



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO

CAMILA CARVALHO ALBUQUERQUE CUNHA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
UMA ANÁLISE SOB O PRISMA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS**

BRASÍLIA
JUNHO 2015
Camila Carvalho Albuquerque Cunha

Violência obstétrica:

Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Blair

Brasília

Junho 2015

Camila Carvalho Albuquerque Cunha

Violência obstétrica:

Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais

Monografia apresentada à Faculdade de
Direito da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharela em Direito, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Paulo Henrique Blair de Oliveira,
Doutor pela Universidade de Brasília
Professor Orientador

Professor Guilherme Scotti
Doutor pela Universidade de Brasília
Integrante da banca examinadora

Argemiro Cardoso Moreira Martins
Doutor pela Universidade Federal de Minas Gerais
Integrante da banca examinadora

Brasília, XX de junho de 2015

Dedicatória

*À minha família, maior
incentivadora dos meus estudos
desde os primeiros passos.*

*Às minhas amigas de faculdade,
presentes em todos os acertos,
erros, choros e risos.*

*E ao meu melhor amigo, que, de
alguma maneira, esteve sempre
aqui.*

RESUMO

Esta dissertação apresenta o problema da violência obstétrica sob um prisma jurídico, contrapondo os atos atentatórios à integridade física e psíquica da mulher aos seus direitos fundamentais.

A consequência lógica deste raciocínio é que, a despeito da inexistência de lei específica, o parto humanizado já é direito subjetivo plenamente garantido pelo sistema jurídico brasileiro. Com auxílio da teoria pós-positivista de Dworkin é possível que a interpretação dos princípios da dignidade da pessoa humana, liberdade, igualdade e diversidade sejam ressignificados para assegurar às mulheres o direito a um parto humanizado.

O maior problema da violência obstétrica é a naturalização dos atos atentatórios, o que, muitas vezes, impede que até mesmo a própria vítima se identifique como violentada. Em oposição a este abuso de gênero tão enraizado em nossa sociedade, o movimento pela humanização do parto tem como pontos principais: a) o protagonismo da mulher; b) o apoio à liberdade de escolha e à individualidade da parturiente; c) o uso de procedimentos com respaldo científico.

A humanização do parto já representa um partido com representação significativa entre médicos e entre futuras mães. No direito, entretanto, inicia seus primeiros passos rumo seu reconhecimento como direito fundamental.

Palavras-chave: violência obstétrica, parto humanizado, protagonismo da mulher, autonomia, liberdade, dignidade, políticas públicas, casa de parto.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

MS- Ministério da Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

OMS – Organização Mundial de Saúde

CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

SUMÁRIO

Introdução	8
1 - Apresentação do problema	9
1.1 – Violência obstétrica – conceito e apresentação de alguns atos.....	11
1.2 - O parto humanizado:.....	22
2 - A violência obstétrica e os direitos fundamentais	24
2.1 – A história do parto – uma breve retomada histórica	24
2.2 O parto humanizado e os direitos fundamentais	28
2.3 – A autodeterminação sobre o próprio corpo – Liberdade, igualdade, dignidade e diversidade.	36
2.3.1 – Dignidade da pessoa humana	36
2.3.2 - Liberdade	37
2.3.3 - Igualdade.....	37
2.3.4 – Diversidade	39
3 - Políticas públicas para o combate da violência obstétrica	39
Conclusão	43
Referências bibliográficas	45

INTRODUÇÃO

Como todas as demandas sociais, a consciência comunitária acerca da violência obstétrica advém de uma construção histórica.

O parto nem sempre foi um procedimento médico. Nos primeiros tempos, os nascimentos aconteciam com a ajuda de outras mulheres da comunidade. Tratava-se de um evento completamente feminino. No entanto, com o surgimento das universidades, por volta do século XVI, a prática médica transformou-se de uma realização mística e comum em um conhecimento científico e, portanto, elitizado. Ainda que este primeiro movimento não envolvesse a obstetrícia, com o tempo todo conhecimento empírico foi perdendo sua força, inclusive o das parteiras.

Aos poucos, as mulheres foram se transferindo para os hospitais, na falsa crença de que isto diminuiria sua dor e também a mortalidade neonatal. Iniciou-se o parto tecnocrático.

Esta mudança não se baseou em qualquer dado científico e, ainda assim, acabou por resultar no paradigma atual de partos, no qual a mulher é tratada como mero sujeito secundário do nascimento de seu filho, sem atenção às suas necessidades e, muitas das vezes, com atos atentatórios à sua integridade física e moral.

Como os atos violentos são corriqueiros e repetem-se por vários anos, acabaram se enraizando no consciente coletivo da sociedade, de forma que muitas vezes a violência obstétrica é ignorada até mesmo por suas próprias vítimas. O maior problema desta clara violência de gênero é a sua naturalização.

Este quadro, os poucos, vem mudando. A luta pela humanização do parto não é recente. Iniciada nos anos 50, por médicos dissidentes do modelo tecnocrático, vem ganhando cada vez mais adeptos e visibilidade nas mídias e espaços públicos de discussão.

No Brasil, existe hoje o PL 7.633/2014, tratando especificamente do direito ao parto humanizado como garantia subjetiva de toda mulher. Este trabalho busca analisar, entretanto, que os atos atentatórios violam os direitos fundamentais das parturientes e que, a despeito da inexistência de uma lei vigente que regule o tema, esta já é uma prerrogativa plenamente protegida pelo sistema jurídico brasileiro.

CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

A terminologia “violência obstétrica” é relativamente nova, tanto para as discussões públicas quanto na esfera jurídica. Entretanto, a temática ganha cada vez mais espaço nestes dois espaços. De início, um passo importante em direção à elucidação do problema é mostrar como muitos atos até então considerados corriqueiros dentro de hospitais e clínicas passaram a ser considerados hostis à saúde feminina.

A luta contra a violência obstétrica fundamenta-se no âmbito dos direitos humanos, mais especificamente, nas garantias sexuais e reprodutivas.

Os direitos reprodutivos representam o poder decisório sobre a geração ou não de filhos, o número de descendentes e o intervalo entre eles. Ao passo que os direitos sexuais incluem a liberdade de expressão, da sexualidade e de escolha de parceiros; a autonomia, o direito ao prazer, entre outros. Ambos, para seu completo gozo e fruição, pressupõem a garantia de saúde pública de qualidade, de ampla informação, de autonomia, de liberdade, de não discriminação, de não coerção, dentre outros direitos básicos, a todos os cidadãos.

O reconhecimento destas prerrogativas sexuais e reprodutivas como direitos humanos desenvolveu-se de uma ampla construção histórica, ganhando uma importância mais significativa após a revolução feminista da década de 70. O marco do seu reconhecimento público veio apenas com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD).

A CIPD foi realizada no Cairo, Egito, em 1994 e reuniu 179 países. O congresso foi um marco nas políticas de gênero, reunindo representantes de Governos, das Nações Unidas, de entidades não governamentais e de meios de comunicação. Pela primeira vez, a comunidade internacional deslocou o objeto do debate do controle de natalidade, como forma de garantir o equilíbrio econômico mundial, para voltar-se à questão de gênero como premissa para a qualidade de vida dos indivíduos. A mudança de paradigma refletiu uma crescente tomada de consciência de todo o mundo acerca destas questões e assegurou os direitos sexuais e reprodutivos como componentes do rol de direitos humanos, uma conquista histórica.

Como conclusão das discussões, a convenção estabeleceu três metas a serem seguidas pelos países signatários: a) redução da mortalidade infantil e materna; b) acesso à educação, principalmente para as meninas; c) acesso universal a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar.

O Brasil teve papel relevante na convenção. No país, o movimento feminista já se mostrava forte e com grande poder reivindicatório das garantias à mulher desde a década de 80. Acompanhando o movimento destas organizações civis, o governo brasileiro, mesmo antes da CIPD, já promovia programas de saúde feminina e, para participar do evento em 94, organizou um processo de consulta popular denominado “Encontro Nacional Mulher e População: nossos direitos para o Cairo 94”. Da opinião popular nasceu a “Carta de Brasília”, que reforçou os princípios básicos a serem defendidos pelo Estado na convenção, como não coerção e liberdade de escolha.

Após os debates da convenção, o Brasil obrigou-se a desenvolver as principais metas estabelecidas na CIDP por meio de políticas públicas, envolvendo desde a produção de normas até a criação de programas de saúde e educação da população.

Em 2001, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 569¹, tratando do acesso e garantia amplos à saúde para gestantes e recém-nascidos. Buscando aprimorar o tratamento da saúde da mulher, desta vez com atenção ao período gestacional, o diploma legal instituiu medidas como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes, além de prosseguir à política, já iniciada nos anos 80.

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

¹BRASIL. Portaria n º 569/2001 do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html . Último acesso em: 29 Jun. 2015

- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Desde 2001, portanto, o Brasil reconhece a obrigação das entidades estatais em garantir tanto à gestante quanto ao recém-nascido um atendimento humanizado, como premissa de uma vida digna. Desde então, diversos outros diplomas tratando destes direitos foram editados, como a lei 11.108/09 que garante a presença de um acompanhante, de escolha da grávida, durante o período de parto e pós-parto.

Apesar das regulações legais e de outros movimentos governamentais, mais de vinte anos após a realização da CIPD e quase quinze após a primeira resolução sobre o tema, a realidade brasileira se mostra longe de promissora. Dados da pesquisa sobre parto, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Ministério da Saúde², revelam que o índice de partos por procedimento cirúrgico é de 52% e supera, em muito, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) — que indica taxas ideais entre 10% a 15% dos nascimentos.

Estes dados tão preocupantes alarmaram autoridades no assunto e a sociedade civil e, como consequência, deram mais força ao movimento pela humanização do parto, não apenas para a redução de cirurgias desnecessárias, mas para o combate a toda violência cometida contra a mulher e seu filho antes, durante e logo após o parto.

Como a temática da violência sofrida pelas mulheres durante o parto é relativamente recente como objeto de discussão nos polos jurídico-sociais, faz-se útil, antes de qualquer raciocínio lógico-jurídico, uma apresentação e conceituação do tema:

1.1 – Violência obstétrica – conceito e apresentação de alguns atos

² Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Maria do Carmo Leal e divulgada em 2014. É o maior estudo já realizado sobre o tema no Brasil. Foi realizada nos anos de 2011 e 2012 e ouviu cerca de 23.940 mulheres, tanto de maternidades públicas quanto privadas.

Como parte de uma conquista histórica dentro das questões de gênero, em 2007, a Venezuela reconheceu, em lei, a existência de um tipo de violência contra a mulher que decorre de situações em ambiente hospitalar, no momento do parto: a chamada “violência obstétrica”. Desde então, termo vem desde então ganhando força dentro dos movimentos sociais preocupados com questões de gênero, em especial aqueles que lutam por um atendimento nos primeiros momentos da gestação e da maternidade.

Nos termos da OMS³:

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança.

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.

Várias são as práticas hospitalares que atentam contra a dignidade, a integridade e liberdade da mulher, caracterizando a violência obstétrica. Algumas delas são tão enraizadas na prática médica que muitas vezes as vítimas sentem-se intimidadas de denunciar os abusos e traumas sofridos. Por isso a importância de ao menos exemplificar os atos violentos. Alguns deles são apresentados a seguir:

a) Negativa do direito ao acompanhante da parturiente e a falta de suporte emocional:

³ OMS. Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf . Último acesso: 26 Jun. 2015.

Por determinação da lei 11.108/05, é obrigatório que os hospitais, maternidades e assemelhados permitam a presença de um acompanhante indicado pela gestante para acompanhá-la durante o trabalho de parto, durante o parto e pós-parto, por um período por até 10 dias. A determinação é impositiva tanto para instituições públicas quanto privadas.

A importância do acompanhamento de alguém de confiança é a tranquilidade que esta presença dará a mulher. Com a grávida mais tranquila e se sentindo segura ao lado de uma pessoa conhecida, o parto pode ser mais curto e menos traumático, evitando uso de medicamentos desnecessários.

Embora a legislação que torne obrigatória a presença do acompanhante no momento do parto esteja vigente desde 2005, as estatísticas indicam a falta de efetividade da medida legal.

A Rede Cegonha, projeto realizado em parceria com o SUS, colheu dados por todo o Brasil entre novembro de 2011 e março de 2012, consultando quase 25.000 mulheres. A pesquisa não se voltou apenas para o acompanhamento durante o parto, mas para uma análise do panorama obstétrico brasileiro como um todo. O instrumento de pesquisa foi elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS em parceria com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS, contemplando 38 perguntas sobre atenção à saúde da mulher no pré-natal, parto, pós-parto e saúde da criança e ainda 6 perguntas de perfil (idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, renda familiar e se beneficiária do Programa Bolsa Família).

Como resultado, o estudo concluiu que, cerca de seis anos após a lei ser sancionada, 62,4% das mulheres entrevistadas declararam que estavam desacompanhadas durante o trabalho de parto. Entre os principais motivos acusados como causa para este quadro, a pesquisa apontou que 57,3% responderam que o serviço não permitiu a presença do acompanhante e que 14,7% afirmaram que desconheciam seu direito.

b) Prática de protocolos médicos desencorajados pela OMS:

Incluem-se entre os procedimentos desencorajados pelos novos estudos médicos: aplicação de ocitocina, uso intravenoso de soro de hidratação, posição de litotomia para o parto vaginal, dentre outros.

Não existe, de forma regulamentada, um protocolo geral de atendimento à gestante durante seu período dentro da clínica médica. Ao dar entrada na maternidade, como pacientes em um ambiente hospitalar – e não como mulheres saudáveis a serem assistidas durante um procedimento natural – é comum que as grávidas, como primeiro procedimento, recebam soro intravenoso para hidratação. Trata-se de uma assistência hospitalar geral, que facilita a aplicação de medicamentos que venham a ser necessários.

O uso do soro intravenoso prejudica a mobilidade da gestante, dificultando a forma de lidar com as dores uterinas, além de atrapalhar o relaxamento do corpo, tão caro um parto tranquilo e emocionalmente seguro. A aplicação venosa é uma prática desnecessária em nascimentos que sigam a via natural, mas que, em face do grande número de intervenções praticadas atualmente. A mais comum delas é o uso de ocitocina sintética.

A função da ocitocina no parto é promover as contrações uterinas, de forma ritmada, até que o bebê nasça. Quando a mulher entra em trabalho de parto naturalmente, a ocitocina produzida pelo próprio corpo encarrega-se deste trabalho.

Quando é feito o diagnóstico de que o trabalho de parto não está evoluindo como deveria e que isto pode ocasionar riscos reais para o feto, o medicamento pode ser útil para salvar vidas. Entretanto, o quadro atual é de aplicação rotineira de ocitocina sintética como forma de induzir o parto nas mulheres com mais de 41 semanas de gestação.

Esta prática parte do pressuposto que o período gestacional é um termo exato, sem considerar o desenvolvimento particular de cada feto. Além disso, a ocitocina sintética é um medicamento como outro qualquer, devendo ser usado com parcimônia e apenas nos casos indicados, pois, o aumento das contrações pode significar uma dor significativamente mais intensa para a parturiente, podendo culminar, inclusive em uma ruptura do útero. O uso banalizado do hormônio sintético apenas reafirma a prevalência do trabalho médico, ao acelerar o tempo gasto com o parto, frente ao conforto da mulher.

Além do soro como medida cautelar para eventuais complicações, também é comum que os hospitais mantenham as mulheres em jejum e sem beber água. A medida prepara o corpo da gestante para anestésias e procedimentos cirúrgicos que sejam eventualmente necessários. Tendo em consideração que a OMS definiu como 10% a

taxa normal de cesarianas não-eletivas, não há porque manter as futuras mães com fome e sede para prevenir algo estatisticamente improvável.

Um trabalho de parto pode durar horas e muita energia é gasta com as contrações uterinas. É recomendado que a parturiente alimente-se com comidas leves como frutas e cereais, além de manter-se hidratada para compensar o líquido que perdido pelo suor. Desta forma, sustentará o trabalho de parto com mais facilidade.

Outra prática comum, e ao mesmo tempo controversa dentro do movimento do parto humanizado é a posição de litomia. De acordo com a OMS⁴, a posição que deve ser adotada pela mulher durante o trabalho de parto no momento expulsivo deve ser sempre aquela no qual se sinta mais confortável. Sabe-se, hoje, que algumas posições favorecem a expulsão do bebê, enquanto outras podem acabar dificultando a sua saída.

A posição de litotomia, dentre todas as existentes, é a menos recomendada por diversas razões, dentre elas: a expulsão do bebê contra a gravidade, o peso do neném sobre os ossos do cóccix – o que impede sua total dilatação, e a tensão dos músculos do períneo pela posição das pernas – o que aumenta os riscos de laceração. Entretanto, é ainda a posição mais comum, pois permite uma melhor visualização da vagina pelo médico e também possibilita maior manejo em possíveis intervenções, como episiotomia e uso de fórceps. Mais uma vez, a estante deixa de ser a protagonista do parto e cede seu lugar ao obstetra.

Existem inúmeras outras práticas danosas ao conforto e saúde da mãe e do bebê, estas são apenas algumas das mais comuns no ambiente hospitalar, mas que, por estarem tão difundidas no meio médico, passam despercebidas como atos atentatórios à integridade de direitos humanos da gestante.

c) Episiotomia

No artigo “*Episiotomia: revendo conceitos*”, publicado por um conjunto de médicos, professores da área obstétrica e fisioterapeutas do estado de São Paulo⁵, o procedimento foi assim definido:

⁴ OMS. Wo Recomendatios for augmentation of labor. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf. Último acesso: 26 Jun. 2015

⁵ ZANETTI, Miriam Raquel Diniz, PETRICELLI, Carla Dellabarba, ALEXANDRE, Sandra Maria, TORLONI, Maria Reginai, NAKAMURA, Mary Uchiyama e SASS, Nelson. Episiotomia: revendo

Segundo a OMS (1996), a episiotomia é uma operação ampliadora para acelerar o desprendimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau (incluindo mulheres que tiveram laceração de 3º grau em parto anterior). Já Guariento e Delascio referem que essa cirurgia ampliadora está indicada também para se evitar a compressão prolongada da cabeça, particularmente em prematuros, o que favorece o trauma craniano. Referem, também, que não é só para a cabeça primeira que se praticará a episiotomia, senão também para derradeira, de acordo com o obstáculo à respectiva desenvolvimento. Observam-se, ainda, muitos outros motivos alegados para se realizar a episiotomia. Rezende ainda considera esse procedimento indispensável nas primíparas e nas múltiplas que já foram episiotomizadas.

Um levantamento realizado em 2003 em hospitais de onze países (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, República Democrática do Congo, Equador, Índia, Tibet, Uruguai, Venezuela e Zâmbia), revelou que a taxa de episiotomia foi superior a 90% entre as nulíparas.

O mesmo artigo indica que anda não há um consenso sobre qual seria o índice ideal de episiotomias a serem realizadas, mas a recomendação da OMS é de 10%, bem distante do que ocorre na realidade.

Apesar de amplamente utilizada, a episiotomia é repassada entre professores e alunos de medicina, ratificada pelo tempo, mas sem o necessário respaldo científico. Como resultado desta corrente viciada, tem-se o uso quase unânime de intervenção cirúrgica, com a necessidade de anestesia, sutura e ainda com riscos de infecção e erro onde, na realidade, deveria ocorrer um processo natural, sem a necessidade de maiores intervenções.

Além dos riscos cirúrgicos, uma incisão em uma região íntima da mulher comumente causa danos psicológicos graves. No documentário “Violência Obstétrica: a voz das brasileiras”, dentre os diversos depoimentos sobre as experiências vividas no momento do parto, Ana Paula Garcia expressou sua experiência com a episiotomia⁶:

*“[A episiotomia] me causou durante uns bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou...e [desconforto] psicológico...eu me sentia estranha, eu não gostava que meu marido encostasse naquela região...Então me afetou bastante essa episiotomia.
Eu me senti violada, violentada. [...] quando eu leio algum relato de violência sexual, como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo...”*

conceitos. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf> . Último acesso: 26 Jun 2015

⁶ Violência Obstétrica - a voz das brasileiras. Vídeo documentário popular produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Disponível em: <http://youtu.be/eg0uvonF25M> Último acesso em: 30 Jun. 2015

A médica Daphne Rattner, doutora pela *University of North Carolina* e atualmente professora na Universidade de Brasília, fala sobre como a episiotomia faz parte de uma cultura hospitalar, realizada partindo de pressupostos falaciosos e, quase sempre, sem que a mulher seja questionada sobre a autorização para que seja realizada:

“A cultura médica institucionalizou a episiotomia como algo que é necessário para conseguir parir. Parte de um pressuposto não explicitado de que o corpo da mulher é defeituoso. Imagine, aquela cabeça enorme do bebê vai arrombar a mulher na hora que passar, então precisa cortar.

Não precisa! O corpo da mulher é perfeito. A natureza jamais faria isso com a mulher e, se ela tem liberdade de posição o bebê nasce naturalmente.

Veja, temos séculos e séculos de mulheres que pariram sem episiotomia. Esta é uma prática que foi publicada pela primeira vez como recomendação em 1929. Então não é algo que se deva fazer, mas passou a fazer parte da cultura de serviços”.

d) Amarrar a grávida e coloca-la num ambiente hostil.

Talvez seja a prática violenta mais evidente e, por isso, é a mais facilmente inidentificável. Em agosto de 2014, foi publicada no jornal *Estadão*⁷ a notícia de que o estado de São Paulo fora condenado a pagar indenização de R\$50.000,00 (Cinquenta mil reais) a ex-detenta que fora obrigada a permanecer algemada durante o trabalho de parto.

O caso de grave ameaça à dignidade humana ocorreu em 2011, com grande divulgação pela mídia nacional. Apenas depois da notoriedade do fato, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), órgão do Ministério da Justiça, publicou no Diário Oficial a Resolução nº 3, de junho de 2012, que recomenda a não utilização de algemas ou outros meios de contenção em presos que sejam conduzidos ou permaneçam em unidades hospitalares, salvo se restar demonstrado a necessidade da sua utilização por razões de segurança, ou para evitar uma fuga, ou frustrar uma resistência.

Casos como os das detentas durante seu parto são facilmente identificados como casos de violência física. Há, no entanto, linhas mais tênues de atos atentatórios contra a segurança da mulher. O momento do nascimento do filho gera na mulher um estado psicológico de ansiedade e vulnerabilidade. Para que um parto seja saudável e

⁷ JUSTIÇA determina que mulher algemada em parto seja indenizada. *Estadão*. 14 de agosto de 2014. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,justica-determina-que-mulher-algemada-em-parto-seja-indenizada,1544024> Último acesso: 26 Jun. 2015

prazeroso, deve ser proporcionado à mulher um ambiente de relaxamento e segurança, o que levará à liberação da ocitocina natural – o chamado hormônio do amor, que irá aumentar as contrações uterinas – e um maior alargamento dos ossos da bacia, facilitando a passagem do bebê.

Não se pode esquecer que, apesar do ambiente hospitalar, a parturiente não é uma doente. Trata-se de uma pessoa que necessita de assistência especializada para passar por um processo saudável. Deste ponto de vista, fica perceptível como os procedimentos médicos mais comuns podem tornar o ambiente de parto hostil e estressante para a parturiente: o soro injetável atrapalha na forma de lidar com as contrações do trabalho de parto – sem mencionar os casos em que as futuras mães têm seus braços e pernas amarradas durante o processo de nascimento – de forma que não atrapalhem as manobras do obstetra - e colocadas em quartos com iluminação extremamente forte sem direito a acompanhante.

O ambiente descrito é tido como o meio comum de parir, aceito pelos médicos e pelas próprias mães, que, muitas das vezes, nem mesmo de são conta do quão violento a experiência foi. Fica evidente a objetificação da mulher frente à posição de importância do médico.

e) Objetificação da gestante

“Eu tive um atendimento desumano. Eu fui tratada como um bicho, acho que nem um animal é tratado dessa forma. Eu fui tratada como um objeto inanimado. Sem direitos. Tinha hora que eu ficava pensando ‘nossa, eu fui tratada como uma prisioneira, uma criminoso.’”⁸

“Eu quero alertar para todo mundo assim. Eu quero gritar: o parto é da mulher”.

“Eu peço que a nossa voz seja ouvida, que as nossas histórias não sejam ignoradas.”

Estes são os três primeiros relatos do documentário “*Violência Obstétrica - A voz das brasileiras*” e que relatam bem o sentimento de inferioridade das mulheres que passaram por atos violentos durante seus trabalhos de parto.

A objetificação da mulher é ponto de difícil compreensão e aceitação até mesmo para as mulheres que passaram por procedimentos violentos. Isto porque os

⁸ Violência Obstétrica - a voz das brasileiras. Vídeo documentário popular produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Disponível em: <http://youtu.be/eg0uvonF25M> Último acesso em: 30 Jun. 2015

protocolos hospitalares atuais, muitos deles sem o devido respaldo científico, estão bastante assentados e aceitos, não apenas pela cultura hospitalar, mas pela sociedade em geral. Desta forma, muitas mulheres, desinformadas dos estudos médicos mais atuais, aceitam a experiência como normal, sem se insurgir contra esta realidade e sem se permitir o direito a reclamar seu sofrimento.

Nos protocolos atuais, a gestante nunca é a protagonista de seu próprio trabalho de parto. Vários dos atos acima descritos colocam o médico como centro do nascimento, em detrimento do conforto da mulher.

Além disso, é comum que as decisões tomadas durante o parto não sejam comunicadas para aquela que é dona do corpo que sofrerá todos os efeitos dos procedimentos adotados. O médico é detentor do saber e é ele que tem o poder em uma relação em que não há garantia de transparência, não existe uma abertura que possibilite que as escolhas sejam tomadas em conjunto, mas sim uma hierarquia entre as partes.

Mesmo quando as mulheres buscam a informação e chegam ao momento do parto cientes das práticas comuns e do que é melhor indicado pelos estudos atuais, é comum que os médicos desrespeitem suas vontades, o que demonstra ainda mais sua inferioridade frente à força do médico. Durante o nascimento do bebê, a mulher encontra-se num momento de fragilidade muito grande e não tem força para lutar contra toda uma equipe ou de se fazer representar frente a esse sistema forte e estabelecido.

f) Cesariana eletiva

Cesariana eletiva é aquela realizada sem as reais indicações médicas. O procedimento cirúrgico que surgiu como forma de salvar vidas, tanto da mãe quanto do filho, em casos gestacionais específicos. No entanto, com o tempo a cultura do parto incisivo foi se disseminando até chegar em números alarmantes.

A cultura do parto por meio cirúrgico surgiu da concepção laica de nascimento: em oposição à dor do parto como pena pelo pecado original, a medicina trouxe formas de aliviar o sofrimento da mulher.

Carmen Simone Grilo Diniz - formada em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e participante da pesquisa “Nascer no Brasil:

Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” - assim descreve a cultura da intervenção médica no parto⁹:

Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um apagamento da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolve uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. (...) No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (Magalhães, 1916).

O modelo de assistência acima descrito, da sedação completa associada ao parto instrumental, foi abandonado após várias décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável. Porém, com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (Martin, 1987). Inicialmente restrito às elites e às indigentes que acorriam às maternidades-escola, o modelo hospitalar se expandiu como padrão da assistência nas áreas urbanas. Na metade do século 20, o processo de hospitalização do parto estava instalado em muitos países, mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Tew, 1995).

Não sem resistência das parteiras, em alguns países a obstetrícia não-médica, leiga ou culta, foi ilegalizada, assim como o parto não-hospitalizado. No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986).

Percebe-se, portanto, que a utilização da cesariana de forma eletiva, mesmo sem as reais indicações médicas, instalou-se como prática comum, como uma forma de cultura, transmitida de professores para alunos como método seguro mesmo que, em sua maioria, as práticas não tenham o respaldo científico necessário.

A prática de cesarianas eletivas se disseminou no meio médico como prática comum e aliou-se a problemas estruturais, resultando em índices alarmantes que

⁹ DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Vol. 10, mar.2005. p. 627- 637.

chamaram a atenção das autoridades de saúde pública. Segundo dados colhidos pelo Ministério da Saúde, em 2008, no inquérito Nascer Brasil, 52% das brasileiras tiveram seus filhos por cesarianas naquele ano. Ao analisar apenas o setor privado, a estatística subiu para preocupantes 88% de partos por meio cirúrgico.

A pesquisa mostrou um paradoxo com declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza, segundo a qual Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%¹⁰. Além da cultura institucionalizada, outros fatores estimulam que o procedimento cirúrgico seja usado em índices acima do que se considera normal.

No setor público, os números são menores, pois a incidência de cirurgias relaciona-se, além da cultura médica, ao número de leitos e de profissionais nas maternidades. Com uma estrutura reduzida e precária, é necessário que a vazão dos pacientes seja a mais rápida possível.

No setor particular, os números são ainda mais alarmantes, com uma quase totalidade de partos por vias não-naturais. Isto ocorre pela chamada “mercantilização do parto”: o período de trabalho de parto é imprevisível e longo, um incômodo para o cotidiano dos médicos, que devem desmarcar seus compromissos e consultas para atender as parturientes, além de demorar longos períodos para receber por um único parto. A cesariana, por seu turno, é pré-agendada e curta. Ao tempo de um parto normal, o mesmo médico pode ser pago por três partos cirúrgicos, sem nem mesmo ter que passar por imprevistos ou pelo período de plantão.

A cirurgia é economicamente viável. Na área pública, embora gere mais custos – com anestésias e demais cuidados caros a uma intervenção do tipo – ajuda a desobstruir a estrutura precária. Na área privada, gera mais ganhos aos médicos. Portanto, ao longo do tempo, foi criada uma cultura de cesarianas necessárias sem o necessário respaldo médico para tal. Esta cultura foi repassada e aceita pelas mulheres. No filme “O renascimento do Parto”, o ator Márcio Garcia relata que:

¹⁰ OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1 Último acesso: 26 Jun. 2015

O parto natural faz parte da fisiologia humana e traz inúmeros benefícios para a mãe e para o bebê. Não há razões para que esse processo natural seja transformado em sofrimento, ou mesmo parar que seja abandonado por razões médicas.

1.2 - O parto humanizado:

Carmen Simone Grilo Diniz define o termo humanização dentro da assistência médica:

À medida que o uso do termo humanizar se expande e é utilizado pelos diferentes atores sociais, cada um deles faz sua interpretação e recriação do termo, aplicado para outras formas de assistência. (...) A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.¹¹

O parto humanizado é um conceito complexo, que demonstra uma mudança de paradigma frente aos protocolos atuais. Como parte do movimento que envolve as questões de gênero, é conceito complexo, que envolve várias dimensões dos direitos da mulher.

1. O protagonismo da gestante

Talvez o principal ponto seja o protagonismo da gestante: a mulher é a principal peça do processo de parto, com total garantia da sua autonomia de escolha. Dentro do parto humanizado, ela terá resguardada sua liberdade de escolha sobre o local do nascimento – desde que assistida por um profissional responsável e devidamente credenciado-, sobre a forma e posição de parir, sobre o acompanhante, além de ser sempre questionada sobre as intervenções realizadas sobre seu corpo.

2. A prática de procedimentos com respaldo científico:

Grande parte dos protocolos atuais é na verdade atividades que são reproduzidas ao longo dos anos e que foram ratificadas pelo tempo e não pela ciência. A partir dos anos 80, no entanto, esses atos foram reanalisados e a conclusão foi o extremo oposto daquilo que se esperava das ciências médicas: os procedimentos hospitalares mais usuais durante o parto não têm fundamentação científica. Grande parte dos

¹¹ DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Vol. 10, mar.2005. p. 627- 637.

procedimentos que causam sofrimento às parturientes, como a episiotomia, a manobra de krysteler, o uso de fórceps, não têm respaldo comprovado pela ciência, podendo, portanto, ser alterados ou mesmo abandonados para que a qualidade do parto seja incrementada.

3. Respeito à singularidade da mulher

Cada gestante é um ser singular e que, para tornar o ambiente e o ato de parto o mais naturais e confortáveis possível, precisa de diferentes estímulos que a levem a tal. Um procedimento geral e impessoal durante o ato de parir apenas aumenta a hostilização do ambiente e o desconforto da grávida em ser mantida naquele local.

Daphne: “Cada mulher é uma mulher. Cada mulher tem sua história. Cada mulher tem sua crença. Se ela quiser, por exemplo, ouvir alguma música, porque que não pode ter uma música de fundo. Se ela quiser que reduza a luz na sala, porque não se pode reduzir:”.

Capítulo 2 - O PARTO HUMANIZADO E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS

2.1 – A história do parto – uma breve retomada histórica

No que tange à luta pela humanização do parto, a releitura dos conceitos de liberdade, integridade e autodeterminação aplicados especificamente ao momento do nascimento correlacionam-se à evolução da clínica médica e da história do parto em si.

A medicina, como ciência, nasce como contraponto à filosofia e às curas místicas filosofia. Influenciada pelo positivismo e pelas ciências exatas, por volta do século XVI inicia-se uma experiência taxionômica dos males: para poder curar os enfermos, primeiro era necessário que todas as doenças fossem observadas, identificadas e agrupadas de acordo com suas características e formas de manifestação. Assim, utilizando-se de um método científico, os médicos poderiam cruzar os dados e concluir qual a melhor forma de tratamento para o caso específico. Deste momento em diante, a saúde torna-se preocupação e obrigação do Estado, pois da organização cartesiana dos sintomas e patologias, surgiu a compreensão de que o a cura dos doentes significa também o controle de pragas. Pela primeira vez, a saúde foi vista como interesse público. Com essa mudança, o governo buscou controlar aqueles que exerciam a atividade ¹²:

“prescrevia-se que a medicina, a partir de então, seria ensinada em todas as universidades do reino que tinham, ou tiveram, uma faculdade; que as cátedras, em lugar de permanecerem indefinidamente vacantes, seriam disputadas logo que estivessem livres; que os estudantes só receberiam seu grau depois de três anos de estudos devidamente verificados por inscrições feitas todos os quatro meses; que a cada ano se submeteriam a um exame, antes das atas que lhes dariam o título de bacharel, licenciado e doutor; que deveriam assistir obrigatoriamente aos cursos de anatomia, de farmácia, de química e galência e às demonstrações de plantas. Nessas condições, o art. 26 do decreto postulava como princípio: “ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente, se não obteve grau de licenciado”

Nesta estrutura, os hospitais surgem como a institucionalização desta nova forma de saber: um local de vigilância constante e suplementar ao cuidado das famílias. Assim como a ciência médica, a estrutura física das clínicas também deveria dividir os doentes em alas separadas de acordo com seus sintomas. Desta forma, seria evitado o cruzamento das patologias e a formação de novas doenças.

¹² FOUCAULT, Michel. O Renascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011. p. 48

A institucionalização de um local para o tratamento dos enfermos, então, também significou a criação de um local no qual seria colhido e aplicado um conhecimento fechado e controlado, no qual o paciente, ignorante, teria apenas o papel de receber e obedecer aos comandos do médico, detentor de toda a técnica. Como bem explicado por Foucault, *“Compreende-se, nessas condições, que a clínica só tenha tido uma única direção: a que vai de cima para baixo, do saber constituído à ignorância.”*¹³.

O parto, por seu turno, não nasceu como ato cirúrgico ou hospitalar. Seu posicionamento dentro da estrutura clínica surgiu de uma evolução histórica tanto da cultura social quanto da própria medicina.

De início, o parto era realizado pelas próprias mulheres, que se utilizavam de técnicas empíricas para assisti-lo. Aquela com mais reconhecimento entre a comunidade recebia o título de parteira ou cachimbeira. Seus conhecimentos eram embasados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente de geração para geração. O nascimento era uma cerimônia puramente feminina e intimista, na qual a assistente do parto auxiliaria a futura mãe, respeitando seu tempo, seus costumes e sua cultura.

Com a baixa idade média, a forma de conceber o mundo começou a se modificar. Entre as muitas mudanças, o já descrito nascimento da clínica médica a percepção da saúde como assunto de interesse público. Inicialmente, as mudanças na medicina não incluíram o parto, no entanto, culturalmente, a figura do médico ganhou respeito e prestígio, enquanto as curas místicas e empíricas perderam gradualmente sua credibilidade¹⁴:

“o médico se torna agente detector das necessidades e juiz da natureza e do grau da ajuda que é preciso conceder. A descentralização dos meios de assistência autoriza uma medicalização do seu exercício. Reconhece-se aí uma ideia familiar a Cabanis, a do médico-magistrado: é a ele que a cidade deve confiar “a vida dos homens” em lugar de deixá-los a mercê dos astuciosos e das comadres”.

No início, a revolução científica da medicina não incluiu o momento do nascimento por um motivo: As universidades eram locais acessíveis apenas à homens de alta classe, enquanto o parto era uma cerimônia tipicamente feminina. As parteiras,

¹³ FOUCAULT, Michel. O Renascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011. p. 65

¹⁴ FOUCAULT, Michel. O Renascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011. p. 44

mulheres e de baixa renda, não tinham acesso à academia e tampouco os homens eram bem vistos no momento do nascimento. Além disso, raramente a técnica de parto era incluída no currículo programático dos recém-criados cursos de medicina.

A perda de credibilidade das parteiras possibilitou que a figura masculina interviesse, pouco a pouco, no nascimento. Primeiro por meio dos parteiros-sacerdotes. Como a igreja tinha grande força tanto política quanto sobre o conhecimento, os sacerdotes eram chamados apenas nos partos em que houvesse alguma complicação. A presença de um homem era vista, portanto, como um mal sinal. No entanto, iniciou a mudança do antigo modelo.

Posteriormente, com o avanço dos estudos médicos e da regulamentação da medicina, as parteiras foram submetidas à vigilância do estado e a exames prestados perante as comissões municipais ou eclesiásticas. A presença masculina na sala de parto também foi se tornando cada vez maior com o passar do tempo. Sempre que havia alguma dificuldade maior, médicos eram solicitados para salvar a vida da mãe e do bebê, até que a participação do profissional de medicina transformou-se de um mal sinal para uma garantia de segurança e o parto deixou de ser um procedimento domiciliar para tornar-se essencialmente hospitalar. Dá-se a esse fenômeno o nome de “modelo tecnocrático de nascimento”:

As parteiras, não tendo acesso à universidade, portanto, ao conhecimento, foram aos poucos se tornando subordinadas aos cirurgiões e físicos e se afastando gradualmente das práticas obstétricas. O avanço do capitalismo industrial acabou por culminar com o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia. Entretanto, foi necessário todo o século XIX para que fossem desenvolvidas novas técnicas de cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto, e a institucionalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento de tais técnicas. Com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna começou a diminuir, o que contribuiu para a aceitação da hospitalização perante a sociedade. Ter seus filhos em hospitais passou a parecer mais seguro para as mulheres ¹⁵

A medicalização se expandiu e tornou-se a forma padrão de parto sem que, para isso, houvesse qualquer comprovação científica de que aquele seria o melhor método para a mulher ou para a criança. O foco, em verdade, deixou de ser a parturiente, para deslocar-se para o médico, presença no momento do nascimento não como auxiliar do processo natural – papel das parteiras – mas o salvador de vidas.

¹⁵ SEIBERT, Sabrina Lins, BARBOSA, Jéssica Louise da Silva, SANTOS Joares Maia dos, VARGENS, Octavio Muniz da Costa Vargens. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf> Último acesso: 26 Jun. 2015

Para o imaginário popular, o parto deixou de ser um momento de vida, para tornar-se um momento de risco e sofrimento tanto para a mãe quanto para o bebê. O médico passou a ocupar o centro de toda a cerimônia de nascimento, como figura de destaque e importância, por ser ele o responsável pelo sucesso do procedimento e alívio de todas as dores. A mãe ocupa apenas o espaço secundário de “portadora” da criança:

No modelo hospitalar dominante do século 20, a mulher deve ficar deitada na posição de litotomia, com as pernas abertas, em um ambiente hostil e gelado, imobilizada, desacompanhada – ou assistida por pessoas desconhecidas – e com o funcionamento do útero acelerado, com alta probabilidade de intervenções cirúrgicas. É separada de seus parentes, de suas roupas e de tudo que lhe cause a sensação de aconchego para entrar na rotina médica e ficar à disposição do profissional. Esta tecnocracia do nascimento acabou levando a outro desvirtuamento cultural: o parto é um momento de muito sofrimento, não só físico, mas também psicológico, que pode ser evitado pela cesariana eletiva. Mais uma vez, um procedimento médico desnecessário torna-se instrumento de salvação.

Além da desumanização de um momento tão importante para a existência humana, esta visão fria do nascimento leva a um paradoxo em si mesmo: o uso irracional e desnecessário de cirurgias e procedimentos invasivos tem impedido os países de reduzirem a mortalidade materno-infantil. Em 2014, a OMS publicou estudo sobre a relação entre as taxas de cesarianas e os índices de mortalidade, no qual concluiu que¹⁶:

Baseados na revisão sistemática da OMS, taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal. Não existe associação entre aumento nas taxas de cesáreas acima desses valores e redução da mortalidade. Porém, a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade ficou mais fraca ou desapareceu por completo nos estudos que controlaram para fatores socioeconômicos. Como é provável que os fatores socioeconômicos poderiam explicar a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade identificada na revisão sistemática, a OMS realizou um outro estudo para analisar mais a fundo essa questão.

O estudo ecológico mundial da OMS concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos. Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são

¹⁶ OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1 Último acesso: 26 Jun. 2015

menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta. Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade.

O modelo humanista, em oposição ao sistema assistencialista e tecnocrático de parto, não é uma proposta nova. O movimento se inicia com nos anos oitenta, na Europa, com as ideias de parto sem dor e parto sem medo. Desde então, o que começou como um movimento dissidente, têm ganhado cada vez mais adeptos e apoiadores.

A hospitalização do parto foi um movimento que buscou reduzir o sofrimento físico da mãe e do bebê. A humanização tem a mesma finalidade: reduzir o sofrimento preocupando-se, também, com a dor psicológica.

Dentre os vários tópicos importantes para a humanização do parto, destaco aquele que talvez seja o principal: o foco na saúde física e mental da mulher e a sua autodeterminação sobre seu corpo.

2.2 O parto humanizado e os direitos fundamentais

Existe, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº 7633/2014¹⁷, Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dispões sobre as providências a serem tomadas em caso de violência obstétrica. Para tanto, inclui expressamente como obrigações da instituição ou pessoa que opere o parto:

Art. 2º (...):

II - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;

IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;

V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

¹⁷ BRASIL. Projeto de Lei nº 7633/2014. Situação atual: Aguardando parecer do relator da Comissão de Educação. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=31384479C7F1D181D5F7B23D6990F5E4.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014 Último acesso: 29 Jun. 2015

Elenca ainda como direito da mulher:

I - a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura;

II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto;

A lei especial é instrumento apto para reafirmar e conferir maior segurança jurídica à forma de atuação dos profissionais de saúde durante o processo de parto. Não há como dizer, no entanto, que o dispositivo regulamentatório do tema é pressuposto necessário para o direito subjetivo. Ainda que o projeto de lei em comento esteja na fase de votação nas casas legislativas, não há como negar que o sistema jurídico brasileiro põe a salvo os direitos fundamentais das gestantes e grávidas em fase puerperal.

A ausência de dispositivo legal específico, nestes casos, pode ser suprida pelos princípios gerais do sistema, que, assim como as leis, também são normas, embora mais amplas e com uma maior abertura de discussão sobre seu alcance e significado.

Para esta argumentação lógica, é útil a tese do doutrinador Ronald Dworkin, desenvolvida no livro “Uma questão de Princípios”, no qual o autor disserta sobre como o direito e seus aplicadores, sejam juízes, doutrinadores, legisladores, devem comportar-se frente a questões aparentemente sem resposta, quando analisadas apenas as leis escritas.

Comparando o direito a outras disciplinas interpretativas, precipuamente à literatura, e, ainda, utilizando-se de diversas teorias argumentativas, o doutrinador conclui que, mesmo nos casos em que há uma aparente lacuna legal, o direito e seus aplicadores podem – e devem – chegar a uma resposta. Nestes casos, irão além daquilo que está disciplinado pelos legisladores.

Para tanto, Dworkin inicia sua tese com uma análise sistemática da ordem jurídica, da qual conclui dentro do mesmo arranjo que existem dois tipos de conceitos a serem definidos. O primeiro deles é o dos enunciados dispositivos, que são comandos legais claros e específicos, a partir dos quais os juízes tem o dever de sanar as

controvérsias. Posta frente a uma assertiva dispositiva, uma controvérsia é resolvida pela tese da bivalência: quando a questão levantada enquadrar-se na norma será positiva; caso contrário, ou será negativa.

É senso comum que todas as situações jurídicas que se enquadrem em uma norma específica posta têm uma resposta certa. Esta tese é facilmente aceita, pois – pensa a maioria – não envolve um raciocínio lógico para a aplicação da lei, mas tão somente um comparativo entre aquilo que já está posto pelo legislador e o quadro fático descrito.

Porém, para o autor, há uso do raciocínio lógico na aplicação direta da lei é falaciosa. Mesmo nos casos dispositivos, o confronto entre o dispositivo abstrato e o caso concreto pode apresentar mais de uma opção jurídica possível, restando ao julgador optar por aquela que se mostrar mais razoável, revelando um espaço para o juízo de valor.

O senso comum não percebe que o trabalho do magistrado é sempre um exercício lógico, ainda que para os casos mais simples. Para resolver uma lide, o Juiz deve analisar se, naquele momento, as duas premissas postas são verdadeiras – a maior seria a lei e a menor, o caso concreto – para, então, chegar a sua conclusão, ou seja, à sentença. Dworkin fundamenta, assim, que mesmo nos casos dispositivos não existe sempre uma resposta certa, pois no momento da aplicação das premissas há uma liberdade que legitima discricionariedade do juiz ao julgar.

Tendo em vista que nem mesmo nos casos aparentemente mais simples existe a certeza de uma resposta certa, o autor lança-se à tarefa de explicar o segundo tipo de conceito dentro do sistema jurídico. Seriam os casos que, para os ditos positivistas, não haveria solução possível dentro do direito, por lacuna da lei.

Para iniciar seu raciocínio, Dworkin, utilizando-se da tese da demonstrabilidade¹⁸, abraça, por suposição, uma tese segundo a qual toda conclusão jurídica só poderia ser exposta depois de esgotadas as discussões concretas. Ou seja, “*Se acreditarmos que nenhuma proposição pode ser dada como verdadeira exceto em virtude de algum fato que a faça verdadeira, e que não existe nenhum fato no mundo, a*

¹⁸ DWORKIN, Ronald. Uma questão de princípio. São Paulo: Martins Fontes. 2001. p. 205.

não ser os fatos concretos”. Neste caso, esgotados todos os fatos, se não houvesse nada que comprovasse a argumentação como falsa, esta não poderia ser reputada como verdadeira, tampouco como falsa, restando, assim, sem resposta ¹⁹. O direito não envolveria, nunca, juízos de moral, ou seja, um caso nunca poderia ser resolvido pelo simples fato de ser justo ou injusto.

Aceitar esta hipótese seria o mesmo que engessar todo o sistema jurídico e, com ele, toda a sociedade, deixando-a à sorte e à vontade das Câmaras Legislativas para propor novas leis, ao passo das novas demandas sociais.

O direito, então, comporta uma interpretação de seus termos, sem que isso signifique uma inovação legal ou uma atuação ilegítima dos juízes. Dworkin compara este exercício com a análise de obras literárias. Quando um leitor faz o estudo de um livro, não descobre o sentido real da história pelo estudo gramatical, palavra por palavra, mas sim de toda história. Retira-se o significado da história de todo o contexto descrito, é uma “opinião dirigida”.

O mesmo deve acontecer com a interpretação jurídica sobre os termos e princípios legais: a pura análise gramatical pode ajudar em alguns casos, mas nem sempre será suficiente. Caso necessário, o Juiz deverá interpretar o texto legal para buscar o que é mais justo. Para isso, deve se ater a todo o ordenamento, sem nunca se dispor totalmente daquilo que está escrito. Trata-se de uma releitura e não de uma reescrita. Dentro dessa comparação, nos casos em que não existe uma prova concreta que valide a assertiva de uma das partes em litígio, seria verdadeira a que fornecesse um argumento melhor a favor dessa proposição do que em favor da proposição contrária. A diferença desta lógica jurídica para a lógica literária – puramente subjetiva – é que esta está inclusa em uma coerência normativa, muito mais complexa que uma narrativa. Aqui a “opinião dirigida” deve, também, ser legalmente fundamentada.

¹⁹ Tomo por exemplo o julgamento da ADPF 132, de Relatoria do Min. Ayres Brito, na qual o STF decidiu estender o alcance do termo “Família”, disposto na Constituição, para definir como constitucional o casamento civil homo afetivo. Na hipótese levantada por Dworkin, esta conclusão somente poderia ser alcançada depois de expostos todos os fatos concretos. Desta forma, caso não restasse comprovado, de forma sensível, que a união de pessoas do mesmo sexo com a intenção de constituir família poderia ser enquadrada no texto legal, não haveria resposta certa a ser dada para o problema, que ficaria em suspenso. O autor, de forma mais genérica, cita a escravidão como modelo: este sistema de trabalho não poderia ser superado, pois a simples argumentação de que esta forma de utilização da mão de obra humana é injusta não seria suficiente para a mudança de paradigma.

Dentro da coerência normativa, diferentemente da literária, há duas dimensões dentro das quais a proposição deve ser analisada²⁰:

Argumento que há duas dimensões ao longo das quais se deve julgar se uma teoria fornece a melhor justificação dos dados jurídicos disponíveis: o dimensão da adequação e a dimensão da moralidade política. A dimensão da adequação supõe que uma teoria política é *por tanto* uma justificativa melhor que outra, se, *grosso modo*, alguém que a sustentasse pudesse, a serviço dela, aplicar mais daquilo que está estabelecido do que alguém que sustentasse a outra. Duas teorias diferentes podem fornecer justificativas igualmente boas, segundo essa dimensão, em sistemas jurídicos imaturos, com poucas regras estabelecidas, ou em sistemas jurídicos que tratam apenas de um âmbito limitado da conduta de seus participantes. Mas, em um sistema moderno, desenvolvido e complexo, a probabilidade antecedente desse tipo de empate é muito pequena. O empate é possível em qualquer sistema, mas será tão raro nos sistemas modernos a ponto de ser exótico. Não quero dizer que será muito raro que os juristas discordem sobre qual teoria fornece, mesmo nessa dimensão, uma justificativa melhor. Será raro que muitos juristas concordem que nenhuma fornece uma adequação melhor que a outra.

A segunda dimensão – a dimensão da moralidade política – supõe que, se duas justificativas oferecem uma adequação igualmente boa aos dados jurídicos, uma delas, não obstante, oferece uma justificativa melhor que a outra se for superior enquanto teoria política ou moral; isto é, se apreende melhor os direitos que as pessoas realmente têm. A disponibilidade dessa segunda dimensão torna ainda mais improvável que algum caso específico não tenha nenhuma resposta certa.

Isto posto, segundo o pensamento de Dworkin, a atividade jurídica consiste em constante exercício de interpretação e, por meio deste, é possível encontrar o sentido adequado às proposições do direito, ainda que não exista lei positivada quanto à questão em debate. O direito não está necessariamente vinculado à existência de leis específicas, um princípio pode suprir esta lacuna, pois também tem força normativa.

Antes de mais nada é um fenômeno político-social, que tem como objetivo, coordenar os esforços individuais e coletivos, garantindo uma solução justa às disputas, e não meramente legais.

Dentro do debate acerca da violência obstétrica, esta discussão se torna importante pela ausência de lei vigente que discipline, de forma específica, o tema, a despeito dos inúmeros relatos e movimentos sociais que reivindicam mudanças de paradigma.

O movimento em prol da humanização do parto tem como ponto principal o protagonismo da parturiente no momento do parto, garantindo-lhe a autonomia sobre o

²⁰ DWORKIN, Ronald. Uma questão de princípio. São Paulo: Martins Fontes. 2001. p. 213.

próprio corpo, a liberdade, a dignidade da pessoa humana. Segundo o raciocínio exposto por Dworkin, todos estes direitos já são conferidos à mulher, de forma genérica.

A garantia a um parto humanizado reflete a tese de Dworkin: o direito deve ser interpretado como um fenômeno político de promoção da justiça nas ações individuais e sociais. A despeito da inexistência de lei vigente, da interpretação dos princípios jurídicos deve se concluir que as garantias que compõem este direito principal já estão constitucionalmente dispostas, ainda que de forma genérica. E, além disso, como questão que envolve direitos fundamentais, é dever do Estado coibir os atos atentatórios e promover soluções para a mudança de paradigma.

Os direitos à integridade, à liberdade e à dignidade são exemplos do que Dworkin, dessa vez no livro “Levando os Direitos a sério” chamou de cláusulas “vagas”. Segundo o autor, este tipo de enunciado pode gerar empasses no momento de sua aplicação, no entanto, têm grande utilidade dentro do sistema, pois permitem maior flexibilidade dos enunciados escritos²¹:

Os padrões “vagos” foram escolhidos deliberadamente pelos homens que os redigiram e adotaram, em lugar das regras mais específicas e limitadas que poderiam ter sido promulgadas. Contudo, sua decisão de usar a linguagem que usaram causou muita controvérsia política e jurídica, porque mesmo homens razoáveis, dotados de boa vontade, discordam quando tentam especificar, por exemplo, os direitos morais que a cláusula de processo legal justo ou a de igual proteção introduzem no direito. Eles também discordam quando tentam aplicar esses direitos, independentemente de como tenham sido definidos, a questões completas de administração política, tais como as práticas educacionais que foram o tema de casos de segregação. (fl. 209)

Para maior compreensão do que estes termos vagos representam dentro do sistema jurídico, ou seja, qual a força deles para os cidadãos, devemos primeiro compreender que *“a constituição é a fonte fundamental interativa do direito constitucional. Elas não são, como supõem os “constitucionalistas escritos”, meras consequências desses princípios.”* (fl. 215). Retomando a ideia de direito em paralelo

²¹ DWORKIN, Ronald. *Levando os direitos a sério*. Tradução de Nelson Boeira. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. P. 210

com a interpretação literária, o texto é a base, é o fundamento sobre o qual a análise interpretativa deve atuar. Mas é ao mesmo tempo o limite ao qual esta releitura está adstrito.

Com esse objetivo em mente, quero agora comparar e contrastar duas filosofias muito gerais acerca do modo como os tribunais devem decidir problemas constitucionais difíceis e controversos. Designarei essas duas filosofias pelos nomes que lhes são atribuídos na bibliografia jurídica – os programas do “ativismo judicial” e da “moderação judicial” - embora venha a ficar claro que esses nomes são, sob certos aspectos, desorientadores.

O programa do ativismo judicial sustenta que os tribunais devem aceitar a orientação das chamadas cláusulas constitucionais vagas no sentido que descrevi [...] Devem desenvolver princípios de legalidade, igualdade e assim por diante, revê-los de tempos em tempos à luz do que parece ser a visão moral recente da Suprema Corte, e julgar os atos do Congresso, dos Estados e do presidente de acordo com isso [...]

Ao contrário, o programa da moderação judicial afirma que os tribunais deveriam permitir a manutenção das decisões de outros setores do governo, mesmo quando elas ofendam a própria percepção que os juízes têm dos princípios exigidos pelas doutrinas constitucionais amplas.

Compreender o direito pela ótica da moderação judicial seria considerar um estatuto estático, atrasado em relação às constantes mudanças da sociedade. Seria acolher um sistema no qual a população sairia prejudicada em face da defasagem das leis.

O ativismo judicial, por seu turno, parte do pressuposto que um mesmo termo gramatical empregado nos dispositivos legais pode vir a ter interpretações diferentes ao longo do tempo e isto pode promover um sistema no qual o texto seja estável, mas as normas acompanhem a sua evolução moral. Aqui está a importância jurídica dos termos vagos. Ao contrário do que possa parecer a uma primeira leitura, eles são estruturas estabilizadoras do sistema e também garantias da segurança jurídica. O direito deve sempre acompanhar a sociedade e suas mudanças, sob pena de tornar-se obsoleto e sem efetividade. Para que este compasso se acerte, há apenas duas opções: a intensa produção de leis – o que não é concretamente razoável e geraria uma insegurança jurídica enorme – ou utilizar-se de um mecanismo que permita a flexibilização do ordenamento – opção mais razoável.

Este modelo não representa, de forma alguma, uma insegurança jurídica ou uma designação indevida de competência legislativa ao judiciário. Em primeiro lugar porque nada impede que as câmaras legislativas formalmente publiquem leis específicas sobre os assuntos tratados pelo judiciário. Ademais, a interpretação dos termos feita pelo judiciário não deve ser feita de forma aleatória. Retomando a ideia do direito como uma ciência literária, qualquer direito arguido deve ser analisado dentro de todo o sistema, sem nunca negar o texto original.

Assim, está provado que os princípios – quase sempre expressos pelos chamados “termos vagos” – também são normas cogentes, cujo valor será delimitado pelo aplicador do direito, utilizando-se de todas as ferramentas interpretativas de que dispuser. Não há problema em uma aplicação moral das leis. A este respeito, Dworkin²²:

“De acordo com esta teoria, um homem tem um direito moral contra o Estado quando pudermos mostrar que este comete um erro ao trata-lo de uma determinada maneira, ainda que o faça tendo em vista o interesse geral.

Desejo dizer algo sobre a virtude desse modo de conceber os direitos morais contra o Estado. Muitos juristas são cuidadosos ao falar sobre direitos morais, mesmo que lhes pareça fácil falar sobre o que é certo e errado o governo fazer. Isso porque eles supõem que os direitos, se é que de fato existem, fazem parte daquele tipo fantasmagórico que homens e mulheres têm, da mesma forma que têm coisas não fantasmagóricas, como amígdalas. Mas o sentido de direito que me proponho a utilizar não pressupõe hipóteses ontológicas dessa natureza: ele mostra simplesmente que a reivindicação de um direito é, no sentido restrito, um tipo de juízo sobre o que é certo e o que é errado que os governos façam.

Além do mais, essa maneira de encarar os direitos evita alguns dos conhecidos paradoxos associados com esse conceito. Permite-nos afirmar, sem que soe estranho ou bizarro, que os direitos podem variar em força ou característica de um caso para outro e de um momento a outro na história. Se pensarmos no direito como coisas, essas metamorfoses parecem estranhas, mas estamos acostumados a ideia de que juízos morais sobre o que é certo e o que é errado são complexos e afetados por considerações que são relativas e mutáveis.”

Eis então o pensamento que revela a norma jurídica como estrutura em constante transformação, ainda que o texto se revele estático. Diante da luta e do grande espaço conquistado pelo movimento, nada mais justo que uma nova leitura dos direitos fundamentais em face da nova demanda: o tratamento correto da mulher durante o parto.

A noção de violência, assim como os mais variados aspectos da vida em sociedade, é construída, significada e constantemente reinventada conforme as relações sociais se constroem. Hoje há um forte movimento para o reconhecimento da violência obstétrica, não só como ato físico, mas também psicológico, e a responsabilização dos responsáveis.

Ainda que uma lei específica seja um instrumento importante de segurança jurídica e identificação clara das situações de agressão, hoje já é possível o reconhecimento do ilícito em nosso ordenamento, posto que a liberdade e a igualdade

²² DWORKIN, Ronald. *Levando os direitos a sério*. Tradução de Nelson Boeira. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. P. 218

são reconhecidas como direitos fundamentais invioláveis e a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da república.

2.3 – A autodeterminação sobre o próprio corpo – Liberdade, igualdade, dignidade e diversidade.

Por tratar de uma questão de gênero, o movimento pela humanização do parto correlaciona-se, em muitos aspectos, com o feminismo. Tanto um quanto o outro lutam para que mulheres possam possuir e controlar seus corpos, partindo da premissa de que, para que ocupem posição de igualdade com os homens dentro da sociedade, devem ser respeitadas como sujeitos morais ativos. Para tanto, fundamentam seus argumentos nos princípios da liberdade, igualdade e dignidade.

2.3.1 – Dignidade da pessoa humana

Percebe-se conceito de “dignidade da pessoa humana” correlaciona-se diretamente à imagem que a pessoa faz de si mesma, mas também à sua posição dentro do corpo social. Como consta na Declaração da Conferência do Ano Internacional da Mulher, ocorrida na Cidade do México em 1975, “O corpo humano, independentemente de ser de um homem ou de uma mulher, é inviolável e o respeito por ele é um elemento fundamental da liberdade e da dignidade humanas”.

Esta autodeterminação sobre o seu próprio corpo não é, de forma nenhuma, uma maneira de tratar o corpo como mero objeto. Pelo contrário, é a garantia de que as mulheres poderão usa-los ativamente e da forma como quiserem como membros ativos do corpo social.

Assim, o princípio da dignidade humana nega qualquer tipo de ataque ao indivíduo, seja esta violência psicológica ou física, ou seja, o direito a não ser violada nas relações interpessoais e também o respeito à integridade física.

O atual modelo tecnocrático de parto viola diretamente a dignidade das parturientes e o seu controle sobre o próprio corpo. Primeiro porque o médico, e não a mulher, é o foco de toda a atenção. Todos os procedimentos buscam o conforto e a facilidade do o profissional, sem que se questione se isto causa algum prejuízo para a futura mãe. Ademais, não é incomum que sejam tomadas decisões e eleitas condutas sem que ela seja questionada ou mesmo comunicada.

O abandono, a falta de cuidado, de informação e de sensibilidade em um momento tão frágil da vida podem causar sequelas psicológicas irreversíveis.

2.3.2 - Liberdade

O conceito de liberdade pode ser facilmente visto na autonomia pessoal das escolhas. Isto significa trata-las como sujeitos capazes de tomar suas próprias decisões, uma vez informadas sobre quais as consequências de cada ação adotada.

Embora a medicina seja uma ciência técnica, nada impede que, uma vez analisadas as características do caso concreto, o médico levante quais as possibilidades para que a grávida, consciente da situação, decida qual o melhor método a ser usado. Ou seja, é preciso ver a mulher não apenas como meio para o nascimento, mas também como um fim.

Importante lembrar que, ao respeitar a vontade da mulher, também serão respeitadas sua cultura, preferências, medos, etc., pois nenhuma decisão é tomada de forma isolada. Toda escolha traz em si toda a construção social de seu tomador.

Para que uma decisão seja tomada de forma consciente, é importante garantir que estas mulheres sejam bem informadas sobre toda a situação de parto e, ainda, que existam opções públicas para um parto mais humano e psicologicamente saudável – a exemplo das casas de parto.

2.3.3 - Igualdade

A igualdade se aplica às políticas de gênero em duas esferas distintas: nas relações entre homens e mulheres (sistema de gênero) e na correlação entre as próprias mulheres.

Para as políticas de saúde, no que tange ao parto humanizado, a desigualdade de gênero é evidente, por tratar-se de um ato atentatório exclusivo do sexo feminino. Aqui, o que preocupa são as diferenças de classes.

Os hospitais públicos, carentes de estrutura e profissionais, desrespeitam a individualidade da mulher, colocando-as para parir em salas coletivas, sem qualquer atenção à sua intimidade. Já nas camadas sociais mais altas, o problema é outro: Segundo dados da pesquisa “nascido Brasil”, 88% dos partos realizados pela rede particular são feitos por meio de cesarianas, frente aos 46% da rede pública. Aqui há

uma clara distinção das camadas mais altas, motivada pela chamada indústria do parto – a cesariana é mais rápida, possibilitando mais partos em menos tempo, além de se encaixar melhor na agenda médica.

Nenhuma das formas de desigualdade ao tratar de direitos fundamentais das futuras mães é aceitável. Para que o governo resolva estes problemas, é necessário que sejam resolvidas pelo menos as suas causas mais gritantes: no SUS, que seja ampliada a estrutura, com o aumento de leitos, quartos e profissionais de saúde para o atendimento adequado das gestantes. No sistema privado, embora seja difícil o controle sobre os procedimentos adotados, é possível informar as grávidas sobre quais são os riscos de uma cesariana eletiva e como identificar quais são as características que indicam, desde as primeiras consultas, que o médico é adepto desta prática - na internet já existe esta cartilha²³, escrita por Ana Cristina Duarte, com dez indícios básicos de que aquele profissional optará pela cirurgia. Ciente desta realidade, a mulher terá a oportunidade de optar por outro profissional. Esta mudança na relação de oferta e procura alteraria o cenário médico profissional atual.

Qualquer lei que garanta a liberdade de escolha da mulher sobre os atos praticados em seu corpo será inútil se não forem superadas as causas das desigualdades apontadas.

²³“1) Quando você pergunta sobre parto, as respostas são evasivas, do tipo "ah, isso a gente vê mais pra frente, cuida da decoração que eu cuido do parto".

2) Quando você pergunta das opções de parto, ele parece dar a mesma importância para o parto normal ou a cesárea, com frases de efeito do tipo "as duas têm suas vantagens e desvantagens!"

3) Ele nunca desmarcou uma consulta para atender um parto

4) Na sala de espera, aquele monte de mães que foram "tirar os pontos" e todas as mães precisaram de cesárea, no final, por alguma razão qualquer.

5) Quando ele diz que ele faz parto normal, mas não muito, porque as mulheres preferem cesárea.

6) Quando ele começa a plantar a semente da dúvida no seu coração, falando que o bebê é muito grande, seu colo muito grosso, a bacia muito estreita, etc.

7) Quando ele fica pedindo um monte de ultrassom de terceiro trimestre (questão de tempo pra aparecer uma "circular de cordão", "pouco líquido", etc)

8) Quando ele diz que faz parto normal, só que ele não se arrisca. (que papo aranha esse)

9) Quando a secretária diz que quinta feira ele não atende porque é o dia que ele "opera" (= dia da cesárea marcada)

10) Quando ele se refere ao parto normal como a opção com mais sofrimento: "mas tem que usar o soro, se quiser anestesia, só depois de 9 cm de dilatação, e eu faço um cortinho na sua vagina para o bebê passar".”

DUARTE, Ana Cristina. 10 Sinais De que Seu Médico Vai Fazer Uma Cesariana Em Você. Disponível em: <http://brasil.babycenter.com/thread/354919/10-sinais-de-que-seu-m%C3%A9dico-vai-fazer-uma-cesariana-em-voc%C3%AA--bonus-track> Último acesso: 30 Jun. 2015

2.3.4 – Diversidade

É importante lembrar que toda a tecnocracia do parto surgiu para tentar reduzir a dor da mulher, sem, com isso, proceder a pesquisas que demonstrassem que a medicalização levaria também ao maior conforto.

Com o passar do tempo, percebeu-se que o movimento foi justamente o contrário e que a dor física e psicológica é tanto maior quanto maior a mecanização do nascimento. Hoje, o que se sabe é que o parto será tão melhor sucedido quanto mais calma estiver a parturiente. Para tanto, é preciso que se respeite a individualidade da mulher, envolvendo seus gostos, costumes, religião, para criar um ambiente acolhedor, que reduza de fato o sofrimento.

Há quem argumente que a atenção particular às especificidades culturais locais vai de encontro à validade universal dos direitos humanos. Entretanto, esses valores específicos, de forma alguma, negam sua efetividade, mas tão somente explicam, ressignificam, a sua importância dentro de um contexto delimitado.

Estas identidades múltiplas das mulheres, de acordo com seu grupo cultural, religioso, étnico e etc. desafiam os direitos humanos a se mostrarem fiéis em suas bases, e múltiplos em sua forma de aplicação, para garantir o real gozo destas garantias.

Capítulo 3 – Políticas públicas para o combate à violência obstétrica

Depois de comprovada a possibilidade de judicialização de casos de violência obstétrica, caracterizada a afronta aos direitos fundamentais, inicia-se o estudo da mudança de paradigma.

É importante salientar que a judicialização é ferramenta importante para aqueles que sofrem os atos atentatórios a seus direitos, no entanto, para a mudança de cenário é necessária a aplicação de políticas públicas direcionadas. Para tanto, mas do que reconhecer a obrigação de fazer, o Estado precisa realocar recursos, tanto financeiros quanto de pessoas, que possibilitem a sua execução.

É claro que a humanização do parto não irá valer-se apenas das ações governamentais, mesmo porque a mudança do modelo atual requer uma nova postura por parte dos profissionais liberais da área. Além disso, diante da escassez de recursos do Estado, não é razoável sonhar com a máxima garantia de qualidade e bem estar para

todos. Ainda assim, é importante a realocação de parte de recursos para esta área, pois estas políticas públicas serão responsáveis pela concretização de direitos fundamentais de um número enorme de cidadãs, que sofrem com esta violência velada todos os dias.

Acompanhando as situações descritas neste trabalho, o Governo Federal já reconheceu o atual sistema materno-hospitalar e a violência obstétrica como problema de saúde pública e tem aplicado recursos para solucionar o problema.

Desde julho de 2011, o Brasil tem investido, em rede nacional, em um programa para a melhoria da assistência à gestante e a mulher puerperal, tendo em vista um parto humanizado e uma redução da mortalidade neonatal.

Pela portaria 1.459/11 do Ministério da Saúde, foi criada a Rede Cegonha, que, segundo o art. 1º desta resolução²⁴:

consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

O programa federal busca instituir um atendimento diferenciado à gestante, desde o momento da descoberta da gravidez até o parto, disponibilizando profissionais especializados para o atendimento e também indicando à mulher qual será o hospital de referência para o nascimento do bebê, o que lhe dá mais segurança no momento do trabalho de parto.

Todos os estados e o Distrito Federal já aderiram ao programa Rede Cegonha. Em seu primeiro ano de funcionamento, o resultado foi uma queda recorde no número de mortes maternas. Entre janeiro e setembro do ano passado, as estatísticas apontaram 1.038 óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto, o que representa queda de 21% em comparação ao mesmo período de 2010, quando 1.317 parturientes morreram por essas causas²⁵.

Além da Rede Cegonha, o governo tem implementado campanhas de informação para as mulheres sobre quais são os procedimentos incentivados pelo Ministério da Saúde, bem como pela OMS para um parto saudável.

²⁴ BRASIL. Portaria 1.459/2011 do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Último acesso em: 30 Jun. 2015

²⁵ Blog Enfermagem Atualizada. *Entenda a rede cegonha*. Disponível em <http://www.enfermagematualizada.com/conteudo.php?id=4119> Último acesso em: 30 Jun. 2015

Este ano, o Ministério da Saúde lançou o **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. Publicado com apoio do Unicef, o apresenta dados e referências essenciais sobre o direito ao pré-natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência ao recém-nascido e à mãe. Também foi divulgado o **Cordel Rede Cegonha**, com ilustrações e versos que mostram tudo o que o programa oferece. Estes são apenas alguns exemplos de cartilhas informativas oferecidas pelo Estado.

Outra opção pública para a humanização do parto são as chamadas “casa de parto”. Estas unidades buscam criar um ambiente que fica no meio termo entre uma casa e um hospital, é, portanto, um ambiente mais acolhedor e aconchegante para a gestante.

O DF conta hoje com uma casa de parto, situada em São Sebastião, onde a gestante, ao ser recepcionada, é examinada e encaminhada para uma das PPP – salas de pré-parto, parto e pós parto. Este ambiente comporta toda a internação da futura mãe, de forma que ela em nenhum momento de sua estadia precisará ser transferida.

Como política, a casa de parto de São Sebastião preza pelo nascimento natural, com o mínimo de intervenções possível. A participação do acompanhante, a posição vertical para parir e o contato direto entre mãe e filho na primeira hora de vida também são incentivados. Um ponto importante a ser ressaltado é que, nos termos das Resoluções 339/2008 e 223/99 do COFEN, além da portaria GM/MS 985/99 do Ministério da Saúde, não há médicos e nem pediatras na instituição, apenas enfermeiras realizam todos os procedimentos. Em caso de imprevistos, estas profissionais têm treinamento em primeiros socorros maternos e neonatais, e são capazes de prestar os primeiros atendimentos até que seja providenciada a transferência para uma unidade hospitalar.

Todos os esforços do governo são de grande valia para a mudança do cenário atual. A violência obstétrica, até então, tem sido ignorada por grande parte da sociedade, por envolver atos do cotidiano, de forma que muitas vezes nem mesmo as vítimas se sente confortável para denunciá-la.

O investimento em informação, a publicação de portarias com as recomendações do Ministério da Saúde e as casas de parto auxiliam na mudança do pensamento coletivo e forçam uma alteração do modelo tecnocrático para um mais

humanista. Entretanto, estes investimentos ainda são muito tímidos. A exemplo, como já dito, para todo o DF existe apenas uma casa de parto disponível. Há, ainda, muito a se evoluir na luta pela humanização do parto no Brasil.

CONCLUSÃO

A violência obstétrica é ato naturalizado em nossa sociedade de forma tão forte que até mesmo as próprias vítimas têm dificuldades para se identificar e, mais ainda, para denunciar tais fatos. Neste esteio, o reconhecimento da humanização do parto como direito fundamental é ferramenta importante para a mudança de paradigma.

A conclusão necessária para o trabalho é que os princípios da liberdade, da igualdade, da dignidade e da diversidade fundamentam de forma suficiente o direito das mulheres a um parto humanizado, incluindo um tratamento sensível durante o nascimento de seus filhos e o respeito ao seu corpo, às suas crenças, individualidades, religião e etc.

Toda interpretação jurídica dos termos usados na constituição – e em todo o direito – devem levar em consideração que o Direito é ferramenta de concretização da justiça e da paz. O modelo pós-positivista de hermenêutica não permite que toda garantia fique adstrita ao texto legal específico.

A revisitação dos termos dignidade, liberdade, igualdade e diversidade para a proteção das mulheres contra a violência no parto não significa uma atuação legislativa por parte do judiciário, mesmo porque nada impede que, depois de proferido um precedente judicial, uma lei acerca do tema seja promulgada. Pelo contrário, os termos vagos, usados de forma proposital pelo legislador, são instrumento de segurança e estabilidade jurídica, pois permitem que o Direito acompanhe as mudanças sociais sem que seja necessária a constante alteração de seu texto.

Para ocuparem espaço de igualdade com os homens, dentro da sociedade, as mulheres devem ser tratadas como sujeitos ativos de seus direitos e de sua individualidade. Portanto, não devem ser subjugadas em um momento tão importante de suas vidas. Longe de ocuparem lugar secundário, devem ser o foco da atenção deste momento.

O direito não tem como pressuposto a existência de lei específica positivada, desde que da leitura de todo o sistema seja possível extrair que a garantia pleiteada é justa e condizente.

Por fim, por ser direito subjetivo e fundamental, a luta contra a violência obstétrica é obrigação do Estado. O governo brasileiro já reconheceu este assunto como de interesse público, intervindo por meio de ações para a informação das mulheres e mudança de postura dos profissionais, no entanto, ainda insuficientes para alterar o cenário atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blog Enfermagem Atualizada. Entenda a rede cegonha. Disponível em <http://www.enfermagematualizada.com/conteudo.php?id=4119> Último acesso em: 30 Jun. 2015

BRASIL. Portaria 1.459/2011 do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Último acesso em: 30 Jun. 2015

BRASIL. Portaria n.º 569/2001 do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html . Último acesso em: 29 Jun. 2015

BRASIL. Projeto de Lei nº 7633/2014. Situação atual: Aguardando parecer do relator da Comissão de Educação. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=31384479C7F1D181D5F7B23D6990F5E4.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014 Último acesso: 29 Jun. 2015

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Vol. 10, mar.2005. p. 627- 637.

DUARTE, Ana Cristina. 10 Sinais De que Seu Médico Vai Fazer Uma Cesariana Em Você. Disponível em: <http://brasil.babycenter.com/thread/354919/10-sinais-de-que-seu-m%C3%A9dico-vai-fazer-uma-cesariana-em-voc%C3%AA--bonus-track> Último acesso: 30 Jun. 2015

DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério. Tradução de Nelson Boeira. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007

DWORKIN, Ronald. Uma questão de princípio. São Paulo: Martins Fontes. 2001

FOUCAULT, Michel. O Renascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011

JUSTIÇA determina que mulher algemada em parto seja indenizada. Estadão. 14 de agosto de 2014. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,justica-determina-que-mulher-almemada-em-parto-seja-indenizada,1544024> Último acesso: 26 Jun. 2015

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1 Último acesso: 26 Jun. 2015

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1 Último acesso: 26 Jun. 2015

OMS. Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf . Último acesso: 26 Jun. 2015.

OMS. Wo Recomendatios for augmentation of labor. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf. Último acesso: 26 Jun. 2015

SEIBERT, Sabrina Lins, BARBOSA, Jéssica Louise da Silva, SANTOS Joares Maia dos, VARGENS, Octavio Muniz da Costa Vargens. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf> Ultimo acesso: 26 Jun. 2015

Violência Obstétrica - a voz das brasileiras. Vídeo documentário popular produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Disponível em: <http://youtu.be/eg0uvonF25M> Último acesso em: 30 Jun. 2015

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz, PETRICELLI, Carla Dellabarba, ALEXANDRE, Sandra Maria, TORLONI, Maria Reginai, NAKAMURA, Mary Uchiyama e SASS, Nelson. Episiotomia: revendo conceitos. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf> . Último acesso: 26 Jun 2015