeconômica, gênero, crença ou outras características pessoais. Tal princípio decorre diretamente do direito à vida, pois, segundo dispõe Pedro Lenza apud Ambrozi (2016), direito à vida não é apenas a garantia de não ser morto, é, também o direito a uma vida digna.

Assim, conforme elucida a Autora, a realização de sucessivos exames de toque, inclusive por diferentes profissionais, a utilização de métodos de contenção ou imobilização dos membros da parturiente, a tortura psicológica, a episiotomia, dentre outros atos, já narrados ao longo deste artigo, são nítidas ofensas à Dignidade, pois coisificam a mulher e a expõem à condição de objeto, desrespeitando os valores que lhe são inerentes.

Segundo Melania Amorim (2014) direito à liberdade da vida privada e à autonomia é mais um dos princípios constitucionais que aqui merecem destaque, pois é fundamental garantir que todos tenham a prerrogativa de decidir livremente sobre a sua vida, através do exercício da sua autonomia, bem como que sejam afastados quaisquer óbices ao cumprimento de sua decisão pessoal: não se pode furtar do indivíduo o seu direito de escolha, assim como não se pode lançar meios para impedir que essa escolha seja efetivamente cumprida.

Ainda de acordo com a autora, ao se analisar o aludido preceito à luz do tema da violência obstétrica, tem-se, então, que todas as pessoas têm a liberdade de aceitar ou recusar dado procedimento médico que lhe é oferecido ou mesmo imposto, aliada, do outro lado, ao direito de não ser coagido, reprimido ou retaliado em função de sua decisão. Os profissionais da saúde, portanto, devem estar preparados para respeitar o direito de seus pacientes, dialogar e esclarecer informações sobre os riscos e consequências da escolha feita,

e jamais deverão coagi-lo ou obrigá-lo a aceitar qualquer procedimento que se oponha à sua vontade.

Não se pode deixar de mencionar o Direito à Saúde, o qual está disposto no artigo 6º da Carta Constitucional, ao lado do Direito à Maternidade e à infância, com atenção, também, ao artigo 196 do referido diploma legal, que dispõe que a saúde é um direito de todos e o seu adequado fornecimento é um dever do Estado. (PESSOA, 2011)

#### 4.2 DEMAIS DIPLOMAS LEGAIS

Não há no ordenamento jurídico, a nível federal, lei que disponha especificamente sobre o tema da violência obstétrica, motivo pelo qual hoje é possível se valer apenas dos diplomas legais genéricos, a exemplo dos Códigos Penal, Civil e de Defesa do Consumidor, a depender da circunstância e dos danos causados.

Atualmente, tramitam na Câmara dos Deputados três projetos de lei que definem o que é a violência obstétrica e estabelecem punições para a sua prática, que vão de multa a dois anos de reclusão. Os projetos são dos deputados Jean Wyllys (PL nº 7633/14), Jô Moraes (PL nº 7867/17) e Francisco Floriano (PL nº 8219/17) e serão transformados em uma proposta única para deliberação. Por enquanto, a legislação brasileira segue com vácuo.

Vale salientar, porém, que, no que tange especificamente o direito da gestante de ter alguém de sua confiança ao seu lado, tal disciplina recebeu tratamento na lei nº 11.108/05, que alterou a lei 8.008/90, e impôs aos serviços de saúde a aceitação obrigatória à presença de um acompanhante junto à parturiente, nos momentos de trabalho de parto, parto e pós parto imediato. (BRASIL, 2005)

Segundo Nogueira (2015), a ausência de leis que tratem sobre a violência obstétrica dificulta a aplicação de sanções contra aqueles que praticam o dano, além de, em termos de representatividade, significarem a não preocupação do Direito com os assuntos que envolvem a saúde física e psicológica da mulher.

Apenas recentemente, mais precisamente em 17 de Janeiro de 2017, a violência obstétrica ganhou espaço na legislação brasileira. O estado de Santa Catarina foi pioneiro ao tratar do assunto na lei estadual nº 17.097/17, a qual dispõe sobre as medidas de proteção à parturiente e contra a violência obstétrica naquele estado. Antes da aludida lei, nada havia no ordenamento jurídico acerca do tema.

Já em seu artigo 2º, a lei traz o conceito de violência obstétrica, os sujeitos ativos da prática e as formas e momentos em que pode ocorrer. Assim, por força desse diploma, considera-se violência obstétrica os atos perpetrados pelos profissionais da equipe médica ou mesmo por um familiar ou acompanhante da paciente, no trabalho de parto, parto ou puerpério, que venham a ofendê-la física ou verbalmente.

No artigo seguinte, são enumeradas algumas condutas consideradas violentas e puníveis pela lei, como, por exemplo: recusar o atendimento ao parto; deixar de aplicar anestesia, quando a paciente assim requerer; manter algemadas as detentas em trabalho de parto; praticar episiotomia, quando essa não for imprescindível, etc. Vale dizer que se trata de um rol exemplificativo, não exaustivo, ou seja, diversas outras condutas, seja por sua natureza ou pelos danos que venham a causar, também poderão ser enquadradas no conceito de violência obstétrica. (SANTA CATARINA, 2017)

A lei assegura, ademais, o direito da gestante a informação, fornecida através de cartilha elaborada e distribuída pela Secretaria de Saúde, com linguagem clara e acessível. A informação, segundo o texto legal, deverá constar, inclusive, em cartazes afixados nos hospitais e demais estabelecimentos de saúde, contendo, nele, os números e canais para denúncia dos casos de violência. (SANTA CATARINA, 2017)

Ocorre, porém, que, como dito, a lei 17.097/17 é estadual, e não federal, contemplando apenas o Estado de Santa Catarina e podendo ser tão somente referenciada pelos demais entes federados, fato que demonstra a deficiência do ordenamento jurídico brasileiro e a sua dificuldade em acompanhar as necessidades sociais.

#### 4.3 JURISPRUDÊNCIA

A jurisprudência dos tribunais pátrios ainda é rasa na tratativa do tema da violência obstétrica nesses termos, pois não há decisões do Supremo Tribunal Federal ou do Superior Tribunal de Justiça acerca do referido assunto, o que se verifica através de pesquisa na plataforma “Jus Brasil” (2018).

Por outro lado, decisões com os termos “episiotomia” e “manobra de Kristeller”, leia-se, algumas das modalidades de violência mais recorrentes no atendimento aos estágios do trabalho de parto, foram encontradas nas plataformas do STF e do STJ, inclusive julgadas já há alguns anos, mas também em pouca quantidade. Essas decisões reconhecem, em sua totalidade, a existência de dano, consubstanciado em perícia ou provas testemunhais e

documentais, e são fundamentadas na Constituição Federal, Código Civil e Código Penal, a exemplo do Acórdão que apreciou o Agravo de Instrumento nº 852237, do Relator Min. Celso de Mello, publicado em 9.9.2013.

Na referida decisão, segundo o Excelentíssimo Ministro restou demonstrado o dever do hospital de indenizar a autora, devido aos danos causados à paciente em razão da prestação de atendimento hospitalar deficiente. Em decorrência da realização de episiotomia, a Reclamante foi acometida de uma lesão esfínteriana obstétrica grave, intensificada pela omissão da equipe médica no seu acompanhamento pós-cirúrgico.

Ato contínuo, no Tribunal de Justiça do estado da Bahia também não há acórdãos que tratem sobre a temática, conforme consulta ao portal “JusBrasil” (2018), o que denota a prematuridade das discussões acerca do assunto no âmbito do Judiciário, ainda que se trate de um problema real e corriqueiro, enfrentado por pelos menos 25% das mulheres, segundo dados da Fundação Perseu Abramo (2010).

Em pesquisa novamente realizada com os termos “episiotomia” e “Manobra de Kristeller”, agora restrita à jurisdição do TJBA, não foram encontradas decisões sobre Kristeller. Sobre episiotomia, foi localizado apenas um julgado, datado de 18/06/2009, da Relatora Des. Maria da Purificação da Silva, que negou provimento aos Embargos Infringentes nº 870542003 interpostos pelo Réu, por entender presente e demonstrada a existência de fístula reto-vaginal causada pelo parto por fórceps, com auxílio de episiotomia.

Em que pese o Estado de Santa Catarina ser o pioneiro na elaboração da primeira lei que trata sobre violência obstétrica no país, o termo “violência obstétrica” não foi encontrado dentre as jurisprudências do TJSC, também a partir de pesquisa no sítio eletrônico “Jus Brasil”. Além disso, buscando por “episiotomia” e “Manobra de Kristeller”, também não são encontradas decisões. Por fim, não foram localizadas menções à lei 17.097/17.

Ressalte-se que não foi possível verificar o posicionamento de primeira instância dos tribunais em espeque, bem como não foram localizadas decisões posteriores ao advento da lei de violência obstétrica de Santa Catarina. Finalmente, vale salientar que a busca foi restrita a STF e STJ, enquanto Tribunais Superiores, Tribunal de Justiça da Bahia, por ser o local onde reside a autora, e Tribunal de Justiça de Santa Catarina, por se tratar do estado precursor na elaboração e publicação de uma lei que trata sobre o tema da violência obstétrica.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente artigo buscou explicar o que é a violência obstétrica, como nasceu e, sobretudo, as formas nas quais ela se personifica dentro do cotidiano médico brasileiro. A episiotomia, a manobra de kristeller, o amedrontamento e as mentiras para indução a uma cesárea desnecessária, a opressão, dentre muitas outras agressões, se tornaram práticas contumazes no atendimento ao parto.

Constatou-se que a violência obstétrica decorre diretamente da ideia de poder que passou a sucumbir da relação médico-paciente, ideia essa que se estende desde a mudança da concepção dos hospitais – que antes eram ambientes de caridade e misericórdia e passam a local de cura - até os dias atuais. Em relação às mulheres, o autoritarismo médico se torna ainda mais presente, posto que sucumbe de um conceito retrógrado e patriarcal, no qual os corpos femininos, e o que com eles é feito, é assunto de todos – pai, esposo, sociedade em geral -, e não apenas da própria mulher, que, portanto, deve se submeter, silente e obediente, ao saber e aos interesses do médico.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde têm propagado a necessidade de uma imediata humanização do parto, não porque ele não já é humano, mas porque deixa de respeitar a individualidade e a autonomia da mulher enquanto sujeito. No sistema de saúde atual, seja público ou privado, a paciente é apenas tratada como mais uma, e a sua dor, por ser algo corriqueiro no ambiente hospitalar, é banalizada e diminuída.

O machismo enraizado na população brasileira, inclusive, paradoxalmente, no próprio sexo feminino, segue fazendo vítimas. Pune-se a mulher por suas escolhas, por sua luta por equidade, por sua independência, mas, sobretudo, por sua sexualidade.

Nessa linha de abrandamento e suavização daquilo que ataca e lesiona a mulher, física ou psicologicamente, bem como da sobreposição dos interesses masculinos sobre os femininos, seguiu o parto, e as muitas formas de violência obstétrica, praticadas diariamente, ainda são justificadas na imposição de culpa à parturiente, por questionar, por expressar suas emoções, por estar ali, pelo prazer que se permitiu na concepção daquele bebê.

Embora se trate de um tema de grande importância, como já exposto, o Brasil segue lacunoso em termos de abordagem legislativa a nível federal, e o Judiciário, na mesma linha, pouco ou nada discute sobre o assunto. A população, como reflexo de uma cultura de endeusamento do médico, aliado à falta de conhecimento e explanação do tema, segue na credulidade do “fez o melhor para mim e o meu bebê”. E os médicos, por fim, marcham fazendo mais vítimas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKER, Justina Inês; et. al. **As parteiras e o cuidado com o nascimento**. Brasília, 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500010&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 20 abril 2018.
  
2. ALVES, Alexandra, et. al. **A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno**. Paraná, 2007. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10063/6918>>. Acesso em 23 abril 2018.
  
3. AMBROZI, Michelle. **Violência Obstétrica: breve análise do desrespeito às normas Constitucionais**. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/45692/violencia-obstetrica-breve-analise-do-desrespeito-as-normas-constitucionais>>. Acesso em 19 maio 2018.
  
4. AMORIM, Mariana. **Experiências de parto e violações aos Direitos Humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica**. Goiânia, 2015. Disponível em: <[https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mariana\\_da\\_Costa\\_Amori\\_m.pdf](https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mariana_da_Costa_Amori_m.pdf)>. Acesso em 08 maio 2018.
  
5. AMORIM, Melania. **Estudando episiotomia: a voz das mulheres**. Paraíba, 2012. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia-voz-das-mulheres.html?q=estudando+episiotomia>>. Acesso em 10 maio 2018.
  
6. AMORIM, Melania. **O caso da cesariana forçada em Torres/RS**. Paraíba, 2014. Disponível em: < <http://estudamelania.blogspot.com.br/2014/04/guest-post-pelo-juiz-jose-henrique.html>>. Acesso em 17 maio 2018.
  
7. AMORIM, Melania. **Pseudociência, preconceito e a falácia do "parto animalizado"**. Paraíba, 2016. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2016/01/pseudociencia-preconceito-e-falacia-do.html?q=parto+animalizado>>. Acesso em 14 maio 2018.
  
8. ARRUDA, Kelly. **Violência contra a mulher no parto: um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19203/1/2015\\_KellyGoncalvesMeiraArruda.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19203/1/2015_KellyGoncalvesMeiraArruda.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2018

9. BARBOZA, Luciana; MOTA, Alessivânia. **Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil**. Salvador, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/viewFile/847/598>>. Acesso em: 05 maio 2018.
10. BRASIL. Lei 11.108 de 7 de Abril de 2005. **Altera a lei 9.080/90 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato**. Brasil, 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso em: 19 maio 2018
11. CARVALHO, Cynthia; SOUZA, Alex; FILHO, Olímpio. **Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências**. Pernambuco, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>>. Acesso em 10 maio 2018.
12. CAVALCANTE, Francisco; et. al. **Sentimentos vivenciados por mulheres durante o trabalho de parto e parto**. Salvador, 2007. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/3910/2877>>. Acesso em: 01 de maio 2018.
13. CESARIANA. In: Priberam DICIONÁRIO. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/cesariana>>. Acesso em: 15 maio 2018
14. CIELLO, Cariny; et. al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 05 maio 2018.
15. CORDINI, Sthefane. **A Responsabilidade Civil nos casos de violência obstétrica praticada na rede pública de saúde**. Tubarão, 2015. Disponível em: <<https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/1197>>. Acesso em 15 maio 2018.
16. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Parecer técnico sobre Manobra de Kristeller**. Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-T%C3%A9cnico-001-2016-CT-Sa%C3%BAde-Mulher-Manobra-de-Kristeller.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2018.
17. COSTA, R.; FIGUEIREDO. B. **Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação**. Lisboa, 2003. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3758>>. Acesso em: 02 maio 2018.

18. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Organização Mundial da Saúde lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas.** São Paulo, 14 mar 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>>. Acesso em: 15 maio 2018
19. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** Brasil, 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2011/02/21/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em: 29 abril 2018.
20. HELMAN, Cecil. **Cultura, Saúde e Doença.** Tradução de Daise Batista. Ane Rose Bolner. 5ª ed. São Paulo: ARTMED, 2009.
21. KLAUS, Marshall; KENNEL, John. **Pais/Bebê: a formação do apego.** Tradução de Daise Batista. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
22. LOPES, Rita de Cássia; et. al. **O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto.** Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-722005000200013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-722005000200013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 01 maio 2018.
23. MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez.** 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
24. MEDEIROS, Nathália; et. al. **Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal.** João Pessoa, 2016. Disponível em: < <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16331.pdf>>. Acesso em 07 maio 2018.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2011.
26. NASCIMENTO, Raquel Ramos; et. al. **Escolha do tipo de parto: fatores relatados pelas puérperas.** Mato Grosso do Sul, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0119.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2018.
27. NOGUEIRA, Beatriz. **Violência Obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste.** Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: < <http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-26082016-101211/?&lang=br>>. Acesso em: 18 maio 2018

28. OLIVEIRA, Sonia Maria; MIQUILINI, Elaine Cristina. **Frequência e critérios para indicar a episiotomia.** São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.
29. OLIVEIRA, Virgínia; PENNA, Cláudia. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e profissionais de saúde.** Minas Gerais, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf)>. Acesso em 12 maio 2018.
30. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia OMS – XIV MIRIN.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://mirin.com.br/uploads/Guia%20OMS%20-%20Pronto.pdf>>. Acesso em 14 maio 2018.
31. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde.** Genebra, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>>. Acesso em 12 maio 2018.
32. ORNELLAS, Cleuza Panisset. **Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados.** Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n2/v51n2a07.pdf>>. Acesso em 20 abril 2018.
33. PALHARINI, Luciana. **Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil.** Campinas, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010483332017000100307&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332017000100307&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 abril 2018.
34. PEREIRA, Derirée. **Violação ao Direito à saúde das mulheres no parto: uma análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia no TJDF sob a ótica da violência obstétrica.** Ceilândia, 2015. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/12509>>. Acesso em 20 maio 2018.
35. PESSOA, Eudes. **A Constituição Federal e os Direitos Sociais Básicos ao Cidadão Brasileiro.** Rio Grande, 2011. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9623](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623)>. Acesso em: 19 maio 2018.
36. SANTA CATARINA. Lei 17.097 de 17 de Janeiro de 2017. **Medidas de proteção contra a violência obstétrica no Estado.** Santa Catarina, 2017. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html)>. Acesso em: 19 maio 2018.

37. SANTOS, Rafael Cleison; SOUZA, Nádia Ferreira. **Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática**. Macapá, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/1592/rafaelv5n1.pdf>>. Acesso em 05 maio 2018.
38. SAUAIA, Artenira; SERRA, Maiane. **Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco**. Maranhão, 2016. Disponível em: <[www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076](http://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076)>. Acesso em 18 maio 2018.
39. SENA, Ligia. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172548/343425.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 abril 2018.
40. SILVA, Ana Carolina. **Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto**. Coimbra, 2011. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18015>>. Acesso em: 01 maio 2018.
41. SIMÕES, Sônia Maria Faria. **O ser parturiente: um enfoque vivencial**. 1º ed. Niterói: EDUFF, 1998.
42. SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
43. STEFFANI, Jovani; et. al. **Escolha das vias de parto: expectativa de gestantes e obstetras**. Santa Catarina, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198380422013000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422013000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 30 abril 2018.
44. STF. **AGRAVO REG. NO AGRAVO DE INSTRUMENTO: AI 852237 RS** Relator: Ministro Celso de Mello. DJ: 9.9.2013. JusBrasil, 2013. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24806123/agreg-no-agravo-de-instrumento-ai-852237-rs-stf/inteiro-teor-112279928?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 21 maio 2018.
45. TESSER, Charles; et. al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013>>. Acesso em: 12 maio 2018.
46. TJBA. **EMBARGOS INFRINGENTES: EI 870542003** BA. Relatora: Desembargadora Maria da Purificação da Silva. DJ: 18.06.2009. JusBrasil, 2009. Disponível

em: <<https://tj-ba.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7242873/embargos-infringentes-ei-870542003-ba-8705-4-2003/inteiro-teor-15030179>>. Acesso em: 21 maio 2018.

47. VIANA, Igor; et. al. **Episiotomia e suas complicações: revisão de literatura**. Minas Gerais, 2011. Disponível em: <[rmmg.org/exportar-pdf/893/v21n2s4a13.pdf](http://rmmg.org/exportar-pdf/893/v21n2s4a13.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2018.

48. ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. 2<sup>a</sup> ed. Barueri: Manole, 2012.