

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

STEPHANIA GONÇALVES KLUJSZA

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Niterói
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

STEPHANIA GONÇALVES KLUJSZA

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutora.

Linha de pesquisa do orientador: Antropologia do corpo e do esporte

Niterói
2019

Banca Examinadora

Prof. Orientadora – Dra. Simoni Lahud Guedes
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Edilson Márcio Almeida da Silva
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dra. Sara Sousa Mendonça
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Adolfo Neves de Oliveira Júnior
Universidade Estadual de Santa Cruz

Prof. Dra. Jaqueline Ferreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Suplentes

Prof. Dr. Carlos Abraão Moura Valpassos
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dra. Leda Maria da Costa
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Resumo

Esta tese aborda a construção social da *violência obstétrica* no Brasil. Até 2012 não havia um termo específico para designar as experiências consideradas ruins e/ou traumáticas que as mulheres poderiam experimentar no parto. Foi a partir da popularização do ideal do *parto humanizado* e da *medicina baseada em evidências* que certas práticas passaram a ser questionadas na assistência ao parto. Busco apresentar a construção dessa nova categoria que qualificou as experiências de parto e atribuiu a dimensão moral às situações que, até então, eram compreendidas como normais ao processo de nascimento. Assim, configura-se uma nova dimensão moral para o processo de parturição. A *violência obstétrica* torna-se um campo de disputa entre o grupo composto por mulheres, ativistas e médicos que a partir do ideário do parto humanizado passam a compreender a experiência do parto de forma ressignificada; e o grupo dos médicos que não legitima a categoria por compreender que não faz parte da prática médica causar dano ao paciente de forma intencional. A questão jurídica também é expressiva nesse debate, assim como as legislações estaduais que vêm surgindo ao longo dos últimos anos com o intuito de proteger as mulheres da *violência obstétrica*.

Palavras-chave: Violência obstétrica; parto; humanização do parto; medicina baseada em evidências.

Abstract

This dissertation addresses the social construction of *obstetric violence* in Brazil. Before 2012 there wasn't a specific term to refer to experiences that were considered bad and/or traumatizing by women during childbirth. After the ideal of *humanized birth* and *evidence-based medicine* became popular, certain childbirth care practices started being questioned. My goal is to show the construction of this new category which classified the childbirth experiences and assigned a moral dimension to situations that so far were understood as common in the process of giving birth. *Obstetric violence* becomes a battlefield between the group consisting of women, activists and doctors who, based on the idea surrounding *humanized birth*, begin to understand the labor experience with a new meaning, and the group consisting of doctors who don't acknowledge that category as they understand that intentionally harming a patient is not part of the medical practice. The legal issue is also an expressive part of this debate as well as the local laws that have been coming into effect in recent years with the purpose of protecting women against *obstetric violence*.

Keywords: obstetric violence; labor; humanized birth; evidence-based medicine.

Aos meus filhos Martim e Pilar.

LISTA DE ANEXOS

1. Glossário de campo
2. Convenção de Belém do Pará
3. Portaria Nº 371 – Atenção humanizada ao recém-nascido
4. Sentença da 2ª vara federal sobre a ação civil do COREN/RJ
5. Petição pública contra denúncia do CREMERJ
6. Release da Marcha do parto em casa
7. Resoluções Nº 265/12 e 266/12 do CREMERJ
8. Decisão proferida pelo MM juiz federal Gustavo de Arruda Macedo
9. Resolução Nº 293/19 do CREMERJ
10. Lei Estadual Nº 7191/16
11. Resolução normativa Nº 368/15 da ANS
12. Lei Estadual Nº 23.175/18 do Estado de Minas Gerais
13. Lei Estadual Nº 7314/16
14. Lei Municipal Nº 6305/17
15. Lei Estadual Nº 8307/19
16. Posicionamento do Ministério da Saúde em face à recomendação do Ministério Público Federal

Sumário

Introdução	14
1. Como se construiu o tema da presente tese.....	15
2. Desenhando o objeto de pesquisa....	16
3. Os capítulos.....	19
4. O lugar de onde falo.....	20
1 Violência(s)	25
1.1 O parto de Suzana.....	25
1.2 O que o Timor-Leste tem a nos ensinar sobre Violência Obstétrica.....	28
1.3 Quando a dor passa a ser moral.....	32
1.4 O papel da mídia na construção do problema público.....	37
2 “A humanização do parto”	43
2.1 O parto de Alice.....	43
2.2 O parto humanizado: ressignificando a experiência do parto.....	47
2.3 “Ei, você aí! Eu não preciso do seu conselho pra parir”: Tensões entre os modelos de assistência ao parto no Rio de Janeiro.....	50
2.3.1 A Marcha do Parto em Casa.....	52
2.3.2 Resoluções do CREMERJ contra o parto domiciliar.....	55
2.3.3 A Marcha pela Humanização do Parto.....	57
2.3.4 O documentário O renascimento do parto.....	59
2.3.5 Movimento Meu Corpo, Minhas Regras, Nossas Escolhas.....	64
2.3.6 A resolução do CREMERJ 293/2019.....	68
2.4 As doulas.....	75
2.4.1 Quem é a doula?.....	76
2.4.2 “Luta pelo direito de um parto digno e respeitoso”: a criação da Associação de Doulas do Rio de Janeiro.....	77
2.4.3 Leis das doulas.....	79
2.5 Algumas Considerações Finais.....	81
3 Construindo a noção de violência obstétrica	85
3.1 O parto de Joana.....	85
3.2 Delimitando o que é Violência Obstétrica do ponto de vista nativo e o caso de Ana.....	95
3.2.1 Violência obstétrica na gestação.....	96
3.2.2 Violência obstétrica no parto.....	97
3.2.3 Violência obstétrica em situações de abortamento.....	101
3.2.4 Violência Obstétrica com o recém-nascido.....	103
3.3 Mortalidade materna e neonatal	105
3.4 O caso Alyne Pimentel	106

3.5 Primeira ação de “violência obstétrica” no Brasil: o caso Ana Paula Garcia.....	107
3.6 Capacitação em Violência Obstétrica para profissionais do direito.....	109
3.7 O caso Adelir.....	114
3.8 Pesquisa Nascer no Brasil.....	116
3.9 Violência Obstétrica com mulheres negras e o caso de Rafaela Cristina.....	123
4 Quando o feiticeiro perde a sua magia.....	127
4.1 Desafiando a autoridade médica.....	127
4.2 A medicalização do corpo feminino.....	136
4.3 Questões jurídicas e orçamentárias do parto no Brasil.....	148
4.4 A prática Médica.....	154
4.4.1 O caso Isabela.....	154
4.4.2 “Para ela ver que pôr filho no mundo não é brincadeira!”: o relato anônimo de uma estudante de medicina na Internet.....	159
4.4.3 O ponto do marido.....	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
REFERÊNCIAS	185
GLOSSÁRIO DE CAMPO.....	190
ANEXOS.....	196
Anexo A – Convenção de Belém do Pará (1994)	196
Anexo B – Portaria Nº 371: Atenção humanizada ao recém-nascido	204
Anexo C – Sentença da 2ª Vara Federal em 09/2014 sobre a ação civil do COREN/RJ.	210
Anexo D – Petição Pública contra a denúncia do CREMERJ.....	217
Anexo E – Release da Marcha do Parto em casa.....	219
Anexo F – Resoluções Nº 265/12 e 266/12 do CREMERJ.....	220
Anexo G – Decisão Proferida Pelo MM Juiz Federal Gustavo Arruda Macedo. 2ª Vara Federal do Rio de Janeiro.....	224
Anexo H – Resolução CREMERJ Nº 293/2019.....	228
Anexo I – Lei Nº 7191 de 6 de janeiro de 2016.....	233
Anexo J – Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS	238
Anexo K – Lei 23.175/18 do Estado de Minas Gerais	242
Anexo L – Lei Estadual Nº 7314 de 15 de junho de 2016.....	244
Anexo M – Lei Municipal Nº 6305 de 26 de dezembro de 2017.....	247
Anexo N – Lei Estadual Nº 8307 de 28 de fevereiro de 2019.....	250
Anexo O – Posicionamento do Ministério da Saúde em face à Recomendação do Ministério Público Federal.....	252

Introdução

A presente tese busca discutir a construção social da noção de *violência obstétrica* principalmente a partir de narrativas de mulheres que se compreendem como vítimas de algum tipo de violência no parto, mas trazendo também a perspectiva de profissionais que atuam na assistência ao parto. A *violência obstétrica* aparece para ressignificar o que até então era compreendido como “normal” para as mulheres na experiência do parto. No ano de 2010, a Fundação Perseu Abramo¹ divulgou os resultados de uma pesquisa focada nas questões de gênero e no lugar que a mulher ocupa nas esferas públicas e privadas da sociedade. Como resultado apareceram dados de experiências consideradas “ruins” no processo de nascimento, indicando que uma a cada quatro mulheres acredita que sofreu algum tipo de violência no parto. Isto passa a ser considerado um marco e a partir disso, junto à popularização do ideário do *parto humanizado*² e da *medicina baseada em evidências*³ começa-se a falar de forma mais abrangente sobre o que seria considerado como uma nova categoria de violência contra a mulher – a *violência obstétrica*.

Considero importante informar ao leitor que nos “Anexos” deste trabalho está, entre outras coisas, o que chamei de “Glossário de Campo”, uma ferramenta para auxiliar o leitor a compreender determinadas palavras, siglas ou expressões relacionadas à gestação, ao trabalho de parto e ao parto. A partir de agora, sempre que uma palavra apresentar um asterisco ao lado significa que a explicação daquele termo se encontra no “Glossário de Campo”.

¹ A Fundação Perseu Abramo foi criada pelo Partido dos Trabalhadores, em 1996, com o intuito de ser um espaço de desenvolvimento de atividades políticas e ideológicas, de promoção de debate, estudos e pesquisas. Fonte: <https://fpabramo.org.br/>

² A categoria será tratada mais adiante em maior profundidade, entretanto, é preciso que o leitor compreenda o que é o *parto humanizado*. O termo se refere a um tipo de assistência que preconiza o respeito pelo “processo fisiológico” do parto, evitando intervenções desnecessárias, além de respeitar os direitos da parturiente, oferecendo informação e pedindo o seu consentimento para todos os procedimentos.

³ Também compreendo como necessária a explicação acerca da ideia da *medicina baseada em evidências*, que será tratada mais tarde. A *medicina baseada em evidências* é um movimento criado pela comunidade médica internacional que tem como intuito sistematizar o conhecimento de cada procedimento das especialidades, buscando comprovar a eficácia e a segurança das práticas médicas.

1. Como se construiu o tema da presente tese

Meu interesse pelos temas da gestação e do parto vem de muito antes do início de minha formação como antropóloga. Durante o ensino médio uma colega de turma me emprestou um livro chamado *O renascimento do parto*, do médico francês Michel Odent (de quem eu nunca tinha ouvido falar), e o tema me chamou atenção durante uma feira de ciências na escola em que essa amiga apresentou um trabalho sobre parto domiciliar. A mãe dela era uma parteira muito conhecida e disponibilizou alguns exemplares do livro para distribuição, entretanto, eles acabaram antes que eu conseguisse garantir o meu. Ela então me emprestou um exemplar e disse que eu só devolvesse quando não precisasse mais dele – aproveito, inclusive, para pedir desculpas pois nunca o devolvi, e o fato é que dezesseis anos depois eu continuo precisando dele.

Em 2006 ingressei no finado curso de Ciências Sociais no Instituto de Humanidades da Universidade Candido Mendes (UCAM), e esse trabalho teve início, na verdade, em meados de 2009, quando cursei uma disciplina que tratava dos rituais de passagem. Como trabalho de conclusão da disciplina escolhi trabalhar com a gravidez como rito de passagem. Em 2010, era o momento da monografia e optei por dar continuidade à pesquisa sob a orientação do Prof. Dr. Felipe Berocan Veiga. Em 2012, quando ingressei no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) pelo Instituto de Ciências Humanas e Filosofia (ICHF) da Universidade Federal Fluminense (UFF) a ideia de *parto humanizado* estava em plena popularização, assim como a de *violência obstétrica*. Aquele ano seria agitado dentro do tema, e assim, com a orientação do Prof. Dr. Marco Antônio da Silva Mello e a co-orientação do Prof. Dr. Felipe Berocan Veiga me debrucei sobre novos questionamentos a respeito dos modelos de assistência ao parto no Brasil e o *movimento do parto humanizado* (KLUJSZA, 2014).

Pareceu-me um processo “natural” dar continuidade ao tema ao final da dissertação, entretanto, a essa altura, já no doutorado (PPGA/UFF) estava interessada em pesquisar sobre a *violência obstétrica* e a Prof^ª. Dra. Simoni Lahud Guedes aceitou generosamente a tarefa de me orientar nessa jornada. Por diversas vezes fui questionada se eu havia sido vítima de *violência obstétrica* nos espaços em que transitei ao longo dos últimos anos, e esclareço que não vivi nenhum tipo de experiência ruim nos nascimentos dos meus dois filhos, tendo optado por uma assistência particular *humanizada*, não sendo essa a motivação para a pesquisa da presente tese.

2. Desenhando o objeto de pesquisa

Interessava-me, pois, (i) o processo que percorremos até o momento em que as experiências consideradas traumáticas – ou não – no parto passaram a ser compreendidas como uma nova “categoria” – a da *violência obstétrica* – experiências que sempre foram tidas como algo “natural” ao processo de nascimento; e (ii) de que forma a sociedade se apropriou dessa “nova” categoria.

Quando digo que muitas experiências no parto que antes não eram compreendidas como uma “violação dos direitos humanos universais” (SOUZA, 2015) passaram a ser classificadas como *violência obstétrica*, não estou “naturalizando” ou diminuindo o sofrimento que experimentam as mulheres com histórias traumáticas e/ou abusivas durante o trabalho de parto e parto, trata-se de compreender quais são as fronteiras que diferenciam o que é tomado por *violência obstétrica* e o que não é, e de que forma negociam os envolvidos na questão.

Considero ainda que o tema é de extrema importância, e que vale ser apresentado em sua complexidade, pelo fato de ter passado a ser compreendido como uma questão de saúde pública e reprodutiva das mulheres pelo *movimento do parto humanizado* e por alguns setores da sociedade, pois, para esse grupo, a *violência obstétrica* é a principal causa do aumento da mortalidade materna. Atualmente, o que mais mata mulheres em estado gravídico-puerperal são: hipertensão, hemorragias, infecções e complicações do aborto. Situações que em 92% dos casos poderiam ser evitadas com uma assistência adequada. (FLEURY-TEIXEIRA & MENEGHEL, 2015)

Além disso, tenho como objetivo apresentar o que vem sendo produzido em torno da ideia da *violência obstétrica*, seja pelos ativistas do *parto humanizado*, pelas instituições de saúde públicas ou privadas, pelos programas de entidades públicas, pelas pesquisas científicas e pesquisadores de diferentes áreas como a antropologia, o direito, a medicina e a enfermagem. Considero importante, ainda, pontuar as questões jurídicas e legais que giram em torno da *violência obstétrica*, pois, por não haver uma lei que atue em âmbito nacional para esses casos existem muitas dificuldades em se provar a *violência obstétrica*.

Este é um trabalho baseado em narrativas de mulheres que se compreendem como vítimas de *violência obstétrica* porque me pareceu mais interessante que elas mesmas me apresentassem o que as levou a considerar que sofreram algum tipo de

violência durante o parto – esse foi um limite estabelecido por mim –, e o que importava eram as impressões que elas tiveram sobre as suas experiências. Ao longo dessa jornada me deparei com relatos de queixas a respeito de protocolos médicos que eu sabia que faziam parte das “boas práticas de assistência” recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, e é isso que torna a *violência obstétrica* um tema complexo, pois em quais situações as mulheres – e que mulheres – tomam certos procedimentos como violência, e em quais situações em que não se configura a *violência obstétrica*.

Para tanto, primeiramente entrevistei entre 2016 e 2018 oito mulheres com idade entre 25 e 40 anos que tiveram seus bebês de partos normais ou cesáreas, com atenção “humanizada” ou não, em hospitais públicos e privados da cidade do Rio de Janeiro. O contato com essas mulheres foi estabelecido de diferentes maneiras: ou elas me procuravam por saberem que eu pesquisava sobre a *violência obstétrica*, ou conhecidos me falavam de experiências de amigos e eu entrava em contato, ou ainda através dos grupos virtuais sobre *humanização do parto*. Posteriormente, senti a necessidade de voltar a campo para entrevistar quatro mulheres entre 50 e 80 anos que tiveram seus filhos de parto normal ou cesárea, em hospitais públicos ou privados. Para encontrar essas mulheres busquei amigos que tinham familiares que passaram por um parto normal e eles me indicaram suas mães, tias e avós. A diferença é que, se para o primeiro grupo eu me apresentava como doutoranda que pesquisa sobre *violência obstétrica* – ou me apresentavam assim e por isso as mulheres já chegavam com essa referência – para o segundo grupo eu defini que o tema da minha pesquisa era sobre parto. Essa opção foi feita com a intenção de não fazê-las questionar se o que experimentaram foi algum tipo de violência, e deixar que elas me mostrassem a percepção delas a respeito dos procedimentos, atendimento, etc., já que essas práticas não passaram a existir a partir de 2010, mas sempre estiveram lá e foram naturalizadas pelas mulheres, dadas como normais ao processo do nascimento. O material de campo estará presente em todos os capítulos da tese, devendo ser importante ressaltar que nem todos os relatos foram utilizados. É interessante destacar que tive muitas oportunidades de entrevistar mulheres que tiveram uma cesariana indesejada e marcada de maneira eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto. Eu me sentia constrangida em recusar a oferta, pois a minha tentativa era no sentido de equilibrar as entrevistas com o objetivo de conseguir entrevistar mulheres negras, pardas e brancas, de classe alta, média e baixa que pariram em hospitais públicos e privados, e com diferentes desfechos de parto. Mas sempre que o

contato “esfriava” eu não insistia, não por não acreditar na importância e no valor dessas experiências, – acredito que elas sejam muito representativas sobre o meu objeto de pesquisa – entretanto, eu não daria conta de tantas entrevistas. Assim, optei por usar uma das três entrevistas que realizei com essa característica.

Os espaços virtuais de discussão sobre parto foram essenciais ao longo dessa pesquisa, pois possibilitaram o contato com experiências de todos os cantos do país. Nesses grupos é comum que as mulheres publiquem os seus relatos de parto, seja para comemorar que conseguiram ter um parto normal, para desabafar algum tipo de frustração – mais especificamente quando o desfecho é uma cesárea – ou para denunciar casos de *violência obstétrica*. Um grupo em especial me chamou atenção, pois as moderadoras do grupo tinham a intenção de oferecer informações aos questionamentos das gestantes ou puérperas, assim, era frequente que uma gestante levasse para o grupo resultados de exames pré-natais, fizesse pedidos de ajuda e questionamentos sobre a conduta médica. Nesses casos, as moderadoras – todas de alguma forma vinculadas à área da saúde – respondiam as dúvidas das mulheres sob a ótica da assistência humanizada, o que por muitas vezes não dialogava com o tipo de assistência a que essas mulheres tinham acesso – muitas vezes elas não tinham acesso nas suas cidades aos exames e aos recursos sugeridos. Além disso, as publicações eram abertas aos participantes do grupo e sempre havia muitas respostas de pessoas leigas narrando suas experiências ou emitindo suas opiniões. Esse grupo contava com mais de 39 mil participantes até janeiro de 2019.

Ao longo desses anos de doutorado tive a oportunidade de participar de três cursos: (i) a “Formação ANEP Brasil” entre janeiro e março de 2016; (ii) a “Capacitação em *Violência Obstétrica* para profissionais do Direito” em maio de 2016; e (iii) o “X Curso Ecologia do Parto e Nascimento” entre maio e dezembro de 2017. Essas foram ferramentas importantes de pesquisa, ocasiões em que pude estar em contato com diversos profissionais da área da saúde e, no caso da formação para advogados e profissionais do direito, além da possibilidade de compreender melhor os detalhes do processo de parto e de nascimento, pude me familiarizar com os termos. Foram momentos em que surgiram muitas curiosidades a ser investigadas para esse trabalho, que de fato me auxiliaram a compor a tese, ainda que não tenha utilizado o material integral dos cursos e eventos que frequentei porque seria tarefa impossível.

Toda a minha formação esteve de alguma forma relacionada com o tema desta tese, por isso são muitos anos pesquisando sobre o assunto, o que em diversos

momentos se transformou em uma dificuldade diante da quantidade de material produzido. Eu já tinha o material – mas sempre com a sensação de que poderia ter feito só mais uma entrevista, só mais um investimento em determinado assunto – e só precisava organizar da melhor maneira possível, escolher que caminho seguir e não foi uma escolha fácil, fiz alguns investimentos em vão e foi difícil desapegar deles também.

3. Os capítulos

A intenção na organização dos capítulos é a de construir ao longo do texto o processo que a categoria, que foi designada como *violência obstétrica*, percorreu até os dias de hoje. Em todo o texto o leitor já deve ter notado que a expressão *violência obstétrica* aparece destacada em itálico. Optei por tal recurso com a intenção de deixar claro que compreendo o termo como uma categoria nativa e que, apesar da minha dificuldade, não desejo reificar a ideia de *violência obstétrica*, pois como veremos ao longo do texto trata-se de um assunto com muitos detalhes, muitos posicionamentos diferentes e, também, muitas dúvidas. Mais uma vez afirmo que não significa dizer que as mulheres não tenham experiências ruins no parto, muito pelo contrário, compreendo que é um momento de vulnerabilidade da mulher em que acontecem muitas experiências traumáticas. Porém, não podemos perder de vista que há vinte anos atrás o que hoje se denomina como *violência obstétrica* era um processo inerente ao nascimento, e é sobre isso que desejo me ater. Outros termos aparecerão destacados da mesma forma quando se tratarem de categorias nativas.

Dessa forma o primeiro capítulo é a apresentação do problema da *violência obstétrica* e como ela se constitui como problema público, a partir da ressignificação da experiência do parto. Traçando um paralelo com a construção da violência doméstica em Timor-Leste, a partir do trabalho do antropólogo Daniel Simião (2015), busco discutir a construção dessa ideia tendo em vista que as práticas que hoje são consideradas como *violência obstétrica* foram compreendidas como normais ao processo de nascimento até bem pouco tempo atrás e ainda hoje são para uma grande maioria da população.

No segundo capítulo da tese apresento a ideia de *parto humanizado* e o movimento de ativistas a favor desse tipo de assistência, assim como as tensões envolvidas no tema desde 2012, quando o programa de televisão *Fantástico* exibiu uma matéria a respeito do parto domiciliar. Na ocasião, um médico obstetra de São Paulo se

posicionou a favor do parto em casa e o CREMERJ indicou uma denúncia contra o obstetra ao CREMESP, além de aprovar duas resoluções que impediam que os médicos atuassem em ações domiciliares ou compusessem equipes de backup*, proibindo também a atuação das doulas⁴ (KLUJSZA, 2014). A intenção neste capítulo é apresentar os fatos que aconteceram em torno da temática e como gerou impacto o grupo nos últimos anos, assim como as iniciativas que foram produzidas a favor da atenção “humanizada” ao parto e compreender que o ideário do *parto humanizado* ressignificou a experiência do parto para uma parte das mulheres, fazendo-as questionar o modelo tradicional de assistência.

No capítulo 3 optei por apresentar parte do material que vem sendo produzido sobre *violência obstétrica* e sobre as “boas práticas de assistência ao parto”, no sentido de legitimação da categoria. Apresentando as práticas médicas que vêm sendo questionadas e o que vem sendo incentivado – e valorizado – pelas mulheres, pelo governo, pelo SUS, pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde, pelas entidades privadas e reguladoras de saúde, além do material produzido pelo *movimento do parto humanizado*. E, assim, delimitando o que é compreendido como *violência obstétrica*, as divergências de categorização do termo e a compreensão por parte dos ativistas da “humanização do parto” de que a *violência obstétrica* é uma violência aos direitos humanos e reprodutivos da mulher que impacta diretamente nos altos índices de mortalidade materna.

Por fim, no capítulo 4 busco trabalhar o papel que o médico passa a ocupar diante do cenário da “humanização do parto” e da *violência obstétrica*. Nesse sentido, a figura do médico tem a sua autoridade abalada e passa a ser confrontada com a *medicina baseada em evidências* por parte das pacientes. Trabalhando a questão dos modelos médicos, da medicalização do corpo feminino e processos normalizadores na sociedade busco compreender como se estabeleceu a assistência obstétrica dos dias atuais – que é a especialidade médica que mais contabiliza ações judiciais por erro médico no país.

4. O lugar de onde falo

⁴ As doulas são profissionais que acompanham a mulher em trabalho de parto, oferecendo suporte emocional e formas não farmacológicas de alívio da dor, além de suporte para o acompanhante.

O meu lugar enquanto pesquisadora, as minhas posições ideológicas sobre o tema e o impacto da pesquisa sobre *violência obstétrica* em um momento tão particular da minha vida gerou grande efeito no desenvolvimento dessa pesquisa. Houve momentos em que eu não conseguia lidar com o sofrimento e a angústia que os relatos me causavam, em especial porque em meados de 2016 me vi grávida pela segunda vez, de minha filha Pilar, e apesar de ter certeza de que não passaria por nenhum tipo de sofrimento, abuso ou trauma durante o parto – pois tinha acesso a uma equipe médica “humanizada” e de minha inteira confiança – eu não consegui fazer entrevistas naquele período. A última entrevista que fiz durante esse período foi quando eu estava com 7 semanas de gestação e o caso de Joana – que apresentarei mais adiante – foi tão marcante e sério nas consequências para a vida dela, que eu optei por me afastar naquele momento, dando prioridade para coisas menos densas da pesquisa.

Meu primeiro filho, Martim, nasceu em 20 de março de 2013, por uma cesárea intraparto, com a mesma equipe médica que viria a atuar na segunda gestação. Martim nasceu após 29 horas do início das contrações, pois entrou no canal vaginal mal posicionado, fazendo com que a circunferência da cabeça ficasse maior do que o espaço que tinha para passar pela minha pelve. Após muitas horas de trabalho de parto e de inúmeras tentativas de melhorar o seu posicionamento, ele apresentou cansaço e antes que virasse uma urgência médica, o obstetra indicou a cesárea e eu aceitei sem qualquer dúvida de que aquele seria o melhor nascimento para Martim – e confesso que com bastante alívio, pois já estava muito cansada. E assim Martim nasceu muito saudável e foi imediatamente para o meu colo. Lembro-me de sentir seu cheiro, de perceber como minha mão era enorme acariciando suas bochechas rosadas e gordinhas, e de ouvir o obstetra dizer: “É a cara da mãe”. Apesar de ter passado por todo trabalho de parto – chegando a nove centímetros de dilatação – foi o parto da Pilar que me sensibilizou diante do meu tema de pesquisa. Talvez porque naquele momento a *violência obstétrica* estivesse tão presente na minha vida, talvez por ter sido um parto normal ou por eu precisar lidar com esse assunto tendo vivenciado um parto tão próximo e também durante a gestação.

A verdade é que imediatamente após o parto, quando cheguei no quarto, meu pai me perguntou se a minha experiência me ajudaria com a tese, e eu não lembro o que respondi, mas essa pergunta ecoou por meses na minha cabeça. Pilar nasceu de um parto normal induzido após mais de 30 horas de bolsa rota*. A bolsa rompeu e eu não entrei em trabalho de parto, por isso, após muitas tentativas com exercícios e

acupuntura, fui internada para que fossem feitos o antibiótico intravenoso e o início do processo de indução de parto. A opção foi pela indução com uso de ocitocina sintética*, em menos de cinco minutos eu já estava em trabalho de parto e a equipe retirou a medicação. Oito horas depois nasceu Pilar, nos primeiros minutos do dia 3 de fevereiro de 2017. Pari em uma posição difícil de explicar, estava recostada na cama e usava a barra da cama para apoiar os pés e fazer força. Estava lento o processo, o obstetra cantarolava a música “Pressentimento” – que tínhamos ouvido minutos antes – e eu já não imaginava como ela sairia de lá. Veio uma contração e no final eu disse: “Vem, Pilar”. Na contração seguinte ela nasceu e eu dei um salto daquela posição estranha em que me encontrava e a tomei das mãos do médico, sentindo seu pequeno corpo quente e escorregadio.

A pergunta de meu pai me trouxe muitos questionamentos, mas principalmente se eu tinha condição de escrever esse trabalho, pois àquela altura eu pensava que a assistência que recebi por parte da equipe médica tinha sido tão impactante, de tanto afeto, responsabilidade e respeito – o nascimento da Pilar foi comemorado com alegria por todos e eu recebi muito cuidado, atenção, apoio e incentivo durante o trabalho de parto e parto – que eu não conseguia conceber, naquele momento, que esse não fosse o tipo de assistência que as mulheres recebiam. Além disso, a presença contínua de meu marido, Bruno, foi essencial para que eu me sentisse segura, além dos cuidados e do suporte emocional da fisioterapeuta obstétrica e grande amiga, Dominique Klaczko. Ou seja, eu tive uma experiência muito privilegiada e com um alto custo financeiro, uma situação que não era modular dentro da assistência obstétrica brasileira, enquanto tentava entender a *violência obstétrica*, era demais para o momento.

Quando minha filha já tinha alguns meses resolvi me aventurar. Botei Pilar no carregador de bebê e marquei uma entrevista que tinha ficado esquecida da época da gravidez, mas, nessa ocasião, eu chorei junto com a mulher que entrevistava e percebi que ainda não tinha condições de retomar as entrevistas.

Aos poucos os sentimentos foram se assentando, e com bastante dificuldade e muitas oscilações de pensamento, eu comecei a entender o meu papel como antropóloga pesquisando a *violência obstétrica*. Eu já estava afetada pelo tema, primeiramente por ser mulher e por ter vivenciado duas experiências de parto, e em segundo lugar porque a assistência “humanizada” é o que ideologicamente mais se assemelha com o que eu acreditei ser, para a minha saúde e a de meus filhos, a melhor assistência médica e, por fim, por não conseguir naturalizar o sofrimento das pessoas – isso era algo que me

incomodava demais. Entretanto, isso demarcado, foi possível avançar na construção do objeto da pesquisa, compreendendo que a *violência obstétrica* não é um achado, não é uma “coisa” que agora existe. Os fatos que “definem” – e quem os define – a *violência obstétrica* sempre existiram, mas nem sempre foram (e continuam não sendo muitas das vezes) compreendidos como formas de “violência contra a mulher” ou como “violação dos direitos humanos”. Assim, passei a compreender a prática médica como algo sujeito a interpretações, que em determinados momentos justificam a *violência obstétrica* ou a rejeitam.

Muitos antropólogos trataram das reflexões acerca do trabalho de campo e das dificuldades que muitas vezes se apresentam no encontro com o nosso objeto de pesquisa. Situações por vezes angustiantes, inusitadas, constrangedoras até. É esperado de nós, antropólogos, uma certa neutralidade que na realidade deve ser uma construção e um exercício diário de negociação com as nossas próprias categorias. No meu caso, foi tentador simplesmente reificar a *violência obstétrica* e não foram poucos os momentos em que isso se passou. Seria uma pretensão exagerada acreditar que eu conseguiria ocupar um lugar de não-ser nessa história (BONETTI & FLEISCHER) porque em primeiro lugar, talvez eu devesse não-ser mulher e não-ser mulher que passou por duas experiências de *parto humanizado*. Mas eu sou.

E foi em campo que percebi que a minha compreensão sobre o que era a *violência obstétrica* na maioria das vezes não tinha relevância, já que as experiências – e as análises a partir da perspectiva do que elas compreendiam como *violência obstétrica* – que as mulheres que entrevistei me apresentaram eram muito diferentes. Assim, o meu interesse era como Geertz (1997) definiu: “descobrir que diabos eles acham que estão fazendo”.

Dessa forma, alternei entre graus das “experiência-próxima” e “experiência-distante”, que Geertz (1997) propõe como reflexão “para entender os sentimentos de outros seres humanos” (GEERTZ, 1997, p.106). Segundo o autor:

“Um conceito de ‘experiência-próxima’ é, mais ou menos, aquele que alguém – um paciente, um sujeito, em nosso caso um informante – usaria naturalmente e sem esforço para definir aquilo que seus semelhantes veem, sentem, pensam, imaginam etc. e que ele próprio entenderia facilmente, se outros o utilizassem da mesma maneira. Um conceito de ‘experiência-distante’ é aquele que especialistas de

qualquer tipo – um analista, um pesquisador, um etnógrafo, ou até um padre ou um ideologista – utilizam para levar a cabo seus objetivos científicos, filosóficos ou práticos”. (Geertz, 1997, p. 87)

Segundo o autor isso não significa dizer que um dos conceitos seja melhor, mas que ambos devem ser considerados, pelo fato das relações entre os papéis que cada conceito desempenha serem importantes para a estrutura da análise antropológica. Empregar esses conceitos foi importante para que em certos momentos eu pudesse sentir o que as mulheres que entrevistei me relatavam, e, em outros, pudesse interpretar o meu objeto de pesquisa.

Capítulo 1 – Violência(s)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como o uso da força física ou poder, em ameaça ou na prática contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação⁵. Acredito ser importante estabelecer para o leitor desde já que não é de meu interesse definir o que é violência ou *violência obstétrica*. Serão apresentados ao longo dos capítulos definições de *violência obstétrica* que são a minha maior fonte de interesse para abordar a questão da construção social da categoria, por compreender que as percepções da *violência obstétrica* são várias e diversas entre os indivíduos. Essas múltiplas concepções acerca da categoria são o que me interessa.

1.1 O parto de Suzana

“O corte foi bem grande, devo ter levado 8 pontos, foi da vagina até quase no ânus. Detalhe que levei esse ‘talho’ [episiotomia] a sangue frio. O bebê tava coroadando e o médico disse: ‘respira fundo’ e cortou. Eu cheguei no hospital com sete centímetros de dilatação, mas não tinha contração. Aí me deram o soro pra sentir dor [ocitocina sintética]. Aí o médico estourou a minha bolsa e ele já começou a querer sair, correram comigo pra sala. O médico tava vestindo o jaleco, só deu tempo de prender uma perna. O parto em si não me incomodou porque a contração passa quando o bebê nasce, mas esse ‘talho’ foi horrível, mas se não cortasse ia ter que fazer muita força pra sair. Não sei pra que um ‘talho’ tão grande, mas meu médico disse que precisava sei lá pra que... O bebê era pequeno, tinha 49 cm e 2,700kg e pouco. Na hora de costurar a anestesia não pegou e eu senti tudo pra costurar”.

⁵ Disponível em

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf; Acesso em 5/06/2019

O relato de Suzana⁶ traz o objeto central da presente tese. Moradora da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, hoje com 50 anos, Suzana me contou sobre o nascimento do seu primeiro filho, em 1986. Prima de minha mãe, mulher de fala mansa e arrastada, de origem humilde e trajetória dura de vida, ela carrega a fama de “parideira” na família e fui atrás de entender melhor o parto rápido que todos narravam. Apesar de ter tido duas crianças, sua segunda filha nasceu de cesariana, pois ela desejava fazer laqueadura. O fato é que Suzana chegou para uma consulta pré-natal no hospital e foi constatado que ela estava em franco trabalho de parto, entretanto, não sentia dores. Os procedimentos foram: indução com ocitocina sintética; amniotomia* e episiotomia*. Além disso, ela foi amarrada às perneiras da cama, e mesmo que só tenha dado tempo de amarrar uma das pernas, foi obrigada a manter-se na posição ginecológica* ou litotômica*. Não pediram autorização para a realização da amniotomia ou episiotomia, não foi aplicado qualquer tipo de anestesia para a realização da incisão da episiotomia e após o nascimento do bebê não houve o cuidado de que ela fosse suficientemente anestesiada para a sutura da incisão do procedimento.

Suzana não traz as marcas de nenhum tipo de violência a partir de sua experiência de parto. Ela relembra o incômodo que foi lidar com os pontos da episiotomia, da ajuda que recebeu de seu pai, que fazia compressas frias para que ela aplicasse na região perineal ao longo dos dias, mas acredita que foi o melhor para ela. E não questiona as intervenções realizadas, acredita que a incisão da episiotomia poderia ter sido menor, entretanto, a entende como necessária, pois se não houvesse teria que ter feito “muita força pra sair”. É curioso pensar que essa entrevista talvez tenha sido a mais curta que realizei ao longo de todos esses anos de pós-graduação, pois realmente Suzana não me dava deixas para esticar o assunto. Não era uma questão para ela – tanto a forma como o parto foi conduzido como as intervenções realizadas; estas foram todas compreendidas como naturais, pois eram necessárias aos olhos do médico, por quem ela tinha confiança.

Assim, após diversas narrativas como essa, seja por mulheres mais velhas ou jovens que pariram recentemente, comecei a me questionar sobre as perspectivas do que poderia ser classificado⁷ como uma “experiência de parto positiva/negativa” e para quem. O parto normal no Brasil, pensando que o normal é relacional e sempre está

⁶ Todos os nomes das mulheres que entrevistei foram alterados para preservar as suas identidades.

⁷ Pensando nas formas de classificação propostas por Durkheim & Mauss, quando classificar é dar nome, ordenar, hierarquizar, atribuindo valor, significado. Processo que está em permanente mudança.

atrelado a uma norma, se configura como um parto vaginal com intervenções realizadas de rotina como o uso da ocitocina sintética, a amniotomia, tricotomia*, dependendo da instituição há prescrição de enema*, obrigatoriedade pela posição litotômica e episiotomia, podendo variar um pouco de acordo com a região, sempre assistido por um médico obstetra. Em outros países, o parto normal pode ser aquele acompanhado por midwives* e com poucas intervenções, ou até mesmo um parto domiciliar.

O parto normal segue esse modelo há muitas décadas, como exemplifica o relato de Suzana e os manuais de obstetrícia (REZENDE, 2010). Entretanto, a partir de 2012 começa-se a falar no Brasil em *violência obstétrica*. A Argentina e a Venezuela já falavam de uma categoria que compreendia que certas práticas médicas eram violência contra a mulher há mais tempo. O que antes era compreendido como normal ao processo de parturição passa a ser compreendido como um ato de violência, descaso ou incompetência, ressignificado como *violência obstétrica*, pelos ideais do *parto humanizado*. O que não significa dizer que ela não existia, pois, os fatos que hoje definem a *violência obstétrica* sempre estiveram presentes, mas não carregavam o sentido moral do sofrimento, da violência, da violação. E, além disso, também não significa dizer que hoje, carregada da dimensão moral, o que as mulheres compreendem como violência não seja importante.

Até 2012, falávamos em “parto sem violência” e de “abusos de intervenções” muito influenciados por Leboyer (1996), médico francês, que desde a década de 1960 questionou, primeiramente, a forma como recebíamos os recém-nascidos e propôs outro tipo de acolhimento. Leboyer foi de início amplamente criticado, mas influenciou pessoas pelo mundo inteiro, tendo, inclusive, seu nome como um tipo de parto, o “parto Leboyer”.

De lá pra cá o Brasil ainda não tem uma lei que dê conta da *violência obstétrica*, mas o assunto passou a ser compreendido como um problema público, ganhando destaque nas mídias e, assim, impactando nas ações do governo, como veremos no capítulo 3, mas gerando muito debate e acaloradas discussões. Alguns estados já apresentaram projetos de lei a respeito da *violência obstétrica*, sempre pautados na assistência humanizada para gestantes, parturientes e mulheres em situação de abortamento, entretanto, poucos estados já sancionaram lei estadual, como é o caso da

Câmara dos Deputados de Minas Gerais, que sancionou a lei estadual 23.175/18⁸, e de fato, Minas é um estado que tem muitas iniciativas para o *parto humanizado*.

Dessa forma, as experiências antes vivenciadas pelas mulheres na hora do parto que eram compreendidas como “normais”, como necessárias para o nascimento do bebê, passam a ser questionadas e vistas como “desnecessárias”, ganhando a dimensão moral e simbólica da violência contra a mulher, e é a respeito dessa disputa de significado da *violência obstétrica* que me debruço na presente tese. Entretanto, esse percurso não foi – e não está sendo – tão simples, envolvendo muitos atores e interesses em disputa.

1.2 O que o Timor-Leste tem a nos ensinar sobre *Violência Obstétrica*

Entre 1975 e 1999, o Timor-Leste, uma antiga colônia portuguesa, foi ocupada por tropas indonésias que tinham o intuito de transformar o território em uma grande província do Sudeste asiático. Essa ocupação provocou uma forte resistência local que a partir das repressões indonésias à população (especialmente o massacre em 1991, em Díli, capital do Timor-Leste) favoreceu para reivindicações da resistência. Aliada às questões políticas, à crise econômica asiática de 1997 e à pressão internacional foi realizado um referendo sob a supervisão da Organização das Nações Unidas (ONU), em agosto de 1999, revelando que 80% da população timorense era contrária à proposta de tornar o território uma província autônoma da República Indonésia, expressando assim, uma grande vontade de se tornar um país independente.

As tropas indonésias foram obrigadas a deixar o território timorense, entretanto, grupos milicianos descontentes com a decisão “deflagraram uma campanha de terror, a qual resultou, em um período de menos de duas semanas, na destruição de 70% da infraestrutura física do território e na morte de cerca de um terço da população nativa” (SIMIÃO, 2015, p. 36).

Diante disso, foram enviadas ao Timor-Leste duas grandes missões da ONU: a missão pacificadora (INTERFET) e a administração transitória (UNTAET). E assim o país recebeu uma quantidade significativa de estrangeiros que influenciaram diretamente na cultura timorense. É neste cenário que Simião (2015) nos apresenta a “invenção” da violência doméstica em Timor-Leste, pois até então a agressão dos

⁸ A lei 23.175/18 de Minas Gerais está nos Anexos da tese.

maridos às mulheres timorenses era a forma de restaurar um comportamento desejado quando a mulher faltava com as suas obrigações.

Entre os anos de 2001 e 2002, o número de denúncias contra “violência doméstica” cresceu consideravelmente, as organizações de mulheres entenderam que de um ano para o outro os maridos não se tornaram mais violentos, mas acreditavam que as mulheres se sentiam impulsionadas a denunciar os casos devido à estrutura que foi criada no país. Entretanto, Simião nos traz uma outra visão, diz ele: “para que haja uma denúncia não basta haver quem a receba. É preciso antes haver um caso de ‘violência doméstica’ a ser denunciado, isto é, é preciso que um gesto de agressão seja percebido como atitude intolerável por parte de alguém, percebido como violação e como violência” (2006, p. 134).

E assim, o autor nos apresenta o processo de construção da noção de violência doméstica em Timor Leste, quando a corporalidade passa a ser experimentada de uma outra maneira, em uma sociedade em que as agressões físicas são aceitáveis, desde que sejam justificadas como forma de castigo. Dessa forma, as agressões não eram vistas por aquela sociedade como ofensa a algum direito e, por isso, não eram compreendidas como motivo de queixa, sendo em alguns casos, inclusive, entendidos como um dever. O limite das agressões justificadas estava relacionado aos excessos visíveis no corpo, que também desempenham um papel na significação moral da agressão e nas situações em que as mulheres tinham justificativas para não terem cumprido com os seus deveres.

A forma como a sociedade estava estruturada e como se davam as relações de gênero e o acesso à justiça, por exemplo, começaram a sofrer alterações com a chegada dos estrangeiros. Segundo Simião, a partir das referências internacionais dos direitos humanos e direitos das mulheres, parte da população passou a compreender a agressão física como agressão moral, o que gerava vergonha para as mulheres, uma dor diferente da dor sentida no corpo. Para o autor é nesse processo em que a agressão física se tornou violência doméstica.

A partir daí várias iniciativas surgiram através das ONGs e do governo para conscientizar a população quanto ao crime de violência doméstica e seus efeitos, tanto para as mulheres timorenses, quanto para procuradores públicos e policiais, que não estavam preparados para receber denúncias de violência doméstica baseadas nos conceitos de gênero bem diferentes dos costumes locais. Era questionado também se o conceito de gênero, importado de países estrangeiros, não seria uma imposição aos cidadãos de Timor-Leste.

Surgiu assim a necessidade de uma legislação específica para os casos de violência doméstica que esbarrava nos costumes locais e no sistema de justiça das aldeias, que compartilhada entre os moradores das aldeias era considerada a forma mais rápida e efetiva para resolver questões dos grupos.

Em um primeiro momento foi realizada uma pesquisa em Timor-Leste que tinha como objetivo identificar os tipos de violência de gênero mais recorrentes no território e como a população os percebia. A segunda etapa era focada na formação para os agentes da polícia, do judiciário e profissionais da saúde. E, finalmente, a terceira etapa era sobre a elaboração de uma legislação específica para os casos de violência doméstica.

No momento em que a pesquisa foi realizada apareceram muitas questões a respeito dos limites das agressões físicas enquanto formas de restaurar o comportamento desejado, o que era aceitável e o que não era, além de questões relacionadas à forma de justiça, que deixava os timorenses receosos de não serem respeitados os costumes locais, que prezavam pelos mecanismos tradicionais de justiça. A questão da língua utilizada também é ressaltada, já que no território do Timor-Leste há alguns idiomas utilizados.

Pensando a *violência obstétrica* e o caso de Timor-Leste podemos refletir a respeito da construção da noção de violência percebida durante o parto, pois o caso timorense – no qual as agressões físicas faziam parte da “cultura” da sociedade – passou por um processo de ressignificação dessas agressões a partir de referências globalizadas, tornando-as agressões morais, compreendidas como violência doméstica. Nesse sentido, a noção de *violência obstétrica* vem passando por um processo semelhante, pois vinte anos atrás não havia o questionamento do saber médico na hora do parto, e ainda que se falasse em “parto sem violência”, a *violência obstétrica* não existia.

Como é o caso de Dona Marília, que há muitos anos mora no Rio de Janeiro, mas é natural do Rio Grande do Sul, cidade onde nasceu seu primeiro filho. A entrevista aconteceu em sua residência na Lagoa, bairro da Zona Sul do Rio de Janeiro. Hoje, Dona Marília tem 78 anos e três filhos, sendo um de parto normal, uma de cesariana intraparto e uma de cesariana marcada.

O primeiro filho nasceu no inverno de 1961 em Porto Alegre e ela começa o relato dizendo: “*O que você quer saber? Me cortaram inteira até a parte da perna*”.

Dona Marília é uma pessoa muito divertida e por vezes eu não conseguia segurar o riso e ela dizia: “*Você tá rindo? É verdade*”. Foram 27 horas de trabalho de parto. Às quatro da tarde ela estava passeando e a bolsa rompeu; chegou no hospital às seis da

tarde e não sentia nada além de uma leve cólica, mas com o tempo o trabalho de parto engrenou e os médicos não usaram ocitocina sintética. Às dez horas da noite do dia seguinte seu filho nasceu com mais ou menos quatro quilos. Dona Marília relata que depois de muito tempo, com várias freiras dentro da sala de parto rezando o terço, a médica achou que já estava demorando demais, fez a episiotomia e empurrou o bebê (manobra de Kristeller*). A episiotomia foi bem grande e ela reclama, não entende por que precisou ser tão grande. No momento da sutura recebeu anestesia local e não sentiu dor. *“Sofri igual o cão. O mais velho acabou comigo, foi um sofrimento atroz”*.

O segundo filho nasceu no final do ano seguinte em São Paulo e a barriga de Dona Marília estava tão grande que os médicos pensavam que talvez fossem gêmeos. Como o bebê passou muito da data de nascimento, o médico resolveu induzir o parto e mesmo com todo o sofrimento que sentiu no parto anterior, Dona Marília acreditava que seria o melhor. Entretanto, a indução não “pegou”, a ocitocina não provocou as contrações, e segundo ela, os médicos tentaram tudo e nada aconteceu.

Em determinado momento o médico percebeu que os batimentos do bebê estavam baixos e a equipe correu para a cesárea. Dona Marília se queixa que a anestesia doeu e causou desconforto nos meses posteriores. Ela afirma que seu segundo filho era enorme, que a marca da cesárea também – naquela época a incisão da cesariana era vertical – e que ele nasceu roxo (cianótico), tinha quase 5 quilos e media 53,5 centímetros. Não estava bem ao nascer e precisou passar cinco dias na UTI neonatal.

Já o terceiro filho nasceu de cesariana marcada porque o médico afirmou que como já tinha uma cesárea anterior não poderia tentar o parto normal, mas apesar do médico ter tentado marcar a cesárea para meados de novembro, ela não aceitou e dizia que o bebê nasceria no dia 1º de dezembro, então esperou até lá para marcar a cesárea. Dona Marília afirma que foi o único bebê que não deu trabalho pra nascer.

Os dois primeiros filhos de Dona Marília foram partos, considerados por ela, como muito difíceis. Segundo ela, *“Sofri muito pra ter meus filhos, mas passou. Hoje eu estou aqui conversando com você e tenho até bisnetos. Naquela época era muito ruim pra ter filho, agora é mais fácil”*.

Para Dona Marília as experiências dos partos foram sofridas, havia ainda uma tensão como o trabalho de parto de 27 horas e as freiras rezando o terço dentro da sala de parto, ou do bebê em sofrimento fetal, que nasceu cianótico e precisou de internação em UTI neonatal. *“Mas passou”*, segundo ela, que compreende todas as intervenções como normais ao parto, questionando unicamente o tamanho da episiotomia.

Atualmente, para outras mulheres, a experiência de Dona Marília seria compreendida como *violência obstétrica*, a partir da ressignificação das experiências do parto, por conta das iniciativas do *movimento do parto humanizado* e da ideia de *medicina baseada em evidências* – que veremos mais adiante – em espaços públicos e privados. Nesse processo, as iniciativas do governo – seja em âmbito Federal, como estadual –, organizações como ONU, UNICEF, entre outras; organizações de saúde, assim como conselhos reguladores dos profissionais de algumas áreas da saúde passaram a tratar da assistência ao parto sob a perspectiva da humanização do parto. Desta maneira, expandindo a informação acerca da experiência do parto, motivaram muitas mulheres a usarem os espaços virtuais para “denunciar” situações vividas de *violência obstétrica*, assim como relatos de membros de equipes médicas que, anonimamente, denunciavam as práticas de seus colegas.

1.3 Quando a dor passa a ser moral

Quando em Timor-Leste Simião (2015) afirma que não existia violência doméstica, significa dizer que o homem poderia bater na sua mulher com o intuito de restaurar um comportamento desejado. Entretanto, havia limites. Ao mesmo tempo que o homem tinha esse direito, ele não poderia obrigar a sua mulher a obedecê-lo contra a sua vontade, desde que a vontade da mulher não significasse o abandono de seus deveres. Desconsiderar a vontade da mulher era mais ofensivo do que a agressão física.

De modo que percebemos que o sentido de agressão aparece no caso da desconsideração da vontade da mulher, mas está ausente em situações de agressão física, que parecem não ter implicações no plano moral, que não sendo percebidas como insultos, não geram ressentimentos. O autor considera que há um papel importante na intencionalidade, que torna um ato em atitude de violência, quando o ressentimento se relaciona com as percepções das intenções do outro. E no caso da agressão física em Timor-Leste a intenção era pedagógica e corretiva, o que gerava atenuação da dimensão moral do ato. Existe uma função socializadora da pessoa na agressão, a ideia de que através do castigo corporal e da punição corporal é que se educa.

Essa intenção pedagógica da agressão que representa a manutenção da ordem era uma ferramenta legitimada socialmente em Timor-Leste, pois “quando o homem bate com amor e quando bate por estar nervoso, mas depois se arrepende” (SIMIÃO, 2015, p. 192) não é compreendido como crime.

A partir da influência estrangeira a agressão física ganha novo significado, tornando-se violência doméstica e trazendo consigo uma nova carga de significados:

“Um timorense, técnico de impressão em uma gráfica local, estava casado havia 11 anos e sempre batera em sua mulher. Ela sempre sentira a dor física, mas nunca se incomodara com isso. Até o momento em que pediu a separação. O marido não compreendeu. Não via motivos, afinal, aquele vinha sendo o padrão de conduta do seu relacionamento há mais de uma década, e nunca a incomodara. A novidade era que agora a sua mulher trabalhava no escritório local da Cruz Vermelha (ICRC), junto com vários funcionários estrangeiros. O marido convenceu-se de que os estrangeiros estavam ‘colocando coisas’ na cabeça de sua mulher. Certamente, de algum modo, é isso que aconteceu. A dor física que ela sentiu durante anos agora se somava a uma dor moral. O sentido do ato de agressão mudara, mudando, com isso, as suas consequências.

Conversando com o chefe do funcionário da gráfica, procurei entender o que teria motivado a esposa a não mais suportar o ato de agressão. Segundo ela, a mulher agora envergonhava-se por apanhar do marido. Diante do grupo que partilhava seu dia-a-dia no espaço de trabalho, aquele ato ganhava outra conotação; produzia vergonha e humilhação – um tipo de dor que só ocorre no insulto. Podemos dizer que, diante de um novo contexto, o ato de agressão física tornou-se uma *atitude de insulto* à pessoa daquela mulher”. (SIMIÃO, 2015, p. 142, grifos do autor).

Assim, quando a agressão gera vergonha e humilhação como um novo tipo de dor, a ideia de insulto aparece. Nesse cenário, as influências internacionais nomeiam e afirmam que a violência doméstica é contra os padrões internacionais de direitos humanos e buscam informar a população sobre o tema. Ocorre um novo sentido para a cultura timorense. Uma nova moralidade que não dialogava com o ethos do Timor-Leste, apresentando a ideologia individualista que orienta a cultura ocidental, como analisou Dumont⁹. O discurso de gênero em torno da ideia de violência doméstica constrói o plano moral da categoria, que entende a agressão como atitude indevida e

⁹ DUMONT, Louis. *Homo Hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. São Paulo: Edusp, 1992.

valida socialmente uma nova gama de sentimentos. Ocorre então, segundo Simião, a invenção da violência doméstica, “que certamente não fazia parte da *kultura*¹⁰ de Timor-Leste” (Simião, 2015, p. 327, grifos do autor).

De certa maneira a *violência obstétrica* não existia no Brasil até então. O termo “violência” para se referir ao parto, já era utilizado, tanto que existia a ideia do “parir sem violência” (Leboyer, 1996), que, entretanto, estava mais vinculado à perspectiva do acolhimento do recém-nascido. Até então, os processos que envolviam o parto eram considerados normais. O caso de Dona Fernanda é mais um exemplo disso.

Conheci Dona Fernanda através de uma amiga que nos colocou em contato. Dona Fernanda é avó de minha amiga. Nascida e criada na ladeira da Tavares Bastos, no bairro do Catete no Rio de Janeiro, mulher de classe baixa e de baixa escolaridade, abandonou os estudos ainda no ensino fundamental e desde criança ajudava a mãe nas costuras. Quando casou deixou de trabalhar e se tornou dona de casa, e com o passar dos anos a família passou a ter mais recursos. Hoje Dona Fernanda tem 79 anos, é viúva e mora na Tijuca, Zona Norte do Rio de Janeiro.

Sua primeira filha nasceu em 1966, na Policlínica Geral, no Castelo, no centro da cidade, segundo ela: “*Ah, minha filha, foi isso que eu te falei [por telefone], fui pro hospital às dez da noite e ela nasceu vinte pras seis da manhã*”.

Aparentemente essa era a história do parto de sua primeira filha, e ela não tinha muitas considerações a fazer. Comecei a fazer algumas perguntas e segundo Dona Fernanda, o hospital e o médico eram particulares e ela estava sozinha na sala com outras parturientes, a bolsa rompeu naturalmente e a única intervenção realizada foi a episiotomia. Sobre o procedimento, Dona Fernanda afirma que sente dor até hoje e não se lembra se recebeu anestesia para a realização da incisão ou para a sutura dos pontos da episiotomia. Mas ela justifica a necessidade da intervenção pelo tamanho da bebê, que nasceu pesando 4.800 gramas e medindo 55 centímetros.

Segundo ela, ouviu a mãe falar para as suas irmãs mais velhas que não poderiam gritar na hora do parto, para que os médicos não as “maltratassem”, ela seguiu o conselho e não teve problemas desse tipo:

“Eu tampei a boca com a mão e fiz as forças. Mas eles falavam pras outras moças que tavam lá: ‘na hora vocês não gritaram, agora ficam

¹⁰ O autor opta por usar as grafias originais em tétum de palavras que são categorias nativas do seu campo.

fazendo escândalo'. Eu fiquei reprimida, mas não gritei, eles me trataram bem”.

Dona Fernanda ficou constrangida com a situação que observou a respeito do tratamento que as outras parturientes recebiam porque gritavam durante o trabalho de parto. Apesar de não considerar uma violência, o constrangimento sentido por Dona Fernanda apresenta a dimensão de insulto moral diante da intencionalidade do médico na agressão verbal. Na manhã do dia seguinte, seu marido chegou para visitá-la e, segundo Dona Fernanda, assim que ele entrou, ela avisou-o que no próximo filho faria uma cesárea. *“Nunca mais eu queria parto normal. Só cesárea. É uma dor terrível que vou te contar...”*.

Na segunda filha, que nasceu dois anos depois, Dona Fernanda fez a cirurgia cesariana, como havia combinado com o marido, e aproveitou a oportunidade para fazer uma laqueadura. Após a experiência achou que o parto normal foi melhor do que a cesárea, apesar de ter sido “no peito e na raça”, como definiu, pelo fato de não ter tido anestesia.

O relato de Dona Fernanda é interessante pela simplicidade dos fatos, para ela o que aconteceu foi que chegou no hospital às dez da noite, e, às vinte para as seis da manhã, sua filha nasceu. De fato, não houve nenhuma complicação, que não ocasionou nenhuma intervenção, apenas a episiotomia que ela considera necessária, pois a filha nasceu grande, apesar dos incômodos que persistem até hoje.

No caso da *violência obstétrica* no Brasil, a forma como os partos foram conduzidos até então era compreendida como normal, era assim para todas as mulheres, não havia espaços para questionamentos. No máximo as experiências eram compreendidas como “ruins”. Foi a partir da expansão do *movimento do parto humanizado*, da ideia de *medicina baseada em evidências* e das legislações próprias para *violência obstétrica* – questões que serão abordadas nos próximos capítulos – de outros países, que o Brasil legitimou a categoria, atribuindo nova carga de significado para a experiência de parto. Como no caso de Timor-Leste (SIMIÃO, 2015), em que a violência doméstica passa a ser compreendida como um insulto moral, no Brasil, a *violência obstétrica* também passará por esse processo como veremos nos capítulos seguintes.

Segundo Diniz et al. (2015) a *violência obstétrica* já era tema de pesquisas e de políticas públicas no Brasil ao final da década de 1980. Entretanto, o termo *violência*

obstétrica não era empregado, mas havia a utilização do conceito de violência para qualificar certo tipo de atendimento ao parto. A autora afirma que esse foi um tema negligenciado diante da resistência dos profissionais e de outras questões que foram consideradas mais urgentes, e da falta de assistência à atenção básica para mulheres pobres.

A carta de fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa)¹¹ já fala em violência e em situações de constrangimento para as mulheres, sem empregar a categoria *violência obstétrica*, optando por colocar em debate outras questões, segundo Diniz et al:

“Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) em sua carta de fundação parte do reconhecimento das ‘circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência’. No entanto, a organização deliberadamente decidiu não falar abertamente sobre violência, favorecendo termos como ‘humanização do parto’, ‘a promoção dos direitos humanos das mulheres’, temendo uma reação hostil dos profissionais sob a acusação de violência”. (DINIZ et al, 2015)

Assim, como no caso da violência doméstica em Timor-Leste, a *violência obstétrica* passa a ser compreendida como humilhação e desrespeito e, conseqüentemente, como insulto, causando nas mulheres um novo tipo de dor vinculada à moralidade, que passa a ser vista como um insulto moral, uma questão de saúde pública, uma questão de violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

Falar sobre uma moralidade da *violência obstétrica* não é tão simples. De fato, como veremos nos capítulos seguintes, a *violência obstétrica* nem sempre afetará a corporalidade das mulheres, podendo ter impacto somente no plano emocional.

Para tratar do indivíduo nas situações de saúde e doença Duarte (2003) trabalha com a ideia de que para a nossa sociedade, situações que impactam diretamente a corporalidade do indivíduo, como sequelas ou traumas, no caso de um acidente de trânsito, por exemplo, terão representatividade dentro na sociedade. Já a perturbação moral não tem espaço expressivo sobre o dano causado por alguma questão relativa a essa corporalidade.

¹¹ <http://www.rehuna.org.br/>

“Sobretudo, ao que chamo de ‘perturbações físico-morais’, ou seja, às condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação. Assim, um acidente de trânsito, embora possa afetar profundamente a vida moral de suas vítimas (além de seus corpos), não é visto em nossa cultura, em princípio, em si mesmo, como ‘físico-moral’. A eventual experiência de sequelas ou traumas – essa sim – será certamente expressiva dessa tensão. Não há, por outro lado, em nossa cultura, praticamente nenhuma possibilidade de se vivenciar uma perturbação exclusivamente ‘moral’. Alguma dimensão da corporalidade acaba sempre comprometida nessa vivência, mesmo que representada como um deslocamento ou afecção secundária. As doenças chamadas de ‘mentais’ ocupam certamente um lugar preeminente nessa ordem de fenômenos, por se desenvolverem justamente a cavaleiro da discutida fronteira entre o ‘moral’ ou ‘psicológico’”. (DUARTE, 2003, p. 177)

A “experiência das perturbações” como define o autor não recebe sentido ou significação, ou, ainda, não tem expressão em nossa sociedade. Segundo Duarte (2003), os processos reprodutivos também são impactados por essa lógica, que no caso proposto na presente tese pode favorecer para os embates entre as partes interessadas na constituição da *violência obstétrica* como um problema público.

Como citado anteriormente, muitas foram as instituições que favoreceram a ressignificação gerada pela noção de *violência obstétrica*, além da grande importância da Internet, que favorece a rápida disseminação de informação e de mobilização, entretanto, veremos a seguir que a mídia é um veículo fundamental no processo de legitimação de uma questão de interesse público.

1.4 O papel da mídia na construção do problema público

A *violência obstétrica* ganhou destaque na mídia nos últimos anos, o que é importante para a construção social e legitimação do problema, tendo em vista que

mídia é um importante agente na construção da realidade. Os agentes midiáticos definem prioridades, já que cada vez mais são eles quem dão visibilidade aos fenômenos e definem o que é considerado como um problema público, quais as demandas serão compreendidas como de “interesse público” (SILVA, 2017).

Nesse sentido, a mídia, atuando como um importante elemento de construção social, passa a legitimar a *violência obstétrica* elegendo-a como um problema apto a frequentar a agenda dos problemas do Estado:

“Assim, não constitui exagero afirmar que, ao produzir e difundir representações sobre determinados fenômenos, os veículos de comunicação atuam num duplo sentido de lhes conferir projeto social e prescrever o modo como devem ser encarados pelo poder público. Mais do que simplesmente promover a circulação de informações, portanto, a mídia concorre para a produção e difusão de determinadas visões da realidade, contribuindo, assim, de forma decisiva, para (re)criar a realidade que, supostamente, pretende descrever. É, precisamente, ao fazer isso que ela desempenha com maior clareza o seu papel político ou, dito de outra forma, que ela participa, de modo efetivo, da transformação de problemas sociais em problemas públicos (...)” (SILVA, 2017, p.249).

Quando se busca na internet o termo *violência obstétrica* na plataforma do Google aparecem 1.660.000 resultados dos mais variados possíveis. Uma parcela desses resultados é de produções da mídia sobre o tema. Além de não ser o foco do presente trabalho, seria impossível conseguir números exatos de todas as vezes que os grandes veículos de informação falaram em *violência obstétrica*.

Entretanto, o tema gerou muito conteúdo produzido pela mídia, e aqui destaco os grandes números de matérias dos jornais online como *O Globo*, *Band*, *El país* e *Folha de São Paulo*. A emissora de televisão Rede Globo e afiliadas, produziram programas em torno da temática da *violência obstétrica*, destaco o programa “Profissão Repórter”(2018)¹², “Programa Bem Estar” (2019)¹³, o programa “Encontro com Fátima

¹² Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/7229848/>; Acesso em 15/05/2019.

¹³ Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/7493167/>; Acesso em 15/05/2019.

Bernardes” (2019)¹⁴ e a série “Pra dar à luz” (2018)¹⁵, produzida pela afiliada da Rede Globo, a Inter TV, da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro.

Todos os programas citados acima datam dos anos de 2018 e 2019, entretanto, a mídia já vem dando destaque para a *violência obstétrica* desde muito antes. Em 2015, a Revista *Época*, da Editora Globo, lançou uma campanha intitulada “#PARTOCOMRESPEITO”, que tinha o intuito de fomentar a discussão sobre a *violência obstétrica* e sobre os direitos das grávidas e suas famílias.

A atriz Grazi Massafera e a jornalista e apresentadora Astrid Fontenelle apoiaram a campanha, e apesar de não terem sofrido *violência obstétrica*, ambas afirmam que se sentem ofendidas por esse tipo de violência. A campanha tratou da *violência obstétrica* como um problema de todos, não apenas focada na mulher, e pediu relatos de vítimas de *violência obstétrica*, e como produto final da campanha produziu uma grande matéria com relatos e informações sobre o tema.

¹⁴ Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/7415524/>; Acesso em 15/05/2019.

¹⁵ Disponível em <http://g1.globo.com/rj/regiao-dos-lagos/rjintertv-1edicao/videos/t/edicoes/v/serie-pra-dar-a-luz-violencia-obstetrica-atinge-mulheres-na-hora-do-parto/7247159/>; Acesso em 15/05/2019.



(Revista *Época*: “Vítimas da violência Obstétrica: o lado invisível do parto”, 2015.)¹⁶

¹⁶ Disponível em <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>; Acesso em 12/06/2019.

A matéria “Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto” apresenta casos relatados por mulheres que se consideram vítimas de *violência obstétrica*, e nas imagens de divulgação os cartazes são os relatos das mulheres. E a matéria também delimita o que se enquadra como esse tipo de violência:

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É o conjunto de condutas condenáveis por parte dos profissionais responsáveis pelo bem-estar da gestante e do bebê

DESRESPEITO

É a forma menos agressiva da violência obstétrica, mas a mais difundida. Inclui ofender a paciente (“Não era o que você queria? Agora, aguenta a dor”) e dispensar a ela tratamento jocoso ou insensível

ABUSO

É o uso de uma posição de poder para constranger a paciente ou privá-la de um direito. Inclui o médico rejeitar o direito a acompanhante e se recusar a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja situação de emergência

NEGLIGÊNCIA

Situa-se na fronteira com o erro médico. Ocorre quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê

(Imagem da matéria da Revista *Época*: “Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto”)

Além disso, apresenta algumas iniciativas que aconteciam naquele período, e questiona, por exemplo, o descumprimento da Lei do Acompanhante, porém, a Revista *Época* trata este como um direito do pai que deve ser respeitado, e no entanto, a lei garante à mulher o direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante o parto. Por fim, a matéria aborda a questão do médico. Se por um lado a reportagem compreende que:

“Os abusos de que Eva foi vítima foram vistos, por décadas, com tolerância. Por essa visão tradicional, uma certa rudeza era consequência natural da série de decisões rápidas que médicos, enfermeiros e atendentes hospitalares têm de tomar, a fim de realizar partos em sequência e evitar imprevistos. Os profissionais não poderiam ser importunados por dúvidas fora de hora ou por vontades peculiares de cada família. Não mais. Os abusos são agora reconhecidos como tal e recebem o nome de **violência obstétrica**”.

(Grifo da matéria).

Por outro, apresenta a visão do médico sobre a *violência obstétrica*, a partir da entrevista com um médico obstetra que afirma que esse termo atrapalha na construção da confiança entre médico e paciente, que acredita que ainda que atender a paciente da melhor maneira e respeitando os seus desejos seja um objetivo, entretanto, para ele, o médico “precisa ter liberdade para fazer o melhor julgamento”.

A produção de conteúdo sobre a *violência obstétrica* nas mídias sociais caminha no mesmo sentido – o de oferecer informações sobre o que pode ser considerado *violência obstétrica*, denúncias de casos e informações sobre o que pode ser feito para se proteger e como denunciar. A mídia, dessa forma – e como veremos no próximo capítulo também – coloca a questão da *violência obstétrica* como um problema social de interesse público que deve ser compreendido como um problema do Estado, raramente tratando da complexidade do lugar do médico nesse cenário.

Capítulo 2 – “A humanização do parto”

2.1 O parto de Alice

“Não, eu não tive um parto normal. Eu tive um parto vaginal, porque nada do que aconteceu ali pode ser considerado normal.

Já comecei a brigar na chegada da emergência quando a enfermeira queria me obrigar a sentar em uma cadeira de rodas, quando eu estava bem no meio de uma contração. Primeiro atendimento bem grosseiro pelo médico plantonista que disse que eu estava com quatro centímetros de dilatação. Fiquei esperando a médica que acompanhou todo meu pré-natal chegar, fomos para a sala de parto, exame de toque e sete centímetros de dilatação (evoluiu bem rápido, mas só pensei isso depois). Ela tentou me colocar em algumas posições e já me incentivando a fazer força. Neguei e fui para o chuveiro de água quente, que aliviou muito. Enquanto estava lá a equipe médica foi chegando, pediatra, anestesiista, etc.; E aí comecei uma insistência para que eu tomasse anestesia, apesar da médica dizer que eu só tomaria se eu quisesse.

Deixei claro que estava com medo de ser anestesiada e acabar sofrendo uma episiotomia, que eu não queria. ‘Mas e se rasgar tudo?’ [rasgar o períneo, laceração espontânea]. ‘Deixa rasgar!’, respondi. Não lembro de ter pedido em momento algum a anestesia, mas me senti coagida a tomar. Pediram para eu ficar em posição fetal para dar a anestesia na coluna e já tivemos outra briga. Era horrível ter contração nessa posição e ainda demorou. Pronto, não sentia mais nada, nem dor, nem contração, nem nada. Apenas meu corpo inteiro tremendo e ninguém soube me explicar o porquê. E continuavam mandando eu fazer força, mas fazer força quando, se eu não sentia nada?

Daí começaram a reclamar que a sala era pequena e fomos para o centro cirúrgico. Posição ginecológica e sendo guiada a fazer força, ‘força comprida’, ‘prende a respiração’, perdi qualquer autonomia. Até que em certo momento um dos anestesiistas colocou o braço com toda a força na minha barriga, querendo fazer a Manobra de Kristeller (empurrar fundo do útero) eu segurei o braço dele e

comecei a gritar: 'não, não, não', me levantei dizendo que essa técnica nem era mais utilizada e pude sentir toda a equipe revirar os olhos. Estava sentido melhor as contrações em pé e quando elas vinham eu agachava para fazer força. Foi um momento que me senti só, todos da sala se afastaram de mim. Ouvi de alguém 'bebê não pode nascer em pé', agora eu que revirei os olhos.

Acabei voltando para a mesa cirúrgica, posição ginecológica, outra pessoa 'me ajudando' a empurrar, mas pelo menos respeitando a hora certa e a força que eu aceitava que ele fizesse. De repente, vejo a médica com um bisturi e falei 'eu disse que não queria episiotomia' (corte no períneo), já cortando, ela respondeu que seria pequeno e que meu quadril era estreito, sem isso não seria possível nascer. Ódio! Mas agora já estava lá.

Nessas circunstâncias, com fórceps*, minha filha nasceu. Assim que saiu o cordão umbilical foi cortado e disse em tom de lamento 'não era pra cortar'. Vi a bundinha dela saindo de mim e indo para uma mesa lateral ser examinada, pedi várias vezes para ela vir para o meu colo enquanto a médica retirava a placenta.

Depois de não sei quanto tempo a bebê veio pra mim enrolada em lençóis, eu desenrolei e a coloquei no meu peito por uns 2 minutos. Perguntei se podia amamentar e me disseram que não, pois ela estava muito cansadinha.

Por fim os médicos foram saindo da sala de cirurgia e fiquei por ali, só, um tempão enquanto levava os pontos em um corte que não deveria ter existido. E nesse ambiente frustrante e estressante nasceu minha filha.

Chorei copiosamente nos dois dias seguintes (e ainda choro quando penso nesse parto) até que percebi que precisava me refazer, me reerguer, me reestruturar para conseguir dar o melhor de mim naquele momento crítico para um ser tão pequenino e inocente.

Se parto deveria ser um momento de confiança e amor, o meu foi bem diferente disso. Hoje consigo ver onde errei, mas quando é a gente, no momento de fragilidade e dor não conseguimos pensar claramente. Ainda assim briguei muito para ser ouvida, mas não conseguir ter o parto que eu queria e dar um nascimento respeitoso para minha filha. Me senti coagida a tomar uma anestesia que eu não fazia questão, pedi para não ter episiotomia e tive, e sofri manobra de kristeller”.

Cheguei até Alice de uma maneira curiosa. Fui procurada por uma amiga que é amiga de Alice, pois minha amiga acreditava que esse relato deveria entrar na tese. Foi em cima da hora, já estávamos em abril de 2019, mas achei que deveria ouvi-la. Por intermédio da minha amiga Alice já tinha clareza a respeito do meu objeto de estudo, mas achei muito curioso o fato de que fui informada que ela não me encontraria presencialmente, me oferecendo apenas os dados via WhatsApp. Posteriormente, compreendi que o parto era recente e que sua filha ficara internada na UTI neonatal durante algum tempo, em condições não tão boas, mas que agora já estavam em casa se recuperando de todo esse processo.

Não compreendi a sua demanda, mas a respeitei, queria ouvir o que ela tinha a me dizer e, de fato, Alice estava profundamente impactada emocionalmente diante das sequelas que a filha apresentava e ainda poderia apresentar, que na sua visão foram decorrentes de uma assistência obstétrica inadequada. No momento em que Alice me apresentou essa informação, que será apresentada mais adiante, fiquei impactada e me senti no dever de trazer algum conforto para ela, mas Alice afirmou que falar sobre isso ainda “doía muito”.

Apesar de ter sido uma conversa via WhatsApp, julguei interessante trazer o relato para a tese, pois ele exemplifica de forma bastante clara o que será abordado neste capítulo: o *parto humanizado*. De fato, Alice buscava uma assistência humanizada e faz uma interessante reflexão:

“Pra mim nem deveria existir esse nome [humanizado] porque as pessoas acham que episiotomia, fórceps etc., é classificado como parto normal. Se saiu pela vagina as pessoas acreditam que é classificado como parto normal. Na minha opinião, normal é igual a humanizado. O nome diz: normal. Então, quando me perguntam se tive um parto normal, respondo que não e sim um parto vaginal. As pessoas sempre ficam intrigadas com a minha resposta. Ah! Outra coisa sobre o parto ‘normal’ [entre aspas] é que têm mulheres que não se informam e nem sabem que sofreram violência, acham que aquilo realmente é normal”.

Para Alice a experiência que viveu não tinha nada de “normal” e assim prefere colocar para as pessoas que teve um “parto vaginal”, pois para ela o “normal” seria a

atenção *humanizada* de assistência ao parto. E questiona que muitas vezes as mulheres acham esses procedimentos normais e não têm consciência de que viveram “violência”, pois para Alice a *violência obstétrica* foi legitimada, para ela a experiência de um bom parto foi ressignificada a partir dos valores do *parto humanizado*.

Logo no início de nossa conversa, Alice frisou que eu deveria abordar a questão do acompanhante na minha tese. Para ela é de extrema importância a mulher ter ao seu lado um acompanhante bem orientado e informado, pois a experiência que teve com o seu marido foi a de um acompanhante “sem conhecimento”, que não pôde ajudá-la durante o processo.

Alice fez todo o pré-natal com uma médica do plano de saúde, e destaca a dificuldade que foi para encontrar um profissional dentro do seu plano para atendê-la no parto. Com apenas duas opções ela ficou com a médica que a atendeu mais rápido e a de que seu marido gostou mais. Ela tinha o desejo de fazer o pré-natal pelo SUS e parir no Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda – maternidade de referência em *parto humanizado* – mas seu marido não a apoiou na decisão. Ela tentava conversar com o marido sobre o *parto humanizado*, enviava materiais para que ele lesse, mas não conversavam sobre o assunto. Por conta própria foi visitar a Maternidade Maria Amélia (MMA) e gostou, conversou com o marido sobre os relatos positivos de amigas que tinham parido na MMA e conseguiu convencê-lo a ir visitar a maternidade, por fim decidindo que o bebê nasceria lá.

No início do mês de março, Alice entrou em trabalho de parto e em determinado momento eles resolveram que já era hora de ir para a maternidade. Chegando na MMA o atendimento começou a demorar demais pois a maternidade estava cheia. E o casal começou a ficar preocupado, resolveram então que acionariam a médica do pré-natal e iriam para um hospital também no centro do Rio. O que aconteceu no parto já foi descrito no início do capítulo. Após a bebê nascer, ela foi levada rapidamente para o berçário com a justificativa de que estava “cansadinha”¹⁷, onde permaneceu por vinte minutos até que foi constatado que a bebê apresentava dificuldade respiratória grave e foi, então, internada na unidade de tratamento intensivo neonatal.

Alice soube da situação de seu bebê através dos familiares, pois nenhum médico lhe deu qualquer informação, e somente treze horas mais tarde pôde ver a bebê novamente, sedada, com sonda, acesso venoso e respirando com a ajuda de aparelhos.

¹⁷ O termo “cansadinha” é utilizado para casos em que a bebê apresenta certa dificuldade respiratória.

Antes de completar 48 horas de vida a bebê teve uma convulsão e apresentou uma pequena hemorragia cerebral. Após 16 dias de internação a bebê de Alice recebeu alta, mas ainda permanece em acompanhamento, pois o risco de sequelas ainda não foi descartado, apresentando um atraso motor de desenvolvimento, sendo acompanhada por fisioterapeuta e neuropediatra. Segundo Alice:

“Ninguém me convence de que essa dificuldade que meu bebê passou, e ainda passa, não foi culpa do parto estressante e desrespeitoso que tivemos (...) fiz tudo o que podia na gestação e a saúde da minha filha nos foi roubada”.

Durante a gestação, Alice diz que estudou muito sobre o *parto humanizado*, frequentou rodas de gestantes, realizou uma consulta com uma médica obstetra humanizada, ainda que não tivesse como arcar com os custos de um parto particular. Além disso, informou-se através de perfis na rede social Instagram, de pessoas a favor da “humanização”, se alimentou bem, fez exercícios e comeu tâmaras para ajudar no trabalho de parto¹⁸. Isso fica claro quando ela questiona os procedimentos durante o parto, não aceita a manobra de Kristeller, afirmando que “*que essa técnica nem era mais utilizada*”, quando diz “*deixa rasgar*” se referindo à uma possível laceração espontânea no períneo e quando se lamenta do clampeamento “*precoce*” do cordão umbilical. Todos esses exemplos são assuntos amplamente divulgados dentro do *movimento do parto humanizado*, inclusive comer tâmaras. O *parto humanizado* aparece na fala de Alice como a representação da “boa experiência” de parto, muito distante da que teve acesso, e ao contrário de Suzana¹⁹, ela não considerou os procedimentos realizados como normais – para Alice foram violência.

2.2 O parto humanizado: ressignificando a experiência do parto

O *parto humanizado* é um termo bastante utilizado no Brasil, a partir da década de 1990, como resultado das críticas à assistência ao parto vigente, se propondo ser um tipo de assistência que respeita o “processo fisiológico do parto”, restringindo

¹⁸ Atualmente acredita-se que comer seis tâmaras pequenas reduz o tempo do trabalho de parto e a incidência de hemorragias no pós-parto. E, por isso, vem sendo altamente recomendada nos espaços de troca do *movimento do parto humanizado*.

¹⁹ Cf. capítulo 1 da presente tese.

amplamente as “intervenções desnecessárias” e de rotina, apenas para momentos de “real indicação”, atuando de acordo com as necessidades de cada mulher, oferecendo informação, respeitando os direitos das parturientes e atuando apenas com o consentimento informado para todos os procedimentos (CARNEIRO, 2015).

O *movimento do parto humanizado* é composto por médicos obstetras, pediatras, enfermeiras(os) obstetras, obstetrites*, doulas*, educadoras perinatais*, fisioterapeutas, psicólogos, advogados, etc. que atuam com a saúde da mulher, além de mulheres que já passaram pela experiência do nascimento ou não, e que acreditam que essa seja uma maneira mais “respeitosa” de parir e nascer.

Precursora dos estudos sociais sobre o tema, Salem (2007) trabalha com o ideário do casal grávido nos anos 1980, que tem como uma das características mais particularizantes o parto natural ou de cócoras. Ainda que não fale em *parto humanizado*, Salem retrata a busca idealizada pelo parto natural, que demarca a fronteira simbólica entre nós e os outros, e é o momento em que ficam claras as categorias e valores do ideário do casal igualitário.

Frequentemente em discussões sobre parto surge a questão que gira em torno do termo *humanizado*. Dentro e fora do *movimento do parto humanizado* o termo gera críticas e reflexões, pois se por um lado o termo veio para contrastar com o sistema obstétrico vigente, ele também traz a ideia de “humanização da medicina”, que vem da compreensão da necessidade da prática médica que ofereça uma assistência que favoreça a autonomia, a vontade e a corresponsabilidade das partes envolvidas, que melhore o ambiente para os profissionais de saúde e ofereça certo tipo de assistência mais acolhedora para os pacientes.

A partir de 2003 o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH), que ganhou o nome de “HumanizaSUS” e deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS. A PNH trata tanto das relações entre os profissionais de saúde, quanto das relações com os usuários, trabalhando com três princípios: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A “transversalidade” diz respeito à troca e interação entre os profissionais, com o intuito de tirá-los das relações de poder hierarquizadas e que, com uma equipe multidisciplinar, pode favorecer a experiência do usuário. Por “indissociabilidade entre atenção e gestão” o Ministério da Saúde compreende a necessidade de que todos os envolvidos – instituições, profissionais da saúde, pacientes e seus familiares – participem ativamente das tomadas

de decisões ao mesmo tempo em que a responsabilidade não esteja apenas nas mãos dos profissionais de saúde, e sejam compartilhadas com o paciente e seus familiares. Por fim, com “protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos”, a PNH compreende e incentiva que os envolvidos sejam sujeitos de produção das ações de saúde.

Aos poucos, essa categoria vai ganhando visibilidade e passa a fazer parte da agenda de órgãos reguladores da saúde, como, por exemplo, a ANVISA, que através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 3 de junho de 2008²⁰, que é o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, define o termo humanizado como:

“Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores”.

Os ativistas do *parto humanizado* utilizam a ideia de *medicina baseada em evidências* para questionar certas práticas que vêm sendo realizadas no parto há várias décadas e que, segundo eles, não têm comprovação científica de benefícios para a parturiente ou para o bebê, podendo trazer riscos. Por exemplo, o enema, a tricotomia, a episiotomia, a manobra de Kristeller, a cesárea eletiva*, a posição litotômica para o parto, entre outras.

A *medicina baseada em evidências* é um movimento internacional que tem seu início na década de 1980 com o intuito de sistematizar o conhecimento científico de cada procedimento médico por especialidade, pois compreendia-se que até então a prática médica não era respaldada por pesquisas científicas de qualidade sobre a

²⁰ Disponível em <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>; Acesso em 17/06/2019.

segurança e a eficácia dos procedimentos médicos, e assim, surgiu a *Cochrane Library*, que reúne pesquisas do mundo inteiro, de todas as especialidades (DINIZ, 2004).

A popularização entre as mulheres da ideia de *medicina baseada em evidências* gerou uma busca incansável por pesquisas científicas, que comprovassem ou não a necessidade de determinadas práticas médicas, que as muniriam de reivindicações contra essas intervenções, junto aos médicos e instituições, pois assim teriam respaldo científico que justificasse as suas escolhas. Esses materiais são disponibilizados em espaços de socialização presenciais ou virtuais do *movimento do parto humanizado*, além de livros, documentários, sites e afins produzidos pelos ativistas da causa.

O que fica claro é que existe uma ressignificação do parto a partir da noção do *parto humanizado*, pois não basta ser natural, devendo ser “humanizado” para se opor, e romper com o modelo de prática médica vigente. A categoria envolve uma série de significados a respeito do que é considerada uma “boa prática médica”, além de atribuir outro valor ao processo do parto, como, por exemplo, a experiência da dor, que passa a não mais ser compreendida como sofrimento, questionando inclusive a privação dessa dor pelas intervenções médicas (MENDONÇA, 2015). No relato de Alice podemos observar o desapontamento que ela sentiu por ter recebido a analgesia* durante o trabalho de parto, por não sentir mais a dor e a contração, por ter sido uma intervenção que não desejava, pois para ela, a boa experiência do parto estava atrelada ao ideário do *parto humanizado*, e tendo tido uma assistência “tradicional” Alice avalia que a sua experiência foi *violência obstétrica*, pois se sentiu coagida a tomar analgesia. Em determinado momento aceitou que fosse realizada a manobra de kristeller, preferia ter ficado em pé, mas a equipe afirmou que o bebê não poderia nascer naquela posição, colocando-a na posição ginecológica, apesar de ter pedido que não fosse realizada a episiotomia, a médica a fez afirmando que o quadril de Alice era estreito, e que seria necessário.

2.3 “Ei, você aí! Eu não preciso do seu conselho pra parir”: Tensões entre os modelos de assistência ao parto no Rio de Janeiro

Na minha dissertação de mestrado (KLUJSZA, 2014) apresentei o desenrolar do início dessa disputa de interesses e pretendo dar continuidade, tendo em vista que muitos fatos aconteceram de lá para cá. Assim, optei por trazer partes da dissertação,

por compreender que só a referência não seria suficientemente útil para a compreensão do leitor sobre o quadro que se estabeleceu de 2012 até os dias atuais.

Em fevereiro de 2012, um vídeo em especial acenderia o debate naquele ano. Foi o vídeo do nascimento de Lucas, que nasceu em novembro de 2011, em um parto domiciliar com a presença do pai e assistido por uma obstetrix, duas doulas e uma pediatra. Ao som de “debaixo d’água”, na voz de Maria Bethânia, o vídeo mostra o trabalho de parto de Sabrina, que teve duração de nove horas e até fevereiro de 2019 foi visualizado por mais de nove milhões de pessoas²¹.

A música “Debaixo d’água”, de Arnaldo Antunes, na voz de Maria Bethânia, virou um “hino” para o *movimento do parto humanizado*, sendo encontrada em muitos vídeos de parto:

*“Debaixo d’água tudo era mais bonito
mais azul mais colorido
só faltava respirar
Mas tinha que respirar
Debaixo d’água se formando como um feto
sereno confortável amado completo
sem chão sem teto sem contato com o ar
Mas tinha que respirar
Todo dia
Todo dia, todo dia (2x)
Debaixo d’água por encanto sem sorriso e sem pranto
sem lamento e sem saber o quanto
esse momento poderia durar
Mas tinha que respirar
Debaixo d’água ficaria para sempre ficaria contente
longe de toda gente para sempre
no fundo do mar
Mas tinha que respirar
Todo dia
Todo dia, todo dia (2x)
Debaixo d’água protegido salvo fora de perigo
aliviado sem perdão e sem pecado*

²¹ Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=qiof5vYkPws>; Acesso em 12/02/2019.

*sem fome sem frio sem medo sem vontade de voltar
Mas tinha que respirar”* (ANTUNES, 2001)

Em 10 de junho de 2012, o programa de televisão *Fantástico*, exibido pela Rede Globo, tratou do tema do parto domiciliar a partir do vídeo do nascimento de Lucas, devido ao grande número de acessos que o vídeo alcançou rapidamente. A matéria contou com as entrevistas de Sabrina e Fernando, mãe e pai de Lucas, de Lara Gordon, uma das doulas presentes do parto de Sabrina, da obstetrix Ana Cristina Duarte, também presente no nascimento de Lucas, do obstetra e professor da UNIFESP Jorge Kuhn, de Vera Fonseca, diretora da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, e de Helvécio Magalhães, secretário do Ministério da Saúde.

A matéria²² questiona: “é seguro ter um bebê fora do hospital?” e após breve explanação sobre o que seria o *parto humanizado* são indicadas as posições do Conselho Federal de Enfermagem, que afirma que um enfermeiro obstétrico pode realizar um parto em casa, desde que o ambiente apresente condições mínimas de higiene; do Conselho Federal de Medicina, que indica que os partos ocorram em ambiente hospitalar, tendo em vista que em caso de complicações o hospital possui mais recursos para salvar a vida da mãe e do recém-nascido; das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, que são contra o parto em casa e lembram que em caso de insucesso o médico responsável terá que responder a processo junto ao seu conselho federal; e do obstetra paulista Dr. Jorge Kuhn – que se posicionou a favor do parto domiciliar. Segundo ele, o parto não é um ato cirúrgico e pode acontecer em casa, desde que a gestação seja de baixo risco*.

Logo após a matéria ser exibida, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) divulgou uma nota indicando que encaminharia ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) uma denúncia contra o obstetra Dr. Jorge Kuhn, que se posicionou a favor do parto domiciliar. No site do CREMERJ não foi encontrada a nota, tampouco nenhuma informação com relação ao obstetra.

2.3.1 A Marcha do Parto em Casa

²² Disponível em <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1680907-15605,00-PARTO+HUMANIZADO+DOMICILIAR+DIVIDE+PROFISSIONAIS+DA+AREA+DE+SAUDE.htm>; Acesso em 25/04/2019.

Prontamente, uma longa rede de apoio se formou em torno do Dr. Jorge Kuhn e do parto domiciliar. Ativistas do *parto humanizado* se uniram e organizaram, via internet, uma mobilização contra a atitude do CREMERJ²³. Nos dias 16 e 17 de junho – ou seja, apenas uma semana após o programa ter sido exibido – 31 cidades do Brasil foram às ruas protestar na “Marcha do Parto em Casa”²⁴ contra o processo aberto contra o médico; o número excessivo de cesáreas no país; contra a *violência obstétrica* – a noção de *violência obstétrica* começa a aparecer com mais frequência – e em prol do direito das mulheres de parirem onde se sentirem mais seguras.



(Cartaz de divulgação do evento criado pela organização da marcha do parto em casa. O cartaz critica o posicionamento do CREMERJ contra o médico obstetra Dr. Jorge Kuhn.²⁵)

No Rio de Janeiro, a marcha do parto em casa ocorreu no dia 17 de junho de 2012. Os manifestantes se encontraram na praia de Botafogo e marcharam até a sede do CREMERJ, próximo à rua Farani, no mesmo bairro. O evento reuniu aproximadamente

²³ Nos Anexos da tese.

²⁴ Release da Marcha do Parto em Casa nos Anexos da tese.

²⁵ Fonte: <https://www.facebook.com/MarchaDoPartoEmCasa?fref=ts>

200 pessoas, segundo as organizadoras do evento. Mulheres, homens, grávidas, crianças, bebês, além dos profissionais que atendem aos partos (obstetras, enfermeiras obstetras, parteiras, doulas, etc.), carregavam cartazes, bandeiras e muitos apresentavam roupas e os corpos pintados.

As bandeiras maiores eram de instituições que trabalham com a ideia de *parto humanizado* e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RJ), se posicionando a favor do parto em casa. Os cartazes eram erguidos pelos profissionais da saúde, mulheres grávidas ou não, e também por seus companheiros. Eles diziam: “Sabemos parir”, “Parto em casa é seguro”, “CREMERJ, eu não preciso do seu conselho”, “Contra a violência obstétrica”, “Meu corpo, meu parto, minhas escolhas”, “Cesárea pra quem precisa”, “Violência no parto NÃO”, “Quem disse que não gritei pra fazer?”²⁶, “CRM, cuida das tuas cesáreas eletivas! Elas sim levam nossos bebês para a UTI”, entre muitos outros.



(Cartazes dos manifestantes na Marcha do Parto em Casa em apoio ao médico obstetra Dr. Jorge Kuhn e pela liberdade de escolha do tipo de parto. Créditos: Eloá Chaignet. Rio de Janeiro, 17 de junho de 2012.)

²⁶ O cartaz critica a atuação de enfermeiras e médicos que mandam a mulher parar de gritar e justificam: “Na hora de fazer não gritou!”.



(Manifestantes com seus filhos na marcha do parto em casa. Detalhe para Michel Odent, de camiseta laranja, as parteiras Heloísa Lessa e Claudia Orthof, e a doula Fadyinha. Créditos: Eloá Chaignet. Rio de Janeiro, 17 de junho de 2012.)

As mulheres grávidas exibiam suas barrigas com pinturas dizendo: “Eu vou nascer em casa”, ou apenas com desenhos do tipo “ultrassom natural”²⁷, e por vezes o bebê era desenhado dentro de uma casa. As crianças e bebês marcharam usando camisas desenhadas que diziam: “Eu nasci em casa”, entre outros, além de carregarem cartazes com dizeres semelhantes, como, por exemplo: “Eu quero assistir o meu irmão nascer”. Como palavras de ordem o grupo dizia: “Ei, você aí! Eu não preciso do seu conselho pra parir”, fazendo referência à nota divulgada pelo CREMERJ, na qual o conselho indicava que os partos deveriam ocorrer em ambiente hospitalar.

2.3.2 Resoluções do CREMERJ contra o parto domiciliar

²⁷ O “ultrassom natural” é uma técnica de pintura na barriga que vem sendo muito utilizada atualmente e tem como intuito aproximar a mulher e a família do bebê, incentivando que se toque a barriga para sentir a posição em que o bebê está, pois a ideia é desenhá-lo exatamente na posição em que ele se encontra naquele momento, já que é uma simulação de um exame de ultrassonografia.

No dia 19 de julho, ou seja, quase um mês após a marcha do parto em casa, o CREMERJ publicou no Diário Oficial duas resoluções (265/12 e 266/12)²⁸ que proíbem a participação de médicos em partos domiciliares. A resolução 265 proíbe a participação de médicos em partos domiciliares e também a participação dos mesmos no suporte aos partos em casa, compondo equipe de backup, além de tornar obrigatória a notificação junto ao órgão em caso de emergência obstétrica, incluindo quando a parturiente é encaminhada através de uma casa de parto para o hospital. Ou seja, o CREMERJ não reconhece as casas de parto como ambientes seguros para o parto, contrariando o sistema de saúde, que estimula essa escolha.

(...) Art. 1º É vedada a participação do médico nas chamadas ações domiciliares relacionadas ao parto e assistência perinatal.

Art. 2º É vedado ao médico participar de equipe de suporte e sobreaviso, previamente, acordadas, a partos domiciliares (...)
(CREMERJ, Resolução 265/12)

Já a resolução 266/12 dá conta da proibição da participação de doulas, parteiras e obstetizas em partos hospitalares, afirmando que apenas as enfermeiras obstetras estão aptas a participar, tendo em vista que são legalmente reconhecidas como profissionais de saúde.

Após o COREN-RJ entrar com uma ação civil contra as resoluções do CREMERJ, o presidente do conselho de enfermagem, Pedro de Jesus, afirmou:

*“As resoluções do CREMERJ inibem o direito da mulher de decidir onde e por quem será acompanhada no seu parto, praticamente a obrigando a dar à luz no hospital. O CREMERJ desrespeita os preceitos dos manuais do SUS sobre os direitos sexuais e reprodutivos, além dos decretos do Ministério da Saúde referentes à humanização do parto”.*²⁹

²⁸ As resoluções do CREMERJ se encontram nos anexos da tese.

²⁹ FONTE: Jornal Online Folha de São Paulo, publicado em 23/07/2012

Por decisão do Juiz Federal substituto Gustavo Arruda Macedo da 2ª Vara Federal as resoluções foram derrubadas³⁰ de forma liminar, pois foram consideradas incompatíveis às normas federais, e em sua sentença o juiz declarou:

“A vedação à participação de médicos em partos domiciliares, ao que tudo indica, trará consideráveis repercussões ao direito fundamental à saúde, dever do Estado, porquanto a falta de hospitais fora dos grandes centros urbanos, muitas vezes suprida por procedimentos domiciliares, nos quais é indispensável a possibilidade de participação do profissional de Medicina, sem que sobre ele recaia a pecha de infrator da ética médica”.

Fica claro, portanto, que há uma tentativa de “criminalizar o parto domiciliar”, já que o CREMERJ, por ser um órgão que regulariza e fiscaliza a profissão, afirma que médicos obstetras não podem atuar em partos domiciliares, sob pena de processo junto ao CRM. Ao proibir que os médicos atuem nesses casos, o conselho deslegitima a atuação dos médicos em locais onde os hospitais são distantes e o acesso à saúde é difícil, e locais onde as populações são mais carentes.

2.3.3 A Marcha pela Humanização do Parto

Após a publicação das resoluções do CREMERJ, mais uma marcha foi organizada, como nos moldes da marcha do parto em casa. Em mais de trinta cidades, das cinco regiões do país, no dia 5 de agosto, ocorreu a “Marcha pela Humanização do Parto”, que reivindicava entre outras coisas, o direito da mulher em parir no seu local de escolha e com quem se sentisse segura – com a assistência de médicos obstetras, parteiras e doulas em casa, na casa de parto ou no hospital – e, portanto, se posicionavam contra a proibição estabelecida pelo CREMERJ. Além disso, as manifestantes questionavam o alto índice de cesáreas eletivas no país, o modelo obstétrico, ou seja, o atendimento vivenciado pelas parturientes que denunciavam a *violência obstétrica*.

³⁰ A decisão proferida pelo Juiz Federal Gustavo Arruda Macedo está nos anexos da tese.



(Cartaz de divulgação produzido pela organização da Marcha pela Humanização do Parto.)³¹

No Rio de Janeiro, segundo a organização do evento ocorrido na orla da praia de Ipanema, cerca de 200 pessoas estiveram presentes. Entre elas, mulheres grávidas, profissionais de saúde e pessoas que apoiam a causa. Mais uma vez as grávidas tinham suas barrigas pintadas, levavam grandes faixas e cartazes dos mais variados tamanhos, muitas pessoas vestiam a camisa com a logo do evento, que contou também com a participação das crianças e bebês.

A “Marcha pela Humanização do Parto” visou fornecer informações para as pessoas sobre o nascimento no Brasil de hoje. Na página do evento na rede social Facebook, cada matéria publicada na grande mídia era comemorada pela organização do evento, pois eles acreditavam que assim mais pessoas teriam acesso ao tema e, talvez, essas pessoas se questionassem quanto ao modelo obstétrico atual e repensassem qual o tipo de assistência tiveram, e qual gostariam de ter experimentado. Abaixo alguns dos cartazes produzidos pela organização da marcha de 5 de agosto de 2012:

³¹ FONTE: <https://www.facebook.com/marchapartohumanizado>



(Alguns dos cartazes que foram disponibilizados pela organização do evento para impressão)³²

2.3.4 O documentário *O renascimento do parto*

Ainda em 2012 foi editado o documentário *O renascimento do parto* (2013). O filme, de autoria de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, trata da crítica ao atual modelo de assistência ao parto prestado no Brasil e retrata de maneira bastante clara as reivindicações do *movimento do parto humanizado*, assim como a ressignificação da experiência do nascimento. No elenco nomes como a obstetrix Ana Cristina Duarte, o ator Márcio Garcia e sua esposa, Andréa Santa Rosa Garcia, a enfermeira obstetra Heloísa Lessa, a obstetra e gestora do Ministério da Saúde, a Dra. Esther Vilela, o médico obstetra Ricardo Jones, o pediatra Ricardo Chaves, a antropóloga Robbie Davis-Floyd, o médico francês Michel Odent, entre outras figuras importantes do universo do *parto humanizado*.

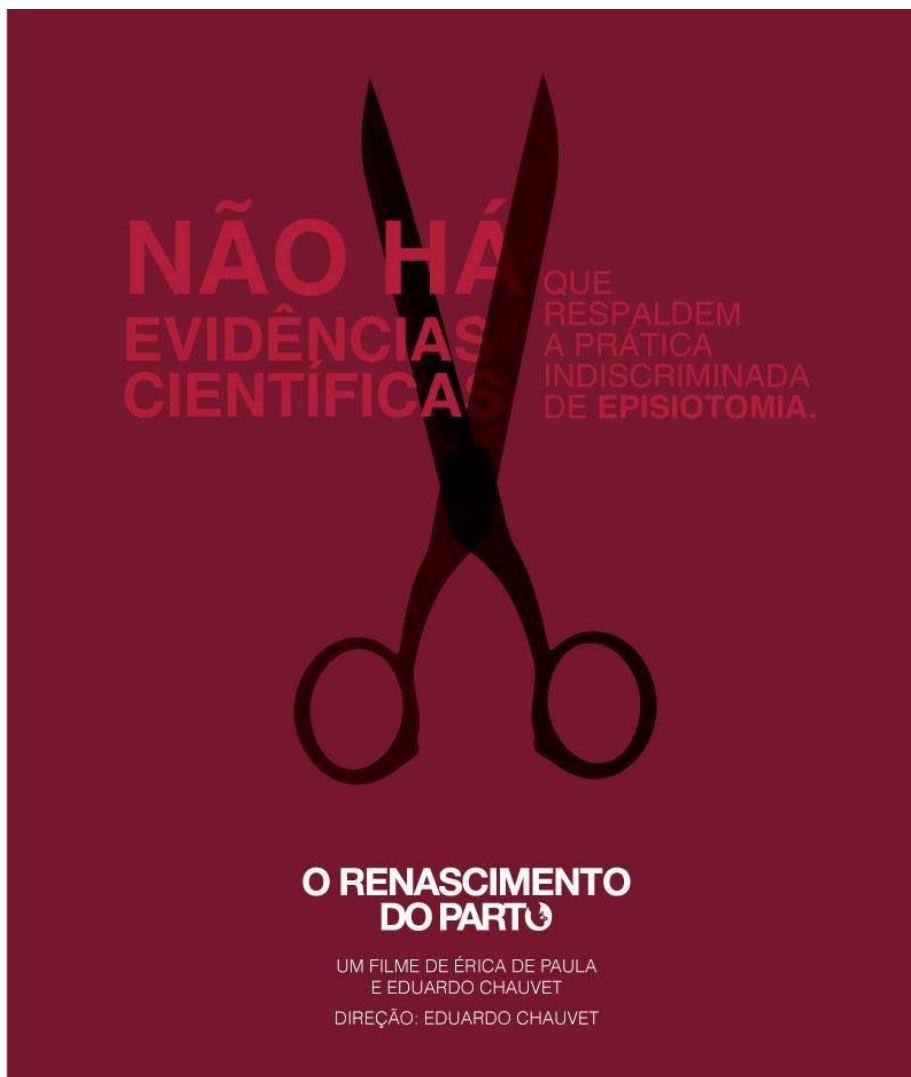
³² FONTE: <https://www.facebook.com/marchapartohumanizado>



(Cartaz oficial do filme *O renascimento do parto*.)³³

O filme recebeu o título inspirado na obra de mesmo nome, do médico francês Michel Odent, que influenciou as formas de assistência obstétrica e é ainda hoje a maior referência para o grupo de ativistas do *parto humanizado*. *O renascimento do parto* retrata a realidade obstétrica mundial, em especial o caso brasileiro, trazendo uma grande crítica ao expressivo número de cesáreas realizadas no país ou de partos vaginais com intervenções compreendidas como traumáticas e desnecessárias.

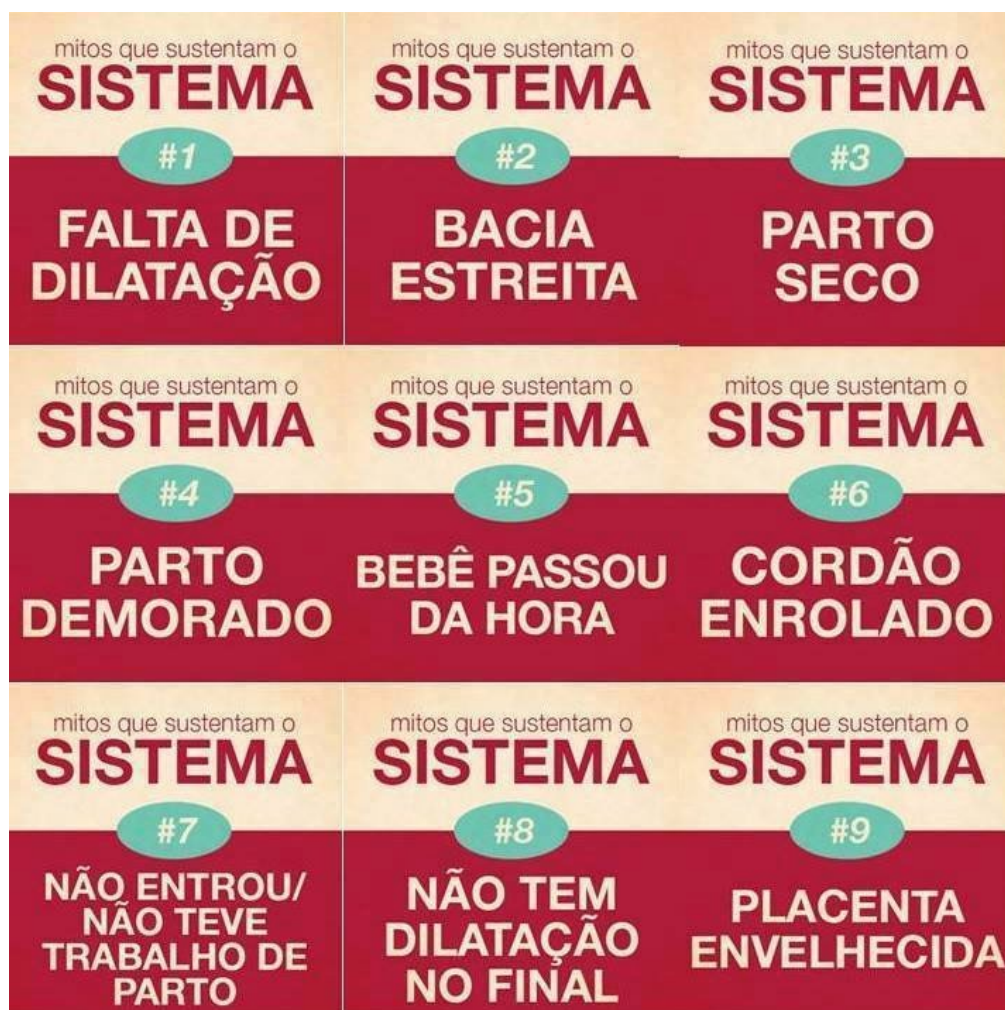
³³ Fonte: <http://www.orenascimentodoparto.com.br/>



(Um dos cartazes que faz parte de uma série disponibilizada pela produção do filme, com a crítica às episiotomias realizadas sem necessidade.)³⁴

A causa que movimenta os ativistas do *parto humanizado* e justifica o documentário está pautada na ideia de que o Brasil tem um número excessivo de cirurgias cesarianas e que elas trazem consequências para mãe e para o bebê, apesar de se saber que a maior parte das mulheres durante a gestação deseja ter um parto normal. Porém, segundo o documentário, o que inviabiliza esses partos normais é o sistema médico e financeiro que rege os nascimentos no país. Além disso, o documentário afirma ainda que o parto está envolvido por “mitos que sustentam o sistema” e por intervenções desnecessárias, muitas vezes “violentas”.

³⁴ Fonte: <http://www.orenascimentodoparto.com.br/>



(Um dos cartazes que faz parte de uma série disponibilizada pela produção do filme.

Mitos que sustentam o sistema dizem respeito às falsas indicações de cesárea.)³⁵

E em agosto de 2013 *O renascimento do parto* chegou ao grande público e foi indicado para uma série de festivais de cinema pelo mundo. O roteiro é organizado a partir de subtemas que são colocados em questão para discutir a assistência ao parto recebida pelas mulheres atualmente, tendo em vista que, segundo o documentário, o parto passou a ser compreendido como um ato cirúrgico em vez de um evento fisiológico.

O primeiro grande tema abordado é a respeito da “indústria do nascimento”, em que são apresentadas as questões financeiras que envolvem o parto e que incluem médicos e hospitais. Para um parto normal acontecer de maneira natural e sem intervenções são necessárias várias horas até que o corpo esteja preparado para o momento do expulsivo, o que significa que é um processo longo e que demanda um

³⁵ Fonte: <http://www.orenascimentodoparto.com.br/>

acompanhamento médico atento. Assim, os médicos devem estar à disposição das parturientes, o que hoje em dia não é vantajoso para os profissionais, como colocado no documentário, afinal, o valor pago pelo plano de saúde por um parto não compensa o valor perdido pelo obstetra ao se ausentar durante uma tarde de seu consultório. Além disso, conforme questionado pelo documentário, um parto normal não é tampouco interessante para o hospital, afinal, o valor cobrado ao plano é o mesmo que no caso de uma cesariana agendada – e o que diferencia é que aquela sala no centro cirúrgico ficará ocupada por um longo tempo à espera do nascimento daquele bebê.

Sendo assim, os médicos que deram seus depoimentos no documentário lembram que a obstetrícia é uma função de grande responsabilidade, criticando os baixos valores recebidos dos planos de saúde e o posicionamento dos médicos. O pediatra renomado, dentro do *movimento do parto humanizado*, Ricardo Chaves, critica as cesáreas eletivas, tendo em vista que temos um grande número de cesáreas no país e, também, um grande número de internações em UTIs neonatal:

“A gente tem muito mais internações em UTIs nas vésperas de grandes feriados porque nas vésperas de grandes feriados as cesáreas ocorrem muito mais. Porque, evidentemente, querem passar o feriado sem o susto de terem que sair de casa para atender um parto, mas isso faz parte da nossa escolha, a gente escolheu essa especialidade”. (Dr. Ricardo Chaves, O renascimento do parto)

Outro ponto ressaltado pelo documentário são os “mitos” que envolvem o parto, em que a gestante recebe uma série de informações, como a que ter um parto normal envolve mais riscos do que a opção pela cesárea agendada. Segundo o documentário, as mulheres recebem diversas justificativas que as “induz” a uma cesárea eletiva, nas quais as mais citadas pelo filme são: circular de cordão* – quando há a ideia de que o bebê com circular de cordão no pescoço pode se enforçar durante o expulsivo e por isso um parto normal seria perigoso; “mulher que não entrou em trabalho de parto” – já que uma gravidez saudável pode chegar até as quarenta e duas semanas de gestação, se houver interrupção da gravidez, antes disso a mulher não tem como entrar em trabalho de parto; e falta de dilatação*³⁶ – que pode acontecer, porém, apenas um número muito reduzido de mulheres apresenta de fato esse problema, e no mais é compreendido que a “falta de

³⁶ Buscar dilatação de colo de útero no Glossário.

dilatação” está associada a um atendimento que não deixa a parturiente segura e/ou que ainda não chegou a seu estágio final de trabalho de parto.

Também são trazidas pelo documentário informações a respeito da cesariana, pois trata-se de uma cirurgia complexa com riscos para a mãe e para o feto. A ideia atual é a de que a cesárea é a maneira mais segura de nascer, no entanto, o documentário ressalta que a cirurgia pode proporcionar riscos a curto e a longo prazo para a mãe, sendo o maior deles para o bebê, o sofrimento das consequências de uma prematuridade.

Para a coordenadora do Núcleo de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Esther Vilela, o que vivemos hoje pode ser considerado como uma “epidemia oculta” – de cesáreas –, que ocorre em classes sociais mais elevadas, em que as cesáreas sem indicações são compreendidas como “normais”, o que eleva os nossos índices de bebês prematuros. Segundo a Pesquisa Nascer no Brasil (Fiocruz), atualmente no país temos 52% dos nascimentos por cirurgias cesarianas e segundo a OMS (2018), a Europa apresenta 25% de cesáreas, porcentagem que cresceu 10% nos últimos 20 anos, sendo compreendida como uma medida de exceção que caminha para se tornar uma regra geral.

O documentário enfatiza que a medicina passou a compreender que as mulheres são “incompetentes” para dar à luz seus filhos, que os corpos delas são vistos como “defeituosos” e que sempre serão necessárias as intervenções médicas para “salvar a vida” da mãe e do bebê. Além desses temas citados, outras questões foram abordadas, como a noção de dor no parto, as intervenções médicas, a *medicina baseada em evidências científicas*, o parto, o *parto humanizado* e o “parto domiciliar”.

2.3.5 Movimento Meu Corpo, Minhas Regras, Nossas Escolhas

Em setembro de 2014 foi proferida a sentença³⁷ pelo Juízo da 2ª Vara Federal do Rio de Janeiro, julgando procedentes os pedidos para anular as resoluções 265/2012 e 266/2012 do CREMERJ, que recorreu com uma apelação. O processo passou a ser julgado, então, pelo Tribunal Regional Federal, que em janeiro de 2016 compreendeu como procedente a demanda do CREMERJ e reverteu a decisão contra as reivindicações do COREN, alegando que diante das resoluções do CREMERJ, os

³⁷ A sentença se encontra nos Anexos da tese.

enfermeiros obstetras não estavam impossibilitados de trabalhar, continuando livres para atuarem em ações domiciliares.

Assim, em março de 2016, o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, que sempre aceitou a atuação de doulas, enviou um e-mail afirmando que a partir daquele momento estava proibida a entrada de doulas no hospital por determinação legal. Então, um grupo de ativistas do *parto humanizado* se organizou para reivindicar às resoluções do CREMERJ, formando o “Movimento Meu Corpo, Minhas Regras, Nossas escolhas”, que se mobilizou nos dias 8 e 20 de março de 2016, na Central do Brasil, no Centro da cidade do Rio de Janeiro e no bairro do Leme, respectivamente. Aliás, tínhamos vivido um ano de 2015 com muitas manifestações políticas pelo país e era um momento de muita militância e engajamento nas causas sociais e políticas.

O “movimento meu corpo, minhas regras, nossas escolhas”, questionava as resoluções do CREMERJ, afirmando que estas feriam os direitos das mulheres na escolha do seu parto e impedia os profissionais da saúde de atuarem, assim como impedia que as doulas, enfermeiras obstetras, obstetrizes e parteiras acompanhassem as gestantes que optassem por esse tipo de suporte para o parto dentro do ambiente hospitalar.

**MEU
CORPO
MINHAS
REGRAS
NOSSAS
ESCOLHAS**

Próximas mobilizações:
**8 e 20
de março
de 2016**

Pelo direito às nossas escolhas na assistência ao parto!
Pelo direito à informação!
Pela saúde dos bebês!
Pela vida das mulheres!

Vejam na página do movimento:
[facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas](https://www.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas)

Design de Andrea Balthazar sobre arte de Moacyr Saldanha. Capobongo. Não fique mais aprisionado em seu público. Foco.

Organizadores:

AnepBrasil, Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho, Saúde Mãe, BEHUNA, UERJ, ABERJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rejane, PARTO ECOLÓGICO, Coren RJ, ABEENFO-RJ

(Cartaz de divulgação dos eventos de março de 2016, produzidos pelo Movimento “Meu Corpo, Minhas Regras, Nossas Escolhas”).³⁸

O evento contou com um “ato político”, palestras, debates, feira de mulheres artesãs, apresentações musicais e intervenções culturais. Apesar de não ter atraído um grande número de pessoas as manifestações tiveram bastante visibilidade nos espaços virtuais.



(A enfermeira obstetra Heloísa Lessa, conduzindo o ato na manifestação realizada no Centro da cidade. Autor da foto desconhecido. Rio de Janeiro, 08 de março de 2016.)³⁹

³⁸ Fonte:

<https://www.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/photos/a.216621908678250/236502150023559/?type=3&theater>

³⁹ Fonte:

<https://www.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/photos/a.216594248681016/239935966346844/?type=3&theater>



(Cartazes e ativistas da “humanização do parto” na manifestação realizada no bairro do Leme. Autor desconhecido. Rio de Janeiro, 20 de março de 2016.)⁴⁰

A volta da proibição das doulas de atuarem na assistência ao parto gerou uma grande comoção pública. Inclusive, circularam relatos pela internet de que mulheres em trabalho de parto reivindicaram o direito ao acompanhamento de doula junto ao plantão judiciário da cidade do Rio de Janeiro, conseguindo liminar para ter a doula no parto. Já havia inclinação para a criação de uma Associação de Doulas, porém, quando a liminar que suspendia as resoluções do CREMERJ caiu, foi o momento de maior incentivo para a regulamentação do trabalho das doulas – falaremos mais adiante sobre isso.

⁴⁰ Fonte:

<https://www.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnostasascolhas/photos/a.216594248681016/246768898996884/?type=3&theater>

2.3.6 A resolução do CREMERJ 293/2019

Em 23 de janeiro de 2019 o CREMERJ publicou a resolução 293/2019 ⁴¹ que proíbe os médicos de assinarem os chamados “planos de parto”. O plano de parto é um direito da parturiente previsto pela lei número 7191/2016⁴² e é um documento que a gestante produz com seus desejos e expectativas para o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e cuidados com o recém-nascido, e que é entregue ao médico no momento do parto para que ele conheça as preferências da mulher. É uma ferramenta que vem sendo utilizada nos últimos anos, que tem como intuito informar as mulheres sobre os procedimentos realizados durante o parto e “protegê-las” de práticas desnecessárias, realizadas de forma rotineira e indiscriminada. De maneira geral os planos de parto são utilizados para que a mulher possa expressar o desejo de se movimentar livremente durante o parto, de escolher a posição que lhe é mais confortável para parir, sobre quem é o acompanhante escolhido por ela, sobre a pouca luminosidade e o ambiente mais quente, a recusa ou não a procedimentos como enema, tricotomia, e em casos de necessidade de espisiotomia, anestesia/analgesia, cesárea, etc., que a mulher seja consultada, orientada e receba a preparação ideal para a realização do procedimento. Além das expectativas com os cuidados com o recém-nascido em bom estado de saúde – como a estimulação do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida –, a recusa ou não a determinados procedimentos, como aspiração das vias aéreas e aspiração gástrica, utilização do colírio de nitrato de prata*, banho imediatamente após o parto e utilização de incubadora.

A ideia do plano de parto vem sendo muito questionada desde sua publicação em 2016. Nesse mesmo ano tive a oportunidade de participar por dois dias do evento “Periparto: Simpósio Transdisciplinar de Assistência Obstétrica”, que aconteceu no Centro de Convenções SulAmérica, no bairro do Rio Comprido, na cidade do Rio de Janeiro.

Destaco aqui a conferência que finalizou o simpósio intitulada: “Ponto e Contraponto – Cesariana vs. Parto Vaginal: estratégias para humanização”, na qual dois médicos – um homem e uma mulher – apresentaram dados sobre a cesárea e sobre o parto vaginal. As duas apresentações tinham como foco, como o título já apresenta, a humanização da assistência. No caso da apresentação sobre a cesariana, a obstetra – que

⁴¹ Resolução 293/2019 nos Anexos.

⁴² Lei 7191/2016 nos Anexos.

sempre se dedicou aos estudos sobre violência contra a mulher – traz dados importantes a respeito dos riscos da cesárea, já que um maior índice de cesarianas aumenta a taxa de mortalidade materna e fetal, além de aumentar o risco de infecções e internações em UTI neonatal. Segundo a palestrante, a estratégia para reduzir as cesáreas que poderiam ser evitáveis seria um trabalho conjunto entre os profissionais – que devem passar a compreender o parto mais como um evento familiar e menos como um ato médico; as mulheres – que necessitam de orientação e informação durante o pré-natal, “empoderamento”, direto ao acompanhamento de doula e disponibilidade de analgesia; e as instituições – oferecendo um cuidado continuado, implementando diretrizes auditoriais nas cesáreas e incentivando que os médicos busquem uma segunda opinião entre os colegas.

A segunda parte da mesa final do simpósio foi a apresentação do parto normal por um obstetra que é referência de um dos ambulatórios da Maternidade Escola (UFRJ), e que utilizou seu tempo para falar de temas importantes no nascimento, pensando na ideia de uma boa experiência de parto, tendo como referência a ideia de “parto adequado”. Na época em que aconteceu o simpósio a Agência Nacional de Saúde (ANS) tinha acabado de divulgar os resultados prévios de uma pesquisa que realizou conhecida como o Projeto “Parto Adequado”, que passou a ser amplamente divulgado entre médicos e instituições de saúde. Por isso, a ideia do “parto adequado” foi citada em diversos momentos no simpósio, e adiante voltarei a essa iniciativa da ANS.

Optei por destacar alguns pontos da fala do obstetra que julguei mais interessantes para o trabalho. Ao falar sobre o plano de parto, da ideia de ter um documento sobre o que a parturiente autoriza ou não, deseja ou não, ele afirma que vivemos “a ditadura da humanização do nascimento”. Para o obstetra seria uma “ditadura oculta” que traz consigo a ideia de que a mulher pode “parir do jeito que quiser”, pois, segundo ele, existem muitas variáveis que podem interferir no parto desejado, como, por exemplo, a frequência cardíaca do bebê, que nas palavras do médico “é o que dá o rumo do parto”.

O obstetra falou também na ideia de “partofobia”, referindo-se ao medo da dor do parto que muitas mulheres têm, apresentando para o público opções para o manejo da dor, como imersão em água, massagem, bola, acupuntura, hipnose, estimulação elétrica, injeção de água estéril, óxido nitroso e analgesia regional. Ainda segundo ele, a manobra de Kristeller vem sendo feita de maneira inadequada, pois, na verdade, ela seria proposta como uma leve pressão no fundo do útero, porém, atualmente, temos

relatos de pessoas que sobem na barriga da parturiente para empurrar o bebê, causando má oxigenação no feto e lacerações graves na parturiente, existindo, inclusive, relatos em que o recém-nascido apresenta fratura de ossos no nascimento, geralmente fratura de clavícula, além de relatos de mulheres que apresentam costelas quebradas por causa da manobra. Com relação à episiotomia o obstetra foi categórico afirmando que existem casos em que a intervenção se faz necessária e casos em que não, apresentando imagens de lacerações graves, como 3º e 4º graus⁴³, afirmando que poderiam ser evitadas com a episiotomia.

Em 2019 o CREMERJ se posicionou afirmando que compreende que o plano de parto pode trazer prejuízos à gestante e ao bebê, já que restringem a atuação médica: “Art. 1º. É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal”.

Na parte final do texto o conselheiro-relator do CREMERJ expõe os motivos da resolução. Segundo ele, o plano de parto é um “modismo na obstetrícia” que impede o médico de realizar procedimentos necessários para o bem-estar da mãe e do bebê, pois se baseia em “posicionamentos ideológicos” que colocam em risco a saúde dos pacientes – mãe e bebê. É preciso esclarecer que o plano de parto é uma ferramenta utilizada para a “humanização do parto”, por isso, o “posicionamento ideológico” faz referência a esse tipo de assistência. Segundo o relator da resolução o plano de parto é composto por um conjunto de “normas ditadas pela gestante”, que atrapalham o trabalho do médico no exercício de sua profissão, restringindo sua atuação e gerando constrangimentos, pois os médicos se sentem pressionados a assinarem os planos de parto por medo de serem processados. Segundo o conselheiro-relator:

“Esse panorama se tornou um verdadeiro suplício para médicos, que ficam temerosos de serem processados caso não sigam estas orientações. Muitas delas, completamente sem fundamento científico, com viés antimédico. O trabalho de parto e o parto são situações permanentes de risco de morte. A mulher somente por estar grávida tem risco muitas vezes maior de morrer que uma mulher não-grávida,

⁴³ As lacerações podem ser de quatro tipos ou graus, a saber: 1º grau são lacerações nos pequenos lábios, pele superficial perineal ou mucosa vaginal; 2º grau são lacerações que acontecem nos músculos perineais e fáschia (tecido fibroso) mas não alcançam o períneo; 3º grau de laceração acomete o esfíncter anal; e as lacerações de 4º grau envolvem o esfíncter anal e o epitélio anal.

sendo o parto o ápice deste risco. Não à toa, era a morte no parto uma das principais causas de óbito até tempos passados, não muito longínquos”.

A resolução fala ainda sobre algumas intervenções que podem favorecer o desfecho positivo do parto e que têm sido questionadas pelas parturientes e compreendidas como “absolutamente desnecessárias”. De fato, as mulheres que optam pela assistência humanizada passaram a questionar os protocolos de intervenções médicas com pesquisas científicas e, inclusive, linguagem técnica, sendo que na maioria das vezes essas intervenções são compreendidas como formas de *violência obstétrica* pelo *movimento do parto humanizado*:

“A manobra de Kristeller muitas vezes está equivocadamente classificada como *violência obstétrica* e como *proscrita*. Não há qualquer evidência científica de que não deva ser utilizada em situações necessárias. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) ratificou a manobra de Kristeller para situações necessárias e excepcionais. Acrescente-se a estes equívocos as interferências sobre a assistência neonatal, incluindo o retardo nos cuidados ao bebê e a negação quanto à utilização de medidas preventivas e imunizações”. (Grifos meus).

Com “interferências sobre a assistência neonatal”, o CREMERJ fala sobre os questionamentos quanto a procedimentos como utilização do colírio de nitrato de prata⁴⁴, aspirações gástricas e de vias aéreas, utilização de Vitamina K⁴⁵ intramuscular,

⁴⁴ A utilização do colírio de nitrato de prata – ou Credé – foi um imenso ganho pra sociedade diante dos altos índices de gonorreia que tínhamos no país, entretanto, essa obrigatoriedade é de 1977 e vem sendo questionada quando ocorre da mãe apresentar todos os exames pré-natais que comprovam o seu bom estado de saúde. Tendo em vista que a justificativa do uso do colírio de nitrato de prata em recém-nascidos é uma medida preventiva, já que ele causa uma conjuntivite química que protege os bebês da conjuntivite gonocócica, que pode ocorrer a partir do contato do bebê com a vagina da mãe, ou seja, através do parto normal, podendo levar à cegueira infantil, sendo aplicado também em casos de nascimentos por cesariana. A aplicação do nitrato de prata deve ser feita dentro do período de uma hora após o nascimento.

⁴⁵ A administração de vitamina K intramuscular no recém-nascido é um protocolo que visa diminuir o risco de hemorragia no bebê. Não se sabe ao certo o que desencadeia esse tipo de hemorragia, por isso muitos médicos não abrem mão da sua utilização. Alguns pais optam por oferecer de forma oral a vitamina K para o bebê, mesmo que uma parte dos pediatras acredite que é melhor que seja aplicada de forma intramuscular logo após o nascimento.

vacinas ainda na maternidade, entre outros, todos os pontos, em maior ou menor grau, são questionados pelo *movimento do parto humanizado*.

Por fim, considero fundamental destacar a compreensão do CREMERJ a respeito da categoria *violência obstétrica*:

“Violência obstétrica, outro termo inventado para difamar médicos, dando a impressão de que as violências que as gestantes sofrem são por culpa dos obstetras, sendo estes tão vítimas do sistema quanto as grávidas”.

O conselho continuou a falar sobre a *violência obstétrica* na *live* transmitida no seu perfil da rede social Instagram no dia 8 de fevereiro de 2019. O fato de a resolução ter causado grande discussão levou o CREMERJ a utilizar as redes sociais para esclarecer dúvidas sobre a resolução 293/2019, com a presença do autor da resolução, do conselheiro-relator e do presidente do conselho. Sobre a ideia de *violência obstétrica*, os membros do conselho afirmaram:

“O termo violência obstétrica, é um termo que ele ainda não tem uma definição muito correta, porque ele veio com uma força ideológica muito forte. Então, esse termo foi concebido alguns anos atrás, na Venezuela, e o foco original dele é colocar a situação que ativistas dizem que os médicos estão produzindo violência contra as mulheres, né? Então, na verdade, violência obstétrica, ao meu ver, são situações que colocam em risco a mãe e o bebê, isso pra mim é violência obstétrica. Não pode ser tachado de violência obstétrica, você fazer, por exemplo, manobras e procedimentos, que tenham o objetivo de salvar a mãe e o bebê. Então, eu acho que essa questão do termo violência obstétrica, ela precisa de uma definição mais clara, todos os atores dessa situação precisam sentar pra conversar pra chegar em um objetivo comum. Ninguém aqui quer qualquer tipo de procedimento ou situação que coloque em risco ou constranja as mães. Agora, a gente chamar de violência obstétrica qualquer procedimento que o obstetra faz, como, por exemplo, manobras, como, por exemplo, cesariana, cesariana necessárias, cesarianas a pedido materno... Então, o termo violência obstétrica, tem uma carga

ativista muito grande e é por isso que a gente não concorda com o termo do jeito que ele foi colocado (...)”.

O autor da resolução fala da ausência e da necessidade de uma definição clara do que é a *violência obstétrica* no Brasil. Na verdade, ele critica a ideia por ser um termo “importado” da Venezuela, que estaria pautado nos ideais do *parto humanizado*, por isso, com “força ideológica”, assim sendo, o CREMERJ não reconhece a *violência obstétrica* tal como vem sendo tratada e aponta a linha tênue que separa os procedimentos que podem ser compreendidos como necessários ou como *violência obstétrica*.

Foram aproximadamente trinta minutos de transmissão, nos quais os dois representantes do CREMERJ explicaram a resolução, os motivos que levaram o órgão à publicação da mesma, e depois abriram para perguntas de internautas. Segundo os membros do conselho, a resolução é contra planos de parto “irresponsáveis” que colocam em risco a vida da mãe e do bebê:

“Essa resolução, que foi feita com a melhor das intenções, ela está sendo de alguma forma deturpada em seu objetivo. Importante ficar claro, essa resolução de forma nenhuma proíbe o plano de parto, o que essa resolução faz é proibir a assinatura por parte dos médicos de plano concebido de forma irresponsável, ou seja, planos de parto, aqueles que têm entre as suas opções situações que coloquem em risco a mãe e o bebê, isso o CREMERJ não será conivente. Agora, plano de parto que não tenha nada de irresponsável, muito pelo contrário, tenha uma coisa interessante, continua permitido”.

Alguns temas foram trazidos pelos internautas como a lei do acompanhante, a utilização de manobras como a de Kristeller, entre outros, e, por fim, o CREMERJ apresentou o dado de que compreende que o aumento da taxa de mortalidade materna pode estar relacionada à utilização dos planos de parto, e quando questionados sobre esse dado por um internauta, o presidente do conselho afirma:

“Na verdade, o que a gente tem é um dado estatístico, onde a taxa de mortalidade tem aumentado, coincidentemente com o advento do plano de parto. Então seria leviano dizer que um é a causa do outro,

mas que eles podem estar ligados, indiscutivelmente sim. E cabe revê-lo. Acho que é essa a questão que o CREMERJ coloca”.

Se por um lado o CREMERJ compreende que o aumento da taxa de mortalidade pode estar atrelada aos planos de parto que apresentam restrições para a atuação médica trazendo prejuízos à saúde da parturiente ou do feto, por outro temos a interpretação dos dados a partir de profissionais que atuam dentro do *movimento do parto humanizado*, que compreendem que “a *violência obstétrica* contribui para a manutenção dos altos índices de mortalidade materna e neonatal no país” (SOUSA, 2015). Sendo que segundo a OMS, os casos de hemorragia (27%) e infecções (11%) como as duas maiores causas de mortalidade materna, poderiam ser evitadas com uma assistência adequada e segura para as parturientes (SOUSA, 2015).

O plano de parto entra em cena a partir da legislação de janeiro de 2016, que dispõe sobre o direito ao *parto humanizado* na rede pública e prevê cinco aspectos nos quais a gestante manifesta a sua opção, a saber: (i) a presença, durante o período que a parturiente desejar, de um acompanhante livremente escolhido por ela; (ii) a utilização de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor; (iii) a administração de medicação para alívio da dor; (iv) a administração de anestesia peridural ou raquidiana; e (v) o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos fetais. A lei também afirma que “na hipótese de risco à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções de que trata este artigo”. De fato, os planos de parto atualmente não falam apenas destes cinco pontos, dão conta de outros aspectos que envolvem o trabalho de parto e parto, como o uso de ocitocina, a manobra de kristeller e a episiotomia. Entretanto, o CREMERJ afirma que os planos de parto podem ser os responsáveis pelo aumento da mortalidade, e, no entanto, os dados são anteriores ao recente posicionamento do órgão.

Rapidamente, diversas instituições a favor do *parto humanizado* se mobilizaram na tentativa de derrubar a resolução 293/2019 do CREMERJ, e até o dia 10 de fevereiro de 2019 o abaixo-assinado intitulado “Frente pela humanização do parto: anulação da resolução CREMERJ número 293/2019” contava com 5.110 assinaturas. Importante destacar também que durante a *live* do CREMERJ muitas doulas fizeram comentários trazendo diversos questionamentos sobre o posicionamento do conselho, e seus representantes afirmaram que a relação entre as doulas e o CREMERJ é uma “questão delicada”.

2.4 As doulas

O simpósio que frequentei em maio de 2016, o evento “Periparto: Simpósio Transdisciplinar de Assistência Obstétrica”, que aconteceu no Centro de Convenções SulAmérica, trouxe à tona a discussão sobre a atuação das doulas no Rio de Janeiro.

Todas as mesas do simpósio eram compostas por profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos e doulas, de diferentes instituições públicas de ensino, instituições privadas, hospitais públicos e da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro. A maioria dos participantes eram estudantes de medicina, sendo que uma expressiva parcela dos espectadores era formada por doulas. Na ocasião eu estava acompanhada de quatro doulas, o que me possibilitou conhecer melhor as doulas participantes.

A conferência de abertura contou com a fala de um representante do CREMERJ, que naquele momento era alvo de muitas críticas, pois tinha proibido a presença das doulas na sala de parto⁴⁶. Segundo o médico que estava representando o conselho a medida havia sido tomada tendo em vista que “a coisa tava meio abusada”, se referindo, em primeiro lugar, ao fato de que a formação das doulas se resumia a um período muito curto, que era compreendido como insuficiente para formar pessoas aptas a estarem em uma sala de parto. De fato, essa crítica se estendeu de maneira generalizada às doulas, o que forçou a necessidade de cursos mais completos, com uma carga horária mais robusta, assim como o acréscimo de um estágio prático na formação das doulas. Ainda que essas mudanças não tenham sido absorvidas por todos os grupos que oferecem formação de doulas, o representante do CREMERJ afirmou que era necessário “qualificar a assistência”. Além disso, a ideia de que “a coisa tava meio abusada”, também está relacionada com a postura que muitas doulas tinham na sala de parto, de questionar a atuação médica diante das intervenções no parto. Essa postura costuma causar bastante incômodo à classe médica, gerando, inclusive, restrições à presença da doula na equipe, já que alguns médicos afirmam que não trabalham com doulas – e, curiosamente, inclusive profissionais do *parto humanizado*.

A primeira mesa-redonda, denominada “Assistência Multidisciplinar ao Parto”, foi composta por uma doula, uma enfermeira obstetra e um médico obstetra, diretor de um hospital público na zona norte do Rio de Janeiro. Foi um espaço para avaliar as boas

⁴⁶ Resolução 266/2012.

práticas na assistência ao parto de risco habitual – ou seja, baixo risco –, o apoio à parturiente e, também, os momentos de necessidade de intervenção. O que me chamou particular atenção, foi, no momento em que o obstetra iniciou sua apresentação, ele agradeceu a presença de todos, cumprimentou a mesa e disse que tinha gostado bastante da fala da “doulinha”. No caso, a doula foi a primeira a falar e trouxe a explicação sobre qual é papel de uma doula na cena do parto, em que afirmou que a proposta é um suporte contínuo, composto por escuta, informação e apoio à parturiente. Segundo ela, compete à doula informar a parturiente, oferecer suporte emocional, oferecer formas não-farmacológicas de alívio da dor, ajudar o acompanhante da mulher, propor exercícios durante o trabalho de parto e fornecer apoio durante o pós-parto. A forma como o médico se referiu à doula, no diminutivo, representa essa relação com a categoria, que é uma relação de tensão não somente entre médicos e doulas, como também entre enfermeiras obstetras e doulas, e entre obstetras e enfermeiras obstetras – a questão da hierarquia na cena do parto é um princípio estruturante das relações.

2.4.1 Quem é a doula?

A palavra “doula” vem do grego, com o significado “mulher que serve” e ela tem grande visibilidade dentro dos espaços do *parto humanizado*. O papel da “doula” é ser uma acompanhante da parturiente, alguém que conhece o processo do parto, entende as vontades da mulher e pode ajudar propondo exercícios, posições, formas não-farmacológicas de alívio para a dor, oferecendo apoio emocional para a mulher em trabalho de parto e para o pai ou acompanhante, alimentando e hidratando a mulher quando for permitido. Entretanto, o trabalho da “doula” não se limita ao trabalho de parto, ele começa ainda na gestação, quando a mulher grávida tem a possibilidade de conhecer e criar vínculo com a sua “doula” e finaliza com o acompanhamento do pós-parto, que, de maneira geral, consiste em duas visitas no pós-parto para tratar de temas como possíveis dificuldades na amamentação, cuidados com o bebê, dúvidas e inseguranças maternas.

A “doula” não está apta a fazer qualquer tipo de intervenção médica, como, por exemplo, exame de toque – que avalia a dilatação do colo do útero da mulher – e também não tem formação para prestar qualquer assistência a mulher ou ao bebê em caso de necessidade. Atualmente, existem diversos cursos de formação de doulas

espalhados pelo país e eles são oferecidos a qualquer pessoa que tenha vontade de ser doula, tendo como requisito mínimo ter o ensino médio completo.

Muitos são os profissionais que se recusam a trabalhar com doulas, sob a justificativa de que elas atrapalham o trabalho das equipes ou por serem muito questionadoras, ou por não contarem com muita formação, o que as coloca em um nível bem abaixo da hierarquia da sala de parto. O obstetra que se referiu à doula como “doulinha” no simpósio em que estive presente, afirmou que era preciso aumentar a formação dessas pessoas, pois elas acabavam atrapalhando durante o parto, uma vez que o médico tomava as decisões para melhor atender às suas pacientes, e as doulas, de maneira geral, sempre questionavam se havia real indicação para aquilo.

Essa questão da melhoria na formação das doulas ganhou ampla discussão, pois até então o curso tinha duração de menos de uma semana. Atualmente, algumas organizações oferecem cursos estendidos para doulas darem continuidade na formação e um novo modelo que vem sendo bem visto, pois conta, inclusive, com um estágio em uma maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro.

A tensão com a presença da doula não se dá, curiosamente, apenas nos espaços ditos “não-humanizados”, pois se referir a uma enfermeira obstetra como doula é uma grande afronta e, inclusive, existem equipes que não gostam de trabalhar com doulas e optam pela presença da enfermeira obstetra, pois ela tem todo o conhecimento necessário para acompanhar o parto e prestar qualquer tipo de assistência à mãe e ao recém-nascido.

2.4.2 “Luta pelo direito de um parto digno e respeitoso”: a criação da Associação de Doulas do Rio de Janeiro

Como já apresentado anteriormente as doulas estavam encontrando desde 2012 dificuldades para atuarem, principalmente por essa não ser uma ocupação regulamentada. Quando em janeiro de 2016 as resoluções do CREMERJ voltaram a valer por determinação do TRF e com a proibição da atuação das doulas na Maternidade Maria Amélia em março do mesmo ano, houve a mobilização para a criação de uma associação de doulas do Rio de Janeiro. Assim, em maio de 2016 nasceu a ADoulasRJ⁴⁷

⁴⁷ <https://doulastj.com.br/>

que estabeleceu uma matriz curricular mínima para a formação das doulas, definiu o código de ética e estabeleceu a atuação das doulas como ocupação.

As doulas entraram na *Classificação Brasileira de Ocupações*, com o código 3221-35 dentro dos títulos “Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas”, junto aos técnicos em acupuntura, podólogos, técnicos em quiropraxia, massoterapeutas, terapeutas holísticos e esteticistas. Tornar o trabalho da doula uma ocupação delimitou as suas atribuições e estabeleceu que o curso básico de qualificação profissional de doulas deve ter até 200 horas, não sendo necessária experiência profissional para o desempenho da ocupação.

Em julho de 2018, durante o “12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva” (ABRASCÃO) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, que aconteceu na UERJ, pude participar de uma oficina intitulada “Parir com doulas: parto digno, respeitoso e suportes contra a violência obstétrica” com duas representantes da ADoulasRJ. Na oficina estiveram presentes dez participantes, todas mulheres, a maioria de enfermeiras, mas também estiveram presentes advogadas, psicólogas e estudantes de ciências sociais interessadas no tema da *violência obstétrica*. Foi um dia inteiro de muitas dinâmicas e práticas corporais realizadas com as participantes, e a oficina se organizou com dois temas centrais de palestra seguida por discussão.

O primeiro momento, a qual eu darei destaque, foi conduzido pela então presidenta da ADoulasRJ, e tinha como título “Doula: ser, tornar, pertencer” e falou sobre o trabalho da doula, a criação da associação e algumas tensões que envolvem a ocupação. Nesse sentido, gostaria de destacar em primeiro lugar que a Associação de Doulas do Rio de Janeiro traz atualmente uma nova categoria de parto – o “parto digno e respeitoso”. Essa terminologia surgiu da necessidade da ADoulasRJ de apresentar para as mulheres algo que fizesse sentido dentro da realidade delas. Em primeiro lugar porque a associação trabalha com frequência com mulheres de estratos mais baixos da classe média, principalmente em hospitais públicos da cidade. E para esse grupo de mulheres, o *parto humanizado* ganhou a conotação de um parto mais sofrido. Além disso, a presidenta da associação afirma que o conceito de *parto humanizado* se perdeu e que ele não é mais o termo apropriado, e apesar de ter questionado sobre, não obtive resposta. Assim, essa crítica pode estar relacionada com o fato de que o *parto humanizado* passou a ser um serviço elitizado e com alto custo para a gestante, pois é fato amplamente divulgado nos espaços virtuais de discussão sobre o tema de que não há médicos nos planos de saúde que ofereçam assistência “humanizada”. Temos, hoje,

no Rio de Janeiro, apenas equipes particulares alinhadas com a proposta do *parto humanizado*. Além do mais, apesar de ser a orientação do SUS de assistência ao parto, no Rio de Janeiro, apenas a Maternidade Maria Amélia, no Centro do Rio, é referência para este tipo de assistência.

A associação entende que o “parto digno e respeitoso” é aquele que garante o direito da mulher a “saber e escolher todos os procedimentos que serão feitos com ela e com o bebê durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto”, ter um plano de parto, sem episiotomia de rotina, que garanta que a mulher possa se alimentar, beber água e movimentar-se livremente, além do direito ao acompanhante e à doula. O “parto digno e respeitoso” traz, essencialmente, as mesmas reivindicações do *parto humanizado*.

2.4.3 Leis das doulas

Em 2016 foi sancionada no Rio de Janeiro a lei estadual 7314⁴⁸ que garante a entrada das doulas em todas as maternidades públicas e privadas do estado. Também tem esse propósito a lei 6305 de 2017⁴⁹ no âmbito do município do Rio de Janeiro. Em ambos os casos houve uma grande mobilização tanto na internet, como em manifestações a favor da aprovação das leis.

A lei estadual 7314 de 15 de junho de 2016, chamada “lei das doulas”, estabelece a obrigatoriedade de permitir a presença de doulas nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A lei fala também que a presença da doula não deve se confundir com a presença do acompanhante da parturiente, assegurada pela lei federal 11.108/2005.

No artigo 3º da lei são expostos os procedimentos médicos que a doula não está apta a realizar, como aferir a pressão, avaliação de progressão de trabalho de parto, monitoramento cardíaco fetal, administração de medicamentos, entre outros. Em caso de descumprimento desse artigo a doula estará sujeita à advertência na primeira ocorrência e nas seguintes, à multa. Já com relação aos órgãos públicos, em caso de descumprimento da lei, advertência na primeira ocorrência e nas seguintes, afastamento do dirigente e aplicação das penalidades previstas na legislação. Caso se trate de

⁴⁸ Lei 7314/2016 nos anexos da tese

⁴⁹ Lei 6305/2017 nos anexos da tese

estabelecimento privado, também advertência na primeira ocasião e multa nas seguintes.

A lei municipal 6305/2017 segue os moldes da lei citada anteriormente, colocando a doulagem como exercício livre em todo o território municipal da cidade do Rio de Janeiro. Certamente, a questão das doulas é muito mais extensa do que o exposto aqui, entretanto não era a minha intenção trabalhar esse tema em profundidade, ainda que precisasse pontuar na discussão alguns pontos a respeito das doulas ao falar em *parto humanizado*, pois elas são uma parte importante do tema.

Em 2019 foi sancionado o Projeto de Lei de Carlos Minc sobre o “Programa Toda Mulher Merece uma Doula”. A lei estadual 8307⁵⁰ de 28 de fevereiro de 2019 visa reunir e formular políticas públicas referentes à atuação das doulas, compreendendo a importância da doula no suporte contínuo à gestante. Segundo a lei, os objetivos do programa são: (i) desenvolver políticas de inclusão de doulas na atenção na gestação, parto e puerpério no Estado do Rio de Janeiro; (ii) articular a presença de políticas de inclusão de doulas entre os órgãos municipais de saúde na atenção básica e atenção multidisciplinar no ciclo gravídico-puerperal; (iii) implementar a formação e capacitação de doulas, contendo em suas coordenações político-pedagógicas profissionais doulas com experiência mínima de três anos de atuação; (iv) desenvolver material informativo sobre a atenção multidisciplinar no ciclo gravídico-puerperal que oriente sobre os direitos da pessoa gestante e puérpera; e (v) incluir indicadores de boas práticas a partir da presença de doulas e/ou outros instrumentos como o plano de parto pela gestante. A lei afirma ainda que a doula poderá ser escolhida livremente pela gestante desde que tenha certificação conforme a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações, na qual a doula entra como uma ocupação, conforme citado anteriormente.

Dentro dos objetivos do programa, destaco o terceiro item: “implementar a formação e capacitação de doulas (...)”. Fica claro que diante da maior crítica à atividade das doulas existe um esforço em ampliar a capacitação, visando cada vez mais formalizar a ocupação.

⁵⁰ Lei Estadual 8307/2019 nos anexos da tese.

2.5 Algumas considerações finais

Desde os anos 2000 o *parto humanizado* vem construindo de maneira mais expressiva questionamentos ao modelo obstétrico atual, no qual as práticas médicas são realizadas sem “evidências científicas sólidas” e, como vimos anteriormente, a partir de 2012, muitos fatos ocorreram que geraram maior visibilidade para o tema. Nesse sentido, muito material foi produzido pelas ativistas, pelos órgãos reguladores, por instituições públicas e privadas de saúde e educação, além do judiciário, com o intuito de informar as mulheres sobre uma “outra forma de parir” e pressionar que os médicos se atualizem, pois a prática médica atual já não é considerada como a “melhor experiência de parto”.

Nesse sentido, em 2015, a Agência Nacional de Saúde (ANS) lançou o “Projeto Parto Adequado”⁵¹, que é uma estratégia para reduzir os índices de cirurgia cesariana no Brasil, em parceria com a Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o Hospital Albert Einstein e com o apoio do Ministério da Saúde, envolvendo agora na segunda fase do projeto 113 hospitais e 65 operadoras de planos de saúde.

O projeto propõe a adequação de recursos humanos e de ambiência hospitalar, incorporação de equipe multiprofissional, capacitação dos profissionais e engajamento entre os funcionários e as gestantes para a melhoria do atendimento.

⁵¹Fonte: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>



Importante ressaltar que o projeto “Parto Adequado” assim como a RN 368⁵² são iniciativas que a ANS desenvolveu a partir da Ação Pública Civil (APC), movida pelo MPF contra a agência, que impulsionou algumas ações em prol do parto normal. A APC visa a regulamentação dos serviços obstétricos realizados pelos planos de saúde com o objetivo de diminuir ou evitar a realização de cirurgias cesarianas desnecessárias.

Outra iniciativa foi da UNICEF Brasil, em 2017, com a campanha “Quem espera, espera”⁵³. Com o slogan “uma campanha pelo direito de nascer na hora certa”, a UNICEF falou sobre a importância de a mulher esperar o trabalho de parto espontâneo para a saúde do bebê, alertando para os altos índices de cesárea no país e também para os riscos da prematuridade.

⁵² Resolução Normativa 368 da ANS, nos anexos.

⁵³ Fonte: <https://www.unicef.org/brazil/>



Utilizei esses dois exemplos de iniciativas de entidades importantes no país e, no caso da UNICEF, no mundo, para que fosse possível perceber que o *parto humanizado* trouxe um novo significado para as experiências do parto e do nascimento, questionando cada vez mais o modelo obstétrico atual, e nesse sentido há um importante investimento em informar as mulheres para que elas rejeitem esse “modelo”.

Entretanto, o *parto humanizado* que preconiza que os médicos devem “sentar sobre as mãos” para permitir que o trabalho de parto aconteça da maneira mais natural possível, intervindo somente quando necessário, que favorece à mulher um lugar de autonomia, nem sempre é considerado pelas parturientes como uma experiência positiva. Em Mendonça (2018), temos relatos de mulheres que diante da assistência “humanizada” da Maternidade Maria Amélia, não se sentiram autônomas diante do modelo obstétrico, a antropóloga relata, inclusive, que durante o trabalho de campo na maternidade, ouviu uma parturiente gritar: “ME CORTA!!! EU QUERO!!!”, se referindo a episiotomia. Outra mulher pedia frequentemente para que as enfermeiras a ajudassem, pedindo ocitocina sintética, pedindo também para empurrarem sua barriga (manobra de kristeller) e apesar da equipe explicar que não era necessário, que não era bom para ela ou para o bebê, a parturiente afirmou que as enfermeiras eram “más” para ela porque não a “ajudaram”, quando na verdade, elas seguiam os “protocolos da humanização do parto”.

Assim, existe a discussão sobre para quem o modelo “humanizado” de assistência ao parto é considerado o melhor, ainda que o movimento acredite que a escolha pelo parto normal/“humanizado” seja um caminho *natural* para quem tivesse

acesso às informações a respeito do processo de parto e nascimento. Como vimos anteriormente, além dos dados apresentados por Mendonça (2018), a associação de Doulas do Rio de Janeiro passou a trabalhar com a ideia do “parto digno e respeitoso”, por compreender que o modelo “humanizado” passou a ser visto pelas mulheres de classe baixa como uma experiência mais sofrida, inclusive sendo compreendida como abandono, quando o médico não “ajuda” a parturiente, pois para esse grupo as intervenções são consideradas benéficas, e são esperadas e desejadas que os médicos as realizem.

Capítulo 3 – Construindo a noção de *Violência Obstétrica*

3.1 O parto de Joana

“Quando eu tava no chão [na banqueta de parto], eu falei [para a médica]: ‘eu não aguento mais. Por favor, faz uma cesárea. Por favor’. E pra mim foi um dos piores momentos da minha vida porque ela virou pra mim e falou assim: ‘olha, a gente só faz cesárea se o bebê entrar em sofrimento’. E eu falei: ‘então, que entre em sofrimento’. É muito ruim você chegar ao ponto de desejar que seu filho sofra pra você sair daquela posição. Eu demorei muito tempo pra conseguir lidar com o desejo profundo que eu tive pra sair daquela condição eterna que eu tava porque era o que eu ouvia [entendia]: ‘isso aqui só vai acabar quando seu filho começar a sofrer’ e era a única resposta eu tinha. Ou você... sei lá o que, porque eu tava lá há 3 horas [de período expulsivo] e nada acontecia, ou então o seu filho sofre. E assim, é horrível porque você chega no ponto extremo de desejar uma coisa dessas”.

A passagem acima foi relatada por Joana, moradora da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, professora, casada, 32 anos à época da entrevista e mãe de uma filha de 3 meses. Joana é paciente renal crônica, tendo apenas um rim, o que fazia com que ela fosse considerada “paciente de alto risco”, tendo sua gestação marcada por problemas renais.

Conheci Joana quando cursava Ciências Sociais no Instituto de Humanidades da Universidade Candido Mendes, nunca tivemos contato próximo, mas éramos amigas em uma rede social. Em 2016, participei de um programa de rádio sobre *violência obstétrica* e publiquei o link do programa em minha página pessoal da rede social, e logo depois recebi uma mensagem de Joana explicando que gostaria de conversar comigo, pois ela entendia que havia sofrido *violência obstétrica* e queria me contar a experiência dela. Marcamos em sua casa, na Zona Norte e a entrevista contou com a participação de seu marido em alguns momentos.

Naquela ocasião, eu estava grávida de sete semanas da minha segunda filha e foi particularmente difícil lidar com o sofrimento de Joana, não pelos dados que ela me trazia, pois eles eu já conhecia de outras narrativas ou tinha informações que ela

desconhecia, mas pelo impacto emocional que ela me apresentou. Depois dessa entrevista eu não consegui mais ouvir relatos de experiências ruins no parto, e isso durou todo o tempo restante da minha gestação.

Joana optou por um acompanhamento pré-natal pelo SUS, pois desejava ter o parto no Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda mas também se consultava com um médico particular, apesar de não ter plano de saúde. A condição renal de Joana fazia com que ela tivesse infecções urinárias de repetição, e por isso, o médico do posto de saúde da sua região solicitou que fosse realizada uma ultrassonografia para ver quais eram as condições do seu rim saudável, entretanto, o exame foi marcado para três meses depois e Joana achou por bem realizar o exame em um laboratório particular. O laudo apontava que seu único rim não estava bem, apresentava hidronefrose – condição que a levou a perder o outro rim antes do seu nascimento. Assim, ela foi encaminhada para a maternidade e internada aos sete meses de gestação, pelo período de dez dias, para estabilizar o quadro de infecção. Após a internação, ela foi encaminhada para consulta com o clínico geral da maternidade, que solicitou a sua internação quando completasse 38 semanas de gestação para indução do parto ou cesárea, pois ela precisava tratar o problema renal, e a gravidez agravava o quadro podendo gerar complicações graves para a sua saúde. No entanto, a equipe da obstetrícia da maternidade optou por não interná-la.

Às trinta e nove semanas de gestação foi, então, internada a pedido do clínico geral, porém, a indução de parto só aconteceu com 40 semanas de gestação e foi justificada diante do risco materno. Joana desejava um parto normal, assim, optou pela Maternidade Maria Amélia, já que tinha referência de algumas amigas que já tinham tido boas experiências lá. Joana conta que não desejou contratar uma doula e que sua internação antes do parto foi marcada por conhecer muitas histórias de mulheres que passavam pelo seu quarto – segundo ela, cada quarto comporta quatro mulheres. Para ela, os relatos das companheiras de quarto foi um momento de preparação para o que estava por vir, e diante das histórias que elas contavam Joana teve outra percepção do parto e do pós-parto. Julgou os relatos de parto difíceis e, por vezes, assustadores.

Ela utilizou seu tempo de internação para praticar muitos exercícios a fim de favorecer o trabalho de parto espontâneo, e narra que as informações que os médicos davam aos pacientes mudavam a cada plantão. Joana se queixou da higiene do hospital, afirmando ainda que, durante a internação, sua mãe precisava pagar uma quantia à faxineira da maternidade para que o banheiro fosse limpo com mais atenção.

O processo de indução foi iniciado na segunda feira, dia 14 de março, e a opção da equipe médica foi pelo uso do Misoprostol – a medicação Misoprostol é um comprimido que é inserido no colo do útero* para indução do parto. A cada seis horas um comprimido da medicação era inserido no seu colo do útero, totalizando quatro comprimidos utilizados. Entre o 3º e 4º comprimido a bolsa d’água rompeu e deu início à fase do trabalho de parto com contrações mais doloridas – nesse momento Joana estava com dois centímetros de dilatação*. Dezesseis horas mais tarde, com quatro centímetros de dilatação, sua família já estava preocupada e seu marido começou a pesquisar na internet informações que pudessem os ajudar. Seu marido encontrou na internet então, a informação de que, pelo protocolo, dezesseis horas era o máximo de tempo de espera para casos de bolsa rota*, e que ela deveria tomar antibiótico intravenoso e ser encaminhada para uma cesárea, mas não souberam me informar o motivo da necessidade do uso do antibiótico e da opção pela cesárea. O marido foi solicitar junto a equipe médica que ela fosse medicada e que fosse realizada uma cesariana, e algum tempo depois ela iniciou o antibiótico intravenoso, mas pelo fato de o bebê não estar em sofrimento fetal, continuaram esperando a evolução do trabalho de parto.

Segundo Joana, todos os obstetras com quem se consultou após o parto afirmaram que o “grande erro” – nas palavras dela – foi nesse momento, já que após dezesseis horas de trabalho de parto a dilatação ainda estava em quatro centímetros⁵⁴. Para Joana “o procedimento mais correto” teria sido a realização de uma cesariana ou ter iniciado a ocitocina sintética antes, que começou junto com o antibiótico.

Assim se seguiu o trabalho de parto, com dores ainda mais fortes e Joana relata que a partir daí mudaram-na várias vezes de quarto. Ressalta em diversos momentos da entrevista as condições precárias das instalações do hospital. Havia quartos com paredes mofadas, goteiras, teto caído, banheiro sujo e chuveiro sem água quente – o que a fazia ter que atravessar o corredor para usar a ducha com água quente da enfermaria, e, para isso, ela, que estava nua, se enrolava em seu cobertor e andava até o banheiro, ficava debaixo d’água por um tempo e então se enrolava novamente no cobertor com o corpo molhado e voltava para o quarto.

⁵⁴ Até 2018 usava-se o parâmetro de um centímetro de dilatação por hora de trabalho de parto, entretanto, após as novas recomendações da OMS esse “termômetro” não é mais recomendado, já que a entidade compreende que cada trabalho de parto é único e apresenta um desenrolar diferente.

Além disso, ela recebia as refeições, mas não conseguia ingerir líquidos ou alimentos, pois estava vomitando com muita frequência e afirma que não houve preocupação com isso – ninguém da equipe médica observou que ela estava sem comer e sem beber água por muitas horas, tendo recebido apenas uma bolsa de soro glicosado quando desmaiou pela primeira vez. Joana passou todo o trabalho de parto acompanhada apenas pelo marido, e ocasionalmente, alguma enfermeira ia vê-la. Ela dizia que estava muito fraca e pedia por anestesia, mas a equipe médica informou que só poderiam realizar a analgesia quando Joana estivesse com seis centímetros de dilatação, pois havia o risco de o trabalho de parto estagnar. Ela então perguntou se tinha direito a uma cesárea, ao que foi informada pelas enfermeiras que a cesárea era realizada apenas em casos em que o bebê apresentava queda dos batimentos cardíacos, e afirmou:

“Por mais que eu tivesse trabalhado tudo na minha cabeça... que eu queria um parto normal, que eu queria uma coisa diferente daquilo, né? E eu fui pro Maria Amélia em busca de um parto humanizado, eu não tava tendo nada de humanizado. Primeiro porque foi induzido, então já não tem nada de normal aí. Eu ficava sozinha, uivando de dor, num quarto sem estrutura nenhuma, tava andando pelada pelo hospital em busca de um chuveiro com água quente para aliviar a minha dor, ninguém vinha olhar por mim...”

Toda a família de Joana estava no hospital e diante da demora e das notícias que o marido mandava, eles resolveram acionar conhecidos e pessoas que pudessem ajudar de alguma forma, e começaram a fazer uma grande pressão com os funcionários do hospital. Dessa forma conseguiram que além do marido, a mãe de Joana pudesse acompanhar o parto – porém, ela não quis que a mãe estivesse presente – e uma funcionária se dispôs a levar informações sobre Joana de tempos em tempos para a família. Joana acredita que teve um tratamento diferenciado por causa da pressão dos familiares.

Ela relata que começou a desmaiar com as contrações e rapidamente acordava gritando de dor, sentindo-se já muito fraca, uma vez que não conseguia comer há muitas horas. Pedia frequentemente por anestesia, mas a resposta era sempre a mesma: que só seria dada quando chegasse a seis centímetros de dilatação. Em determinado momento,

aumentaram a ocitocina sintética, tiraram o antibiótico e Joana os questionava por que não era realizada uma cesárea. Então, com seis centímetros de dilatação fez a primeira analgesia e conseguiu dormir por uma hora. Quando já estava com dilatação total, aumentaram mais uma vez a dose da ocitocina sintética e ela foi acordada pela equipe, pois já era o momento do expulsivo.

O processo que começou no dia 14 de março, só terminou na noite do dia 16 de março, após 50 horas de trabalho de parto, sendo três horas e meia de período expulsivo, em que o bebê era frequentemente avaliado, mas ainda estava alto⁵⁵. Mas para Joana esse foi o melhor momento da assistência que recebeu, segundo ela:

“Aquele ajuda de ter as pessoas ali comigo, elas estarem ali me auxiliando, era ‘o’ momento. Chegou o momento, agora vamos lá! E eu acho que assim... foi o momento em que eu fiquei mais lúcida, mais serena, mais tranquila e eu acho que tem muito isso porque as pessoas estavam ali, eu estava recebendo apoio, eu tava recebendo carinho. Acho que pra mim foi o momento mais tranquilo apesar de tudo que eu tinha passado. Porque era isso, eu pedia pelo amor de Deus pra alguém ir ali me explicar o que estava acontecendo, por que eu tava passando por tanta dor, por que ninguém fazia nada? Eu tava há tantas horas ali sofrendo e só me diziam isso: ‘Ah, a gente tem que esperar’. O que eu tenho que esperar pra alguém fazer alguma coisa, alguém me entupir de ocitocina, alguém me dar uma anestesia, alguém fazer uma cesárea. E eu pedia: ‘pelo amor de deus, alguém faz uma cesárea, alguém tira esse bebê’. Esse pra mim foi o momento mais sereno, eu tinha uma equipe, as pessoas estavam me dizendo o que eu tinha que fazer pra ajudar”.

Joana e o marido reclamam que a equipe seguiu à risca todos os protocolos, “cometeram erros em momentos importantes” e que não avaliaram outro desfecho que poderia ter sido “menos traumático”. Houve troca de plantão durante o período expulsivo e o casal relata que achou estranho que as duas equipes permanecessem na sala – os funcionários do plantão anterior e do novo – e que havia mais de dez pessoas assistindo ao parto, isso não a incomodou muito mas a deixou muito frustrada com a

⁵⁵ Quando o bebê está alto, significa que ele ainda não entrou totalmente no canal vaginal, que não “encaixou” na pelve materna, indicando assim que ainda há algum tempo até o nascimento.

mudança da equipe, porque ela acredita que estava vinculada com aquelas pessoas, e no momento da troca de plantão começou a passar mal e a se sentir muito cansada. Nesse momento recebeu mais uma dose de analgesia.

Os médicos perceberam que o bebê mudou o posicionamento da cabeça e que daquele jeito não conseguiria nascer⁵⁶, por isso tentaram fazer manobras para posicionar o bebê de uma maneira melhor, mas não tiveram sucesso, segundo Joana, “*na hora que eu fazia força, ela [a médica] introduzia a mão [no canal vaginal] e tentava virar [o bebê]. Isso durou umas duas horas e eu não aguentava mais*”.

Para Joana esse foi um outro erro da equipe, pois nesse momento era preciso avaliar a viabilidade do expulsivo, levando em consideração o tempo e o posicionamento do bebê. Entretanto, a equipe acreditou que o parto normal era a melhor opção e mudou Joana várias vezes de posição, tentando deixá-la na posição verticalizada, sentada na banqueta de parto, com o intuito de aumentar a passagem para o bebê, porém, ela não conseguiu se manter naquela posição, já que estava muito fraca. Nesse momento, relata que reclamou para a equipe médica que horas antes havia vomitado na sala e até aquele momento o vômito ainda permanecia lá, tendo sido apenas coberto com um lençol pela médica.

A essa altura Joana pediu novamente por uma cesárea, e relatou que ao escutar dos médicos que a cirurgia só seria realizada se o bebê não estivesse bem, ela começou a desejar que alguma coisa de ruim acontecesse com seu filho para que ela pudesse sair daquela situação, como nos mostra em sua fala ao início do presente capítulo. Foi nesse momento em que a equipe optou pelo uso do vácuo extrator*⁵⁷ e apresentou a possibilidade para Joana, explicando o procedimento e pedindo autorização para o uso.

A equipe posicionou o vácuo extrator e rapidamente o bebê nasceu, com escores de Apgar*⁵⁸ 9/10, não chorou, mas estava saudável, apresentando apenas o intumescimento da região onde foi posicionado o vácuo extrator, que é considerado

⁵⁶ Para passar pela pelve materna o bebê precisa apresentar o posicionamento da cabeça de menor diâmetro, se há mudança na posição da cabeça do bebê, esse diâmetro aumenta e existe dificuldade para sair.

⁵⁷ Vácuo Extrator ou “Kiwi”, é um dispositivo que deve ser acoplado na cabeça do bebê em uma ponta e o médico segura a outra ponta fazendo sucção na cabeça do bebê, gerando vácuo para então fazer a tração do feto para fora. Caracteriza “parto instrumental”, assim como fórceps, entretanto o “Kiwi” é um instrumento de mais fácil utilização, apresentando menos riscos.

⁵⁸ Índice de Apgar é avaliação da vitalidade do bebê ao nascer. O teste é realizado no primeiro e no quinto minuto de vida e avalia cinco aspectos: tônus muscular, cor, respiração, frequência cardíaca e reflexo ao cateter nasal – quando há necessidade de aspiração. A nota vai de 0 a 10.

normal nos casos de parto instrumental*. Joana relata que tem poucas memórias desse momento e que foi preciso o marido avisá-la que o bebê já estava no seu colo.

Nesse momento da entrevista, o marido sai do quarto e vem para a sala, onde estávamos, pois desejava dar o seu relato desse momento em especial, segundo ele:

“A cena foi grotesca, eu acompanhei tudo. A mulher arrancou a bebê de dentro da Joana no braço. Foi no braço mesmo. Ela não fez força no braço, fez força no corpo inteiro, jogou o corpo pra trás. Arrancou mesmo, na grosseria”.

Após o parto Joana teve hemorragia – que foi controlada com o uso de ocitocina sintética –, teve hemorroidas por causa do período expulsivo prolongado e foi constatada uma laceração “grave”, ela não sabe dizer qual o grau, mas afirma que houve laceração por todo o canal vaginal, vulva até o ânus. Demorou um tempo até que a equipe conseguisse suturar as lesões, e Joana sentiu a sutura apesar da anestesia local.

Quando saiu da sala de parto e foi para o quarto, o hospital autorizou que a família a visse no corredor do andar em que ficaria internada, apesar do horário de visitas já ter sido extrapolado. Quando chegou no quarto informou à enfermeira que estava há muitas horas sem comer e estava se sentindo fraca, e mesmo assim não levaram nenhuma refeição para ela, que se alimentou dos restos do jantar do marido de outra paciente que estava no mesmo quarto.

Na manhã seguinte ao parto, foi avaliada pelo médico, tomou café da manhã e foi tomar banho com o auxílio de sua mãe e de sua tia. Enquanto tomava banho desmaiou no banheiro. Durante a internação no pós-parto apresentou anemia em decorrência da hemorragia que teve. Em certo momento, a pediatra foi ao quarto examinar o seu bebê e Joana a questionou se estava tudo bem, se era necessário fazer algum tipo de exame, já que tinham sido 25 horas de bolsa rota – o que pode aumentar o risco de infecção para o neonato – e a pediatra ficou surpresa com a informação, pois no prontuário médico indicava que a bolsa de Joana tinha rompido apenas uma hora antes do nascimento.

Assim que seu bebê recebeu alta médica, Joana deixou o hospital à revelia, após assinar um termo de responsabilidade. Então começou a sentir muitos desconfortos, inclusive os pontos da laceração estavam infeccionados e ela procurou ajuda de um médico particular. Segundo ela foi a partir daí que começou a compreender o que estava

acontecendo e a “gravidade do quadro”, nas suas palavras. Foi constatada lesão no cóccix que causava forte dor; hemorroidas – que após três meses ainda sangravam e doíam; infecção dos pontos da vagina; incontinência urinária; dor para urinar; dor no canal vaginal; dor perineal; dispareunia⁵⁹ e uretra alargada⁶⁰ – por causa da sonda que foi colocada durante o parto, pois a paciente estava expelindo pus em decorrência da infecção que apresentava. Todos os médicos com quem Joana se consultou após o parto indicaram a necessidade de cirurgia reparadora.

Naquele momento para Joana ter outro filho era algo fora de cogitação, em primeiro lugar, por causa da sua condição de paciente renal crônica, pois seria arriscado para a sua saúde, mas também porque ela considera a experiência muito traumática, e, segundo ela, tudo o que aconteceu teve impacto na sua vida e na de seus familiares:

“Eu esperava que meu parto fosse diferente. Eu nunca imaginei que eu ia passar pelo que eu passei: descaso, falta de cuidado, falta de estrutura... Eu tive muitos pesadelos depois com os momentos, muitos flashes do que aconteceu (...). Eu tive um parto vaginal porque a minha filha saiu pela minha vagina, mas não foi nada normal”.

Joana afirma que acreditava que seria encaminhada para uma cesárea antes de passar por tudo o que aconteceu e que pensou em abrir um processo judicial contra o hospital, mas que encontra dificuldades, pois, segundo ela:

“Mas o que eu vou alegar? Porque teoricamente eles seguiram todos os procedimentos [protocolos], eu já perguntei pra outros médicos. Como você vai dizer: ‘ele [médico] errou porque ele não fez tal coisa’? Ai vai de médico pra médico, eu realmente não sei o que fazer, se existe alguma ONG, se existe alguém pra eu acessar... Quem eu procuro pra me ajudar num caso desse?”.

Algum tempo depois da entrevista, Joana entrou em contato comigo avisando que os médicos tinham optado de fato pela cirurgia reparadora, entretanto, em janeiro de

⁵⁹ Dor durante a relação sexual.

⁶⁰ Segundo Joana, foi utilizada uma sonda uretral maior que o necessário, o que resultou em aumento considerável da uretra.

2019 tentei contato com ela para saber qual tinha sido o desfecho, mas não obtive resposta.

No início deste capítulo citei a dificuldade que tive de continuar o campo depois do relato de Joana. E disse, também, que não foi por causa do que ela me relatou sobre os procedimentos realizados porque esses eu já conhecia e inclusive tinha informações que ela desconhecia. E isso é interessante de ressaltar, pois Joana acredita que não recebeu o melhor atendimento, que houve erros por parte da equipe e critica alguns pontos em especial. Em primeiro lugar, a situação da bolsa rota, sobre a qual ela e o marido pesquisaram na internet qual deveria ser a melhor postura, e tendo descoberto que era indicado iniciar o uso de antibiótico intravenoso a partir de dezesseis horas de bolsa rota para evitar infecções, questionaram a equipe a respeito disso. Esse protocolo pode variar um pouco de um órgão para o outro, entre hospitais e profissionais. Alguns afirmam que o antibioticoprofilaxia deve iniciar com doze horas de bolsa rota, outros acreditam que o momento ideal, para gestações com idade gestacional superior a trinta e sete semanas, é com dezoito horas de bolsa rompida, e outros médicos optam por esperar mais tempo do que os protocolos indicam.

É o mesmo caso para a utilização de analgesia durante o trabalho de parto, pois a equipe médica que atendeu Joana seguiu o protocolo da “assistência humanizada”, não oferecendo esse recurso de alívio da dor antes dos 6-7cm de dilatação, pelo risco de estagnar o trabalho de parto e desencadear uma série de outras intervenções. Essa é a conduta, inclusive, das equipes particulares humanizadas do Rio de Janeiro.

Não desejo, pois, com esses questionamentos relativizar a reivindicação de Joana sobre o atendimento que recebeu, afinal, ela apresenta uma série de complicações físicas e sofrimento emocional com relação ao parto que teve. O que busco aqui ressaltar é que alguns pontos que foram compreendidos como *violência obstétrica* para Joana são considerados atualmente como as condutas médicas mais atualizadas, e que para outras mulheres não teriam sido compreendidas como violência, inclusive dentro do *movimento do parto humanizado*.

Assim, fica claro que a “violência obstétrica” é uma categoria ainda em formação, por alguns aspectos. Em primeiro lugar, se por um lado uma parcela das mulheres considera que certas práticas obstétricas são um tipo de violência contra a mulher, a partir da resignificação da experiência de parto e do aspecto moral que a *violência obstétrica* carrega, outras mulheres compreendem essas mesmas práticas como naturais ao processo de parturição.

Nesse sentido, a dor se apresenta como um aspecto interessante. Para as mulheres e suas famílias, o índice da dor e do incômodo tem grande importância no parto, a intensidade da dor as faz questionar se está tudo dentro da normalidade. Já a equipe médica está atenta a outros aspectos do trabalho de parto, muitas vezes não dando importância para a dor que a mulher está sentindo.

Um exemplo disso é o caso de Joana, que estava sentindo muita dor e não conseguia explicações sobre o porquê de tanta dor e, ao mesmo tempo, a equipe médica compreendia como parte do processo de nascimento. Como vimos, segundo Joana:

“(...) eu pedia pelo amor de Deus pra alguém ir ali me explicar o que estava acontecendo, por que eu tava passando por tanta dor, por que ninguém fazia nada? Eu tava há tantas horas ali sofrendo e só me diziam isso: ‘Ah, a gente tem que esperar’”.

A explicação que Joana pedia para a equipe médica aparece em Lévi-Strauss (1970) quando o xamã é chamado para ajudar em um parto difícil, pois a parteira já esgotou as suas possibilidades. A descrição desse processo será apresentada com mais detalhes no início do seguinte capítulo, entretanto há um aspecto que gostaria de destacar. A importância da tradição oral entre os Cuna, habitantes da República do Panamá, os levam a cantar para ajudar um parto difícil:

“Ele constitui uma medicação puramente psicológica, visto que o xamã não toca no corpo da doente e não lhe administra remédio; mas, ao mesmo tempo, ele põe em causa, direta e explicitamente, o estado patológico e sua sede: diríamos, de bom grado, que o canto constitui uma *manipulação psicológica* do órgão doente, e que a cura é esperada desta manipulação” (LÉVI-STRAUSS, 1970, p.221, grifos do autor).

Segundo Lévi-Strauss, o processo de cura começa com a narrativa de todos os detalhes dos fatos que aconteceram, como se o xamã buscasse conduzir a doente por todo processo de sua experiência. E ela cura, a partir do que o autor, chamou de “manipulação psicológica”, dessa forma, me parece interessante pensar que a reinvidicação de Joana vai no mesmo sentido do apresentado por Lévi-Strauss, a explicação dos fatos parece ocupar um lugar importante nessa situação.

Por fim, a *violência obstétrica* nos aponta para o fato de que a delimitação da própria categoria não está clara, o que se caracteriza como *violência obstétrica* não está totalmente estabelecido, variando de acordo com os grupos, como veremos a seguir.

3.2 Delimitando o que é *Violência Obstétrica* do ponto de vista nativo e o caso de Ana

Como vimos anteriormente, a noção de *violência obstétrica* vem sendo construída socialmente (cf. capítulo 1) desde, pelo menos, 2012, pois até então certas práticas da assistência ao parto – exercidas por médicos e instituições – não eram usualmente compreendidas como um tipo de violência contra a mulher, mas faziam parte do processo, sendo vistas como “normais” ao processo de nascimento.

Até 2014 a ONU não tipificava a *violência obstétrica* como violência contra a mulher. No Brasil, foi a partir da pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo⁶¹ em 2010, que o tema passou a ser discutido mais amplamente, sendo que, curiosamente, a *violência obstétrica* não era o foco da pesquisa, que tinha como título “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, tendo o termo *violência obstétrica* nem sido utilizado. As perguntas do questionário do bloco de “Saúde reprodutiva e abortamento” giram em torno da ideia de *violência*: “sofreu alguma violência no atendimento ao parto” ou “não sofreu violência no atendimento ao parto”, falando também em “despropósitos”: “ouviu algum despropósito durante o parto” ou “não ouviu despropósitos durante o parto”. Como exemplos de “despropósitos”, citados no relatório da pesquisa, temos as seguintes frases: “não chora não que ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer não chorou / não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”; “se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender”; “se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo”.

A pesquisa é considerada um marco dentro do *movimento do parto humanizado*, pois de lá pra cá muita coisa foi movimentada sobre o assunto. Segundo a Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência no parto, ou seja, 25% das mulheres afirmam que consideram que tiveram experiências “violentas” durante o trabalho de parto e parto.

⁶¹ <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>

Em países como Argentina e Venezuela, a *violência obstétrica* teve sua definição dada pela Lei 26.485/2009 e pela “*Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia da Venezuela*” respectivamente:

“A *Violência Obstétrica* se caracteriza pela apropriação do corpo e processo reprodutivo das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”.

No Brasil não há lei que preveja casos de *violência obstétrica*, entretanto, somos signatários em dois tratados internacionais para a redução da violência contra a mulher, sendo essa a base da discussão jurídica sobre a *violência obstétrica*: i) “Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher de 1979”, ratificada em 1994 pelo Brasil; e ii) “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher”, adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1994 e ratificada em 1995.

A delimitação do que é *violência obstétrica* pode variar um pouco entre os grupos, ainda não é totalmente estabelecido, mas de maneira geral pode acontecer em três momentos, a saber: i) durante a gestação; ii) durante o parto; e iii) em casos de abortamento. Para ilustrar esses momentos utilizarei o relato de Ana, moradora da Baixada Fluminense, que pariu em 2017, pelo SUS.

3.2.1 *Violência obstétrica na gestação*

Alguns grupos e instituições, como a Defensoria pública de São Paulo, falam em *violência obstétrica* ainda na gestação, sendo consideradas como tal: a dificuldade de acesso à informação no pré-natal; a peregrinação por atendimento médico; comentários pejorativos com relação à cor, raça, idade, escolaridade, características físicas, orientação sexual, excessivos exames de toque*, ofensas, humilhações e xingamentos; ameaças de qualquer tipo à mulher.

3.2.2 *Violência obstétrica no parto*

No caso da *violência obstétrica* experimentada durante trabalho de parto e parto, podemos citar, além das mencionadas anteriormente: a episiotomia de rotina; uso “*indiscriminado*” de ocitocina sintética; qualquer tipo de “*intervenção*” realizada sem o consentimento da mulher; descumprimento à lei do acompanhante*; amarrar a mulher durante o parto; tricotomia; manobra de Kristeller; enema; exames de toque frequentes e dolorosos; não permitir que a parturiente se alimente ou se hidrate durante o trabalho de parto; não permitir que a mulher vá ao banheiro; obrigar a mulher a se manter na posição ginecológica – também conhecida como posição litotômica – durante o parto; não permitir que a parturiente se movimente durante o parto ou busque posições que lhe sejam mais confortáveis para o alívio da dor; agendamento da cesárea sem “real indicação”; negativa de analgesia ou anestesia – caso seja o desejo da mulher; expressões ofensivas como “na hora de fazer não gritou”⁶², “tá chorando mas no ano que vem você tá aqui de novo”⁶³, entre outras; negativa de cirurgia cesariana quando há real indicação; agressões verbais e físicas, lesões corporais e estupro.

Conheci Ana em um grupo de discussão do Facebook sobre parto, que tem como propósito informar as mulheres sobre o parto normal, se posicionando contra cesárea eletiva ou cesárea realizada sem “indicação real”. Por isso as moderadoras do grupo reúnem muitas informações e discutem os questionamentos das mulheres, buscando informá-las para que busquem, o que é considerado pelo grupo como, “uma boa experiência de parto”. O grupo de discussão recebe muitos relatos de parto com denúncias de *violência obstétrica*, partos com desfecho positivo ou negativo, e foi assim que cheguei até o relato de Ana.

Ela postou na rede social o relato do seu trabalho de parto e parto, e me interessei, particularmente, pela “peregrinação” em busca de atendimento que ela e o marido fizeram. Assim, entrei em contato com Ana privadamente e ela aceitou conversar comigo sobre toda a sua história, que começava três anos antes do nascimento do seu filho, em outubro de 2017. Ela, que teve duas experiências de aborto e um diagnóstico que tirava totalmente a sua esperança de ter um filho, terá sua experiência relatada também no próximo tópico.

⁶² Frases como estas são frequentemente relatadas pelas mulheres nos espaços virtuais de discussão sobre parto e nascimento.

⁶³ Idem

Ana tinha 31 anos e um filho de dez meses na época da nossa entrevista em 2018. Casada com um amigo de infância, ela nunca desejou ter filhos, mas engravidou e sofreu dois abortos espontâneos, sendo a terceira gestação absolutamente saudável, da qual nasceu seu filho. Ana é formada em enfermagem, mas atua como cabelereira, é moradora de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense, e cancelou o plano de saúde após os dois abortos, pois foi dito a ela que não poderia ter filhos, diante do diagnóstico de Adenomiose. E então engravidou, optou por fazer as consultas de pré-natal com um médico particular da sua região e contratou uma doula para acompanhá-la. Como Ana desejava ter um parto natural ficou decidido, então, que iriam para a Maternidade Maria Amélia (MMA) no momento do parto.

Ao se sentir mal com 39 semanas e 5 dias de gestação, Ana buscou ajuda em dois hospitais públicos, primeiro na Maternidade Maria Amélia e mais tarde no Hospital da Mulher em Mesquita⁶⁴. Nos dois hospitais que passou no mesmo dia – um pela manhã e outro à tarde – foi compreendido que ela não estava em trabalho de parto, pois apesar das fortes contrações, ela não apresentava dilatação de colo de útero. Para Ana a atenção que recebeu em ambos os atendimentos foi considerada como *violência obstétrica*.

Sobre o atendimento na Maternidade Maria Amélia, Ana, que não teve direito ao acompanhante no atendimento relata:

“Eu cheguei na maternidade por volta de 6:40 da manhã, fui muito bem atendida, imediatamente atendida, já fui direto falar com o enfermeiro, que me encaminhou pro enfermeiro obstetra, dois amores, eles eram assim maravilhosos. A enfermeira obstetra me botou no cardiotoco⁶⁵ (...) fiquei lá por uma hora e vinte (...). A médica me chamou e eu cheguei na sala e tava essa médica, um estagiário de medicina e tinha uma outra médica sentada no computador. Entrei na sala e dei bom dia e só o estagiário me cumprimentou. Aí ela falou pra mim: ‘tira a calcinha e deita na maca’. Eu tava com muita dor, eu não conseguia sentar na maca, não conseguia deitar. E ela: ‘Bora, Ana! Eu tô com pressa, deita na maca!’. O rapaz que me ajudou a

⁶⁴ Existe a possibilidade de se tratar do Hospital da Mãe de Mesquita, Ana não sabia dizer ao certo.

⁶⁵ Cardiotocografia é um exame não invasivo no qual são fixadas duas faixas na barriga da mulher para avaliar a intensidade das contrações de colo uterino e a frequência cardíaca do bebê.

deitar. Aí ela falou assim pra ele: ‘vou dar um toque⁶⁶ nela e depois eu deixo você dar’. Aí eu já pensei: ‘como assim ela deixa ele dar? Quem tem que deixar sou eu, né?!’. Só que eu tava muito fragilizada no momento e devido aos abortos anteriores, fica sempre aquele medinho no fundo de que alguma coisa vai sair errada. Aí ela falou assim pra mim: ‘você fuma?’, porque eu fumo. Ela foi e mediu a minha barriga e disse assim pra menina: ‘ah, altura uterina tá 33’. Eu achei estranho porque na minha última consulta pré-natal a minha altura uterina era 38, eu já pensei que tinha alguma coisa errada. Aí o rapaz falou: ‘mas 33 não é pequeno pra 39 semanas?’, ela falou: ‘ela é fumante. Filho de fumante nasce tudo raquítico’. Ela perguntou onde eu morava e eu disse que morava em Nova Iguaçu, ela falou: ‘quem mandou você pro centro do Rio?’. Eu falei que tinha uma doula e que ela me indicou. Então, ela disse: ‘lá onde você mora tem o Mariana Bulhões⁶⁷, quando você quiser parir você vai pra lá’. Aí eu falei pra ela: ‘é porque o hospital aqui é referência [de parto humanizado]’, ela falou que era pro Centro do Rio. Ela me deu o toque e falou: ‘você não tem nem meio de dilatação, desce daí’ (...), eu perguntei como eu não tinha dilatação porque a dor tava insuportável, ela falou assim pra mim: ‘você não sabe nem o que é uma dor de parto. Você não tem dinheiro pra pagar uma doula? Então, você vai pra sua casa, paga a sua doula, pede pra ela fazer uma massagenzinha no seu bumbum e quando você realmente tiver em trabalho de parto, você vai procurar o Mariana Bulhões, não volta pra cá não’. Eu tava lá ainda com as pernas todas abertas, a maca ficava de frente pra porta, aí ela arreganhou a porta do corredor e me deixou lá toda exposta e já começou a chamar uma outra paciente, o rapaz me ajudou a descer da maca e eu sai de lá sem calcinha mesmo porque não deu nem tempo de colocar a calcinha”.

Então, Ana voltou pra casa e continuava com fortes dores, a família começou a se preocupar e pediram que ela fosse novamente para o hospital na parte da tarde, com relação ao Hospital da Mulher, ela afirmou:

⁶⁶ Exame de toque.

⁶⁷ Maternidade Mariana Bulhões em Moquetá, Nova Iguaçu.

“A médica me atendeu quase quatro horas da tarde. Eu não sei o nome dessa médica, é uma coroa. E ela foi me atender e perguntou com quanto tempo eu tava, aí eu falei tô com 39 semanas e 5 dias hoje. Aí ela falou: “Tá doendo desde quando?”. Aí eu fui e expliquei pra ela, aí ela: “É, mas vai doer”. Aí eu falei: “Eu tô vomitando muito, eu já tô fraca”. Aí ela: “A partir de agora tudo o que você comer e beber você vai vomitar, é melhor você não beber nem água porque você vai botar pra fora”. Aí ela falou: “Vamos lá que eu vou te examinar. Aí ela foi me dar toque, quando ela me deu o toque, ela me arrancou um coágulo, uma bolha de sangue, eu não sei nem o que que foi aquilo... um pedaço de carne... uma coisa muito estranha. E que dor insuportável. A dor foi tanta que quando ela arrancou aqui de mim eu me mijeí na hora e vomitei simultaneamente. Foi ao mesmo tempo. E eu fiquei com muita vergonha e não tinha nada pra forrar na maca, mas eu tava de vestido longo, então o vestido tava por baixo de mim. E como eu me urinei, o vestido virou uma poça de urina. Aí ela falou pra mim: “Minha filha, você não tá em trabalho de parto não. Você não tem nada de dilatação”. Ela falou assim: “Você vai começar a ter dor de parto lá pra segunda feira hoje ainda é sábado”. Aí eu falei pra ela: “Não é possível, eu tô com muita dor, a dor tá muito insuportável, não é possível que não seja trabalho de parto”. Aí ela falou assim pra mim: “Você não tá com dor nenhuma, você é que é fraca! Você pode ir pra casa e ficar tranquila porque esse neném não vai nascer não”. E assim, quando eu vomitei eu falei pro meu marido: “Pega um pano de chão”, porque eu queria limpar o chão porque eu fiquei com vergonha. Aí ela falou: “Não precisa limpar o chão não porque eu vou chamar a faxineira pra limpar”. Aí eu falei: “Mas sujou tudo...”. Aí ela: “Sujou porque você tá passando mal e quer beber suco de manga... Eu já falei pra você, não é pra você beber nada. Olha só o que você fez”. Ainda me mostrando como se eu tivesse vomitado de propósito”.

Naquele mesmo dia o filho de Ana nasceu por volta de nove da noite, no terceiro hospital em que buscou atendimento, o Hospital da Mulher Heloneida Stuart, em São João de Meriti, na Baixada Fluminense. Ana estava em busca de um atendimento

“humanizado”, tinha conhecimento sobre o assunto, por isso contratou uma doula para acompanhá-la e optou por ir para MMA por ser uma maternidade referência para esse tipo de assistência. Assim, quando a médica a atendeu na emergência do MMA, o primeiro hospital que procurou pela manhã, e avisou para o médico residente, que acompanhava o atendimento, que faria o exame de toque e depois deixaria fazer também, fica claro que para Ana, a experiência do parto carregava os valores ressignificados do *parto humanizado*, pois, mesmo que só mentalmente, ela questionou a fala da médica: “*como assim ela deixa ele dar? Quem tem que deixar sou eu, né?!*”. Entretanto, como se sentia em uma situação de vulnerabilidade, sem o direito ao acompanhante respeitado, achou melhor aceitar os dois exames de toque. No final das contas eles não aconteceram, pois quando a médica percebeu que ela não tinha dilatação de colo do útero, disse para o residente que não valeria a pena ele fazer o exame.

Na experiência que teve no hospital em que esteve na parte da tarde, naquele mesmo dia, o segundo hospital que procurou atendimento, durante o toque, a médica “*arrancou um coágulo, um pedaço de carne*”, e naquele momento Ana urinou e vomitou ao mesmo tempo, apresentando dor extrema. O “*pedaço de carne*”, pode ter sido o tampão mucoso* ou a médica pode ter feito o descolamento de membranas*, Ana não sabe informar porque não foi explicado para ela do que se tratava, mas não há nenhum “*pedaço de carne*” para ser arrancado nessa situação. Ela se queixa do tratamento grosseiro que recebeu, do descaso e do deboche por estar sentindo dor.

3.2.3 Violência obstétrica em situações de abortamento

Já em *situações de abortamento* são consideradas as práticas como *violência obstétrica* quando: o profissional de saúde questiona a causa do aborto – se foi provocado ou não; o profissional de saúde condiciona o atendimento à confissão de um eventual aborto provocado; existem ameaças, acusações e culpabilização da mulher pelo aborto; realização de procedimentos invasivos e dolorosos sem o consentimento da mulher ou sem anestesia. Além dos casos em que o profissional de saúde ou instituição condiciona o atendimento à presença de um policial militar, com o intuito de uma confissão, fazendo com que a espera pela chegada da polícia aumente as chances de prejuízos à vida da mulher em situação de abortamento – sendo ele provocado ou não.

Apesar de não ser o objetivo apresentado nessa tese, tendo em vista que minha proposta é trabalhar com a noção de *violência obstétrica* no parto, Ana me trouxe o

relato do que considerou como violento em uma situação de aborto. Como dito anteriormente, ela sofreu dois abortos espontâneos dentro do período de um ano (8 de novembro de 2015 e 8 de novembro de 2016) e buscou atendimento médico nas duas ocasiões no mesmo hospital público de Mesquita, na Baixada Fluminense. Nas duas experiências ela conta que a equipe médica insinuou que ela teria provocado os abortos e relata o atendimento da médica no caso do aborto de 2016:

“Eu fui de novo pra esse Hospital da Mãe em Mesquita porque eu não tinha... aí já era começo de novembro. Porque eu não tinha mais o convênio e então nós fomos pra lá. Chegou lá e eles ficaram o tempo todo insinuando que eu tinha provocado o aborto, disseram assim: “você já teve aqui antes com histórico de aborto...” Aí eu falei: “É, mas aborto espontâneo”, mostrei os exames aí ficaram assim, né? Aí eu esperei bastante pra ser atendida novamente, aí passei na triagem, esperei mais um tempão a médica. E por coincidência a médica que me atendeu foi a mesma que me atendeu no aborto anterior. E mais coincidência ainda foi no dia 8 de novembro, fazia exatamente um ano que eu tinha perdido o bebê. Ela me atendeu mal do mesmo jeito e falou: “Nossa, tem um ano que você teve aqui com aborto...”. Aí eu falei: “É...”, aí ela: “E por que você perde tanto filho?”. Eu falei pra ela que tinha esse problema [Adenomiose⁶⁸], ela fez uma cara de quem não acreditou muito (...).”

Essa passagem do relato de Ana nos mostra que a médica ao atendê-la pela segunda vez não acreditou que o aborto tinha sido espontâneo, ultrapassando os limites médicos, tecendo uma avaliação moral sobre a paciente. As situações de aborto englobam uma prática médica carregada de avaliações morais, fazendo com que predomine a dimensão moral sobre a dimensão técnica, quando o atendimento é condicionado a uma confissão, quando não é oferecida assistência adequada por ser caso de aborto, ou ainda nos casos em que as mulheres são expostas a humilhações em situações de abortamento – provocados ou não. E não apenas nesses casos, tampouco somente em casos de *violência obstétrica*.

⁶⁸ Ana tinha sido diagnosticada com Adenomiose, condição que reduzia muito as chances de engravidar e de levar uma gestação à termo.

Segundo Valpassos (2018) o aborto é um tabu, uma “questão proibida ou interdita”, que coloca dificuldades à sua abordagem. Envolvida por uma moralidade, a questão é condenada por diferentes grupos e provoca tensões éticas, oposição de valores nos quais o conflito é inevitável, gerando recriminações das pessoas que têm histórias de abortos provocados ou não. O que fica claro no relato de Ana é que há sempre a desconfiança de que o aborto foi provocado pela mulher, e ainda que a questão ultrapasse a configuração de um crime, o que está em jogo é a moralidade da questão, segundo Valpassos:

“Num dos casos, a mulher decidiu fazer o aborto, apesar de seu namorado, com quem ela queria terminar, insistir que ela tivesse o filho e deixasse que ele o criasse mesmo que fosse sozinho. Ela não aceitou a proposta e, por meses, procurou um meio para realizar o aborto. Quando enfim teve acesso aos medicamentos, sua gestação já tinha cerca de seis meses. Ela chegou ao hospital sangrando muito, num processo de parto. Nesse caso, o que ela deu à luz foi, poderíamos dizer, uma criança já formada que durante alguns minutos agonizou diante dos olhares de reprovação de médicos e enfermeiras” (VALPASSOS, 2018, p. 51).

O autor traz dados da pesquisa de Diniz e Medeiros (2010), que afirma que 15% das mulheres entre 18 e 39 anos já fizeram ao menos um aborto ao longo de suas vidas. E, segundo dados do SUS, no período de 1995 e 2007, os 238.646 casos de internação foram decorrentes de curetagem pós-aborto, procedimento que se destacou em todos os anos como a maior causa de internação de pacientes (VALPASSOS, 2018, p. 55).

3.2.4 Violência Obstétrica com o recém-nascido

Em outubro de 2015, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em parceria com outras instituições em defesa dos direitos das mulheres, distribuiu trinta mil exemplares de uma cartilha intitulada como “Conversando Sobre *Violência Obstétrica*”. Em vinte e duas páginas da cartilha, há informações sobre o que é *violência obstétrica*, como identificar se a mulher foi vítima de *violência obstétrica*, sobre procedimentos que atualmente são considerados como “desnecessários”, riscos da cesárea, sobre o programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde, como

evitar a *violência obstétrica*, sobre o plano de parto, lei do acompanhante e como denunciar.

Segundo a cartilha distribuída pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo:

“A *violência obstétrica* é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos. O grande desafio no enfrentamento à *violência obstétrica* é que ela, em nossa sociedade, é percebida como normal. Algumas mulheres acreditam que o parto é um processo sofrido e, por esta razão, não se surpreendem quando vivenciam uma experiência ruim. O que elas não sabem é que o parto pode ser uma experiência muito boa e, com a ajuda de todas, podemos mudar este modelo que às vezes é ofensivo e que machuca”.

(Fonte: *Conversando sobre violência obstétrica*. Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015.)⁶⁹

Na cartilha, também se fala em *violência obstétrica* com o recém-nascido, para nomear um conjunto de práticas de atenção ao neonato em instituições de saúde contrárias aos ideais de um *nascimento respeitoso* para o bebê. Costumam ser questionadas a separação entre mãe e bebê na primeira hora de vida, dificultando o contato pele a pele entre mãe e bebê, para casos em que o bebê está em boas condições; a temperatura e claridade da sala de parto são compreendidas como uma mudança muito abrupta para o recém-nascido; aspirações gástricas e das vias aéreas sem necessidade; manter o bebê no berçário ou incubadora, longe da mãe, sem real indicação médica; utilização do colírio de nitrato de prata de forma indiscriminada; clampeamento precoce do cordão umbilical⁷⁰; quando nasce de uma cesárea “desnecessária”, sendo privado do trabalho de parto; quando nasce de um parto “violento”; quando é realizada a manobra

⁶⁹Disponível em

http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf; Acesso em 12/06/2019.

⁷⁰ Segundo a *Medicina Baseada em Evidências* o clampeamento tardio do cordão umbilical, isso é, quando o médico espera de 1 a 3 minutos após o nascimento para cortar o cordão, faz com que passe mais sangue da placenta para o recém-nascido, o que pode diminuir a possibilidade de anemia até o 6º mês de vida. Segundo estudos, postergar demasiado o clampeamento do cordão pode aumentar as taxas de Bilirrubina no sangue, causando icterícia do recém-nascido.

de Kristeller; e quando não há incentivo à amamentação na primeira hora de vida. Esses procedimentos vêm sendo, ao longo dos anos, cada vez mais questionados pelas pacientes, médicos, instituições e órgãos do governo. Na verdade, algo que começou a ser questionado na década de 1960 com Leboyer (1996) ganhou novos contornos a partir do trabalho de Michel Odent (2000, 2002, 2018) e hoje tem novos significados dentro da representação de *assistência humanizada* ao neonato, que também é imbuída de valor moral, no qual as parturientes e seus acompanhantes são instrumentalizados de reivindicações ao saber médico.

3.3 Mortalidade materna e neonatal

A presente tese deseja dar conta da discussão em torno da construção social da noção de *violência obstétrica* no parto, assim, é importante ressaltar que a *violência obstétrica* passa a ser compreendida como uma questão de saúde pública tendo em vista que, segundo a OMS, as maiores taxas de mortalidade materna são hemorragias (27%) e infecções (11%), consequências que poderiam ser minimizadas diante de uma assistência obstétrica segura e adequada para todas as mulheres, caracterizada agora como *violência obstétrica*. No capítulo anterior foi apresentado o posicionamento do CREMERJ, que não reconhece a noção de *violência obstétrica* e compreende as altas taxas de mortalidade materna e neonatal como decorrência de um “modelo obstétrico ideologizado”, que coloca em risco mãe e bebê.

No Brasil, temos altos índices de mortalidade materna e neonatal, que impedem que o país avance para o cumprimento internacional das *Metas do Milênio*, em especial com as metas 4 e 5 que dizem respeito a promover a igualdade entre os sexos, a autonomia das mulheres e reduzir a mortalidade na infância. A partir dos dados da “Pesquisa Nascer no Brasil” – que adiante será apresentada mais detalhadamente – realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, Lansky (2014) traz um estudo de corte sobre a mortalidade neonatal a partir de entrevistas e avaliação de 23.940 prontuários de puérperas, entre fevereiro de 2011 a outubro de 2012 e nos apresenta a taxa de mortalidade neonatal de 11,1 por mil nascidos vivos. Com maior concentração nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas, os principais fatores associados ao óbito neonatal foram o baixo peso ao nascer, o risco gestacional e as condições do recém-nascido. A bibliografia indica que as principais causas de morte neonatal são: prematuridade; malformação congênita, asfixia intraparto; infecções

perinatais e fatores maternos. A autora compreende a assistência pré-natal prestada como inadequada – a peregrinação das gestantes em busca de hospitais que as atendessem para o parto – e a atenção ao parto não satisfatória – nascimento de bebês com peso inferior a 1.500g, hospitais sem UTI neonatal –, pois 1/3 dos casos de óbitos neonatais se devem a prematuridade. Segundo Lanksy as principais causas de óbito fetal, situações em que as mortes são consideradas preveníveis, são por asfixia intraparto em recém-nascidos a termo e por prematuridade tardia⁷¹, casos que somam 23% do total de óbitos.

Já a mortalidade materna é de 61 mulheres por cem mil nascidos vivos (Nascer no Brasil, 2014) tendo em vista que a OMS considera como alta a taxa de 50 mulheres por cem mil nascidos vivos, o que nos aponta que o Brasil tem muito a avançar no que diz respeito à saúde das mulheres, segundo SOUSA (2015), *“hemorragias e infecções que podem levar à morte, na grande maioria das vezes são causadas por procedimentos obstétricos inadequados, obsoletos, invasivos e violentos – prática que atualmente vem sendo denominada como violência obstétrica”* (SOUSA, 2015, p.7). Assim, para o movimento do parto humanizado, a violência no parto é o que coloca em risco a vida da mulher, pois passa a ser considerada como uma “má assistência”, que vem aumentando as taxas de mortalidade materna e neonatal.

3.4 O caso Alyne Pimentel

Muitas vezes as mulheres em situação de abortamento não conseguem acesso ao atendimento que pode salvar suas vidas. Um caso que ficou muito conhecido foi o que aconteceu com a carioca Alyne Pimentel⁷². Em 2002, Alyne, uma jovem mulher negra de 28 anos, de baixa renda, grávida de 27 semanas de gestação, ao se sentir mal buscou um hospital particular para ser atendida, pois apresentava vômitos e fortes dores abdominais. Após ser medicada, foi liberada pelo hospital, entretanto, não teve melhora. Dois dias depois voltou ao mesmo hospital e foi constatado que o feto estava morto. Induziram o parto, entretanto a placenta só foi removida cirurgicamente 14 horas mais tarde. Alyne então, teve uma grave hemorragia e decidiu-se que seria transferida para

⁷¹ Prematuridade tardia era o termo utilizado para bebês prematuros que nasceram entre 34 e 36 semanas e 6 dias de gestação. Atualmente, a prematuridade tardia ou termo precoce diz respeito aos bebês que nascem entre 37 e 38 semanas de gestação.

⁷² Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>; Acesso em 14/05/2019.

um hospital público da baixada fluminense. Apenas o Hospital Geral de Nova Iguaçu a aceitou e a ambulância levou oito horas para fazer sua remoção do hospital particular, que não encaminhou qualquer documentação sobre o estado de saúde da jovem. Por falta de leito, Alyne demorou muito para ser atendida, entrou em coma e faleceu 5 dias após buscar ajuda pela primeira vez (SILVA, 2015).

O caso de Alyne Pimentel foi levado para o Comitê Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher das Nações Unidas (CEDAW), e em 2014 o Brasil foi condenado pela morte da jovem, sendo obrigado a indenizar a família de Alyne. Trata-se da primeira vez em que o Comitê CEDAW tratou o tema da mortalidade materna como violação dos direitos humanos em âmbito internacional (ibidem). Esse caso traz, além da omissão de socorro, uma denúncia grave de subnotificação dos casos de mortalidade materna, já que por mortalidade materna compreende-se a partir da OMS, como a “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou situação da gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais” (OMS – Classificação Internacional de Doenças – CID-10). Segundo SOUSA (2015), o atestado de óbito de Alyne Pimentel aponta como causa da morte uma hemorragia digestiva, e a notificação incorreta de mortalidade materna pelo profissional de saúde constitui crime como previsto no artigo 269 do Código Penal.

3.5 Primeira ação de “violência obstétrica” no Brasil: o caso Ana Paula Garcia

A primeira ação de *violência obstétrica* no Brasil, foi o caso de *Ana Paula Garcia*, que deu seu depoimento no documentário *A Violência Obstétrica: A voz das brasileiras*⁷³. O documentário foi produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum e Armando Rapchan. A partir de depoimentos de mulheres, gravados de maneira caseira com webcam, celular e máquina fotográfica, o documentário traz relatos de diversas situações que foram consideradas, pelas próprias mulheres, como violência ao longo de todo o processo de gestação e parto.

⁷³ Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>; Acesso em 7/06/2019.

Essas mulheres relatam também situações de humilhação, excesso de toque vaginal durante o trabalho de parto (por exemplo, relatos em que o médico e todos os residentes fizeram exames de toque em sequência na mesma mulher), descumprimento da lei do acompanhante, episiotomias, uso de ocitocina sintética, monitoramento fetal com cardiotocografia durante todo o trabalho de parto – nesse exame a mulher não pode se mexer para que os médicos consigam monitorar os batimentos do bebê e a eficácia das contrações uterinas –, tricotomia, anestesia sem consentimento da mulher, privação de água e comida, amniotomia, sedação, cesáreas indesejadas, condições hospitalares ruins e a impossibilidade da mãe ter contato com o bebê imediatamente após o parto. Importante ressaltar que muitos desses procedimentos foram realizados sem o consentimento da parturiente.

O caso da mineira Ana Paula Garcia, como dito anteriormente, foi a primeira ação que pleiteia reparação por danos provocados pela *violência obstétrica* no Brasil. Ana Paula afirma que, em maio de 2012, com 34 semanas de gestação, do momento em que entrou na maternidade particular até o nascimento de sua filha se passaram 40 minutos. O parto foi feito às pressas, com a equipe plantonista do hospital, e foram realizadas anestesia e episiotomia contra a sua vontade, já que Ana Paula pediu que os procedimentos não fossem realizados. Quando a bebê nasceu rapidamente a levaram, sem que ela pudesse tocá-la e a deixaram sozinha na sala de parto por horas, enquanto seu marido tentava saber alguma informação sobre o estado de saúde da filha. Mais tarde ela foi levada para um quarto compartilhado, com pacientes que realizaram procedimentos ginecológicos, mesmo tendo direito a um quarto pelo plano de saúde, e foi quando recebeu a informação, pelo marido, de que sua filha tinha morrido. Ana Paula foi embora do hospital 24 horas depois sem receber qualquer explicação a respeito do que tinha acontecido.

O processo de indenização por dano moral ainda está em andamento e transita na 21ª Vara Cível da cidade de Belo Horizonte desde janeiro de 2013, tendo como réus do processo os médicos, o hospital e o plano de saúde:

“Cuidam os autos de Ação de Indenização proposta por Ana Paula Garcia da Silva em face de Helton Barroso Drey; Cláudio Roberto Alves; Ana Lúcia de Cassia Santos Pereira; Raquel Shamash, Carmen Maria Wurtz; Eliane Fontoura; Casa de Saúde e Maternidade Santa Fé LTDA. e UNIMED BH Cooperativa de Trabalho Médico LTDA., em

que alega a parte autora, em síntese: que foi vítima de maus tratos, desprezo, desrespeito e mau atendimento médico no dia 18/04/2012; que deu entrada no hospital Casa de Saúde e Maternidade Santa Fé LTDA. naquela data, onde encontrava-se a autora em trabalho de parto; que durante o período em que esteve naquele hospital foi vítima de inúmeras formas de desrespeito e má prestação de serviço pela equipe médica pela qual foi atendida; que em razão da má prestação de serviço sentiu-se por diversas vezes desamparada e desrespeitada; que durante o parto foi submetida a *violência obstétrica*, bem como, a procedimentos médicos os quais não tinha autorizado; que logo após o parto sua filha veio a falecer e que não obteve dos responsáveis qualquer amparo psicológico; que a ré UNIMED BH Cooperativa de Trabalho Médico LTDA. sabendo do falecimento de sua filha, enviou à autora um cartão de inclusão em plano de saúde da criança falecida; que a empresa ré entrou em contato com a autora para marcar uma consulta domiciliar para acompanhamento dos primeiros tratos com a filha já falecida”⁷⁴.

O processo de Ana Paula Garcia ainda está em andamento e sua última atualização data de abril de 2019. No processo que está disponível na internet, fala-se que a autora foi “submetida a *violência obstétrica*, bem como, a procedimentos médicos aos quais não tinha autorizado” – anestesia e episiotomia – entretanto, apesar do juiz utilizar o termo, não fica claro o que está sendo considerado como *violência obstétrica* nesse caso.

3.6 Capacitação em *Violência Obstétrica* para profissionais do direito

Em maio de 2016 participei da “Capacitação em *Violência Obstétrica* para profissionais do direito”, oferecida pela ONG Artemis de São Paulo, que aconteceu, no Rio de Janeiro, na “Nossa Casa”, um espaço voltado para atendimento pré-natal de *parto humanizado* com obstetras e parteiras, além de ser também um espaço de informação e onde diversos cursos aconteciam. Foi necessário enviar um e-mail solicitando a autorização da minha presença por não ser advogada e fui questionada

⁷⁴ Disponível em

https://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_complemento.jsp?comrCodigo=24&numero=1&listaProcessos=13030628; Acesso em 20/06/2019.

sobre o meu interesse pelo tema, dessa forma, me apresentei como aluna do doutorado do PPGA/UFF e minha participação foi autorizada e apreciada. A capacitação teve duração de dois dias e o público era composto por profissionais do direito que tiveram algum tipo de contato com a experiência de parto, como mulheres que já pariram, pais e também uma outra antropóloga de São Paulo, em formação, como eu, estava presente. Além disso, assistiram ao curso duas doulas que eram vinculadas à “Nossa Casa”.

O curso foi marcado por muitos relatos emocionados de experiências pessoais e de experiências com terceiros e foi ministrado por duas advogadas da ONG Artemis, Valéria Souza e Ana Lúcia Keunecke. A Artemis é uma organização que trabalha com a defesa dos direitos adquiridos e representação legal das demandas das mulheres, atuando basicamente em casos de violência doméstica e *violência obstétrica*.

O primeiro dia de curso teve como objetivo informar sobre o que era a *violência obstétrica*, quais as práticas que a caracterizavam e suas consequências. Assim, partimos da definição de *violência obstétrica* utilizada, que já foi citada anteriormente nesse capítulo, da Venezuela, da Argentina e do México e foram consideradas como formas de *violência obstétrica*: indução de parto* (quando não há necessidade); amniotomia; uso de ocitocina sintética; episiotomia; manobra de Kristeller; uso de Fórceps; negativa de analgesia para parto normal; *cesárea desnecessária*; e maus tratos, agressões e xingamentos. O curso tratou basicamente dos casos de *violência obstétrica* no parto e em casos de abortamento, trazendo a delimitação do que é *violência obstétrica* para a ONG Artemis e os recursos e limitações que os advogados têm quando estão à frente de uma ação desse tipo.

Segundo a ONG Artemis, a *violência obstétrica* é uma violência de gênero, fruto de uma cultura machista que enxerga o corpo feminino como defeituoso, incapaz e os procedimentos médicos (intervenções no parto) aparecem como maneira de comprovar a incapacidade da mulher. E para elas, a *violência obstétrica* é “caso a caso”, o que significa dizer que, por exemplo, uma situação de indução de parto pode ser compreendida como *violência obstétrica* se não houver a real indicação para tal, entretanto, quando há indicação essa intervenção tem justificativa e não se caracteriza como uma forma de violência no parto.

Além disso, falávamos até agora no presente texto que a *violência obstétrica* é mais frequentemente associada a gestação, ao parto e em situações de abortamento, entretanto, as ativistas da ONG Artemis propõem a ampliação dessa lista para: na gestação; no parto; pós-parto imediato*; durante todo o puerpério*; durante o

aleitamento materno; no planejamento familiar; quando a paciente busca métodos contraceptivos; em caso de aborto legal (até 22 semanas); em casos de abortamento (espontâneo até 22 semanas de gestação); e em situações de feto natimorto (após 22 semanas de gestação). Ou seja, é, segundo a Artemis, *violência obstétrica* qualquer tipo de violência física ou moral que aconteça nos momentos da vida reprodutiva em que a mulher busca ajuda junto aos profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, doulas, psicólogos, pediatras, em instituições privadas ou públicas, ainda que as ministrantes do curso nos apontem que os tipos de violência são diferentes entre as esferas pública e privada.

Durante o curso foram apresentados dados que afirmam que a mortalidade materna está relacionada com altos índices de cesárea e que 98% das mortes maternas são evitáveis (*Pesquisa Nascer no Brasil*, 2012) com uma assistência de melhor qualidade. A Lei do Acompanhante foi produto da *CPI das Mortes Maternas* de 2000, pois foi considerada uma medida de segurança para reduzir a mortalidade materna, além do fato de que o acompanhante é testemunha, ainda que o marido, por exemplo, tenha peso probatório baixo, nesse caso, em uma ação judicial, ele passa a contribuir como informante. A doula aparece também como uma estratégia para reduzir a mortalidade materna, pois auxilia a mulher durante o parto, oferecendo formas não-farmacológicas de alívio da dor*, dando segurança para a mulher e diminuindo, assim, a necessidade de intervenção médica. Foi nesse momento, após a *CPI da Mortalidade Materna* que a política de atenção começou a mudar.

Além disso, o bebê também sofre consequências de uma má assistência, seja com os altos índices de prematuridade, com as internações em UTI Neonatal, com o risco de morbidade e mortalidade* do neonato e a separação de mãe e bebê após o parto, fazendo com que a legislação⁷⁵ seja descumprida.

De acordo com as advogadas, por não haver legislação específica para *violência obstétrica*, a base de toda a argumentação se dá em torno dos Direitos Humanos, que são compreendidos como universais – para todos, sem discriminação –, indivisíveis – não são garantidos parcialmente – e inalienáveis – não poder ser negociados, inclusive a OMS reconhece a *violência obstétrica* como uma violação de Direitos Humanos. Além disso, o Brasil é signatário de tratados internacionais que podem ser utilizados como base da defesa, já que quando o país é signatário em tratados internacionais, estes têm

⁷⁵ Portaria 371 de 7 de maio de 2014 do Ministério da Saúde.

força de emenda constitucional, estando acima do código penal, como é o caso da *Convenção Interamericana de Belém do Pará* de 9 de junho de 1994, por exemplo. E o Brasil é signatário de alguns tratados que não falam em *violência obstétrica*, mas podem ser utilizados para embasar ações, pois tratam dos direitos das mulheres, como na *Convenção do Pará*:

“Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

- a. ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b. ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
- c. perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra”.

(Convenção de Belém do Pará de 1994).

O segundo dia de curso teve um foco maior para o processo jurídico, quais as ferramentas disponíveis, possibilidades de embasamento da ação, conhecimento dos limites e fraquezas das ações e ainda uma parte informativa. Não vou citar as informações mais específicas do Direito, pois apesar de considerar a esfera jurídica importante, analisá-la foge do escopo da minha pesquisa, entretanto, destacarei algumas informações que julguei interessantes para o debate. Em primeiro lugar, me chamou bastante atenção o fato de que a *violência obstétrica* não deve ser considerada como erro médico e sim como violação dos Direitos Humanos, o que não é tão simples de se compreender, pois, segundo o site do Conselho Federal de Medicina:

“*Erro médico é o dano provocado no paciente pela ação ou inação do médico, no exercício da profissão, e sem a intenção de cometê-lo. Há três possibilidades de suscitar o dano e alcançar o erro: imprudência, imperícia e negligência. Esta, a negligência, consiste*

*em não fazer o que deveria ser feito; a imprudência consiste em fazer o que não deveria ser feito e a imperícia em fazer mal o que deveria ser bem feito. Isto traduzido em linguagem mais simples”.*⁷⁶

Ou seja, grande parte das intervenções compreendidas como *violência obstétrica* poderiam ser vistas como imprudência, imperícia e/ou negligência, e, assim, consideradas como um erro médico. E ainda, o texto do CFM fala em “sem a intenção de cometê-lo”, que é o que torna mais complexa a questão da *violência obstétrica*, como provar que houve imprudência em uma situação de episiotomia, por exemplo. Entretanto, o que a ONG Artemis tenta trazer para o debate é que a *violência obstétrica* é uma violação dos Direitos Humanos, é violência de gênero, contra a mulher, pois assim se dá menos espaço para a “justificativa” dos casos de *violência obstétrica*.

Outra questão importante diz respeito a como se prova a *violência obstétrica* em uma ação judicial. Evidentemente, com perícia. Entretanto, como provar uma situação de Manobra de Kristeller, por exemplo, é uma questão. Aí reside a dificuldade dos processos de *violência obstétrica*, além dos prontuários médicos com informações distintas das quais as mulheres relatam, como no caso de Joana.

Como vimos no capítulo 1, em 2001, o Timor-Leste registrava 382 casos de violência doméstica, e segundo o relatório da UNPOL, esse número dobrou em 2002 para 853, passando a compor 15,3% dos casos no relatório por tipo de crime (SIMIÃO, 2015). De 2001 para 2002 os homens não se tornaram mais violentos, mas as mulheres passaram a compreender a violência doméstica como uma agressão carregada de valor moral e o que era uma “ferramenta para restaurar o comportamento desejado”, passa a ser compreendido – a partir das referências estrangeiras, que orientavam o plano de modernização do Timor – como violência doméstica. Nesse processo, fez-se necessário qualificar os agentes do Estado para receber as denúncias de violência doméstica, em um cenário em que vigoravam os costumes tradicionais e as formas locais de justiça, que envolviam muito mais do que simplesmente penalizar o culpado. É exatamente o que vem acontecendo com relação a construção da *violência obstétrica* no Brasil, pois assim como ONG Artemis, que oferece a capacitação para profissionais do Direito regularmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, Escolas de Magistraturas pelo país passaram a oferecer curso para os Juízes a respeito do tema. Nesse sentido, algumas

⁷⁶ Disponível em http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/parteiverromédico.htm; Acesso em 22/06/2019.

regiões do país já apresentam legislação própria para casos de *violência obstétrica*, como vimos anteriormente, ainda que não haja até o momento uma lei que valha para todo o território nacional.

3.7 O caso Adelir

Pensando a respeito desse processo de atualização sobre violência obstétrica para agentes do Estado, temos outro caso que ganhou destaque em 2014. Na madrugada do dia 1º de abril de 2014, Adelir Carmen Lemos de Góes, cigana, grávida, de 29 anos, dona de casa, moradora da cidade de Torres, no Rio Grande do Sul, já era mãe de dois filhos nascidos de cesariana e desejava um parto normal como desfecho dessa gestação, tendo sido obrigada a realizar um cesariana por determinação judicial.

Com 40 semanas de gestação, na tarde do dia 31 de março, acompanhada pelo marido e por uma doula e já sentindo as primeiras contrações do trabalho de parto, Adelir foi a um hospital público para ser avaliada, já que se queixava de dores na lombar. Durante o atendimento, a médica obstetra que a atendeu, realizou uma série de exames que constataram que a mãe e o bebê estavam bem. A médica argumentou que seria necessária uma cesárea, pois o bebê estava pélvico* e pelo fato de a parturiente já ter realizado duas cesáreas anteriores, o que foi questionado pela paciente, pois na última ultra que havia sido feita o bebê não estava nessa posição. Adelir, que estava acompanhada por sua doula e já era familiarizada com o *movimento do parto humanizado*, recusou a internação e assinou um termo de responsabilidade, pois desejava voltar para casa e esperar o trabalho de parto evoluir – o que se trata de uma estratégia das ativistas do *parto humanizado* para evitar “intervenções desnecessárias”

No entanto, na madrugada do dia 1º de abril, a parturiente estava em casa, já em franco trabalho de parto, esperando o momento “certo” para ir para o hospital, quando um grupo de policiais bateu à porta de sua casa e comunicou que ela deveria ser levada imediatamente para o hospital. Com uma ambulância a postos, eles tinham em mãos uma ordem judicial, que obrigava Adelir a ir com escolta policial imediatamente para o hospital para que fosse realizada uma cirurgia cesariana de emergência, com o intuito de “proteger a vida do nascituro”, ainda que ferisse os direitos da mãe.

O marido da parturiente foi ameaçado de prisão na frente dos filhos mais velhos e a parturiente aceitou ir para o hospital, entretanto, questionou se não poderia ir a outro hospital, pois sentiu medo de passar por maus-tratos diante da situação, e teve seu

pedido recusado. Então, a cesárea foi realizada, Adelir não teve direito a acompanhante durante o parto, e desta maneira, o hospital infringiu a Lei Federal 11.108/2005, tendo ainda sido chamada de “irresponsável” pela médica durante a cirurgia cesariana. No caso de Adelir, a presidência da república reconheceu o que ela sofreu como *violência obstétrica* e violação de Direitos Humanos⁷⁷.

Imediatamente, ativistas do *movimento do parto humanizado* se organizaram e divulgaram amplamente o caso com a hashtag “#SOMOSTODXSADELIR” e, assim, foi convocado o ato nacional “Somos Todxs Adelir – Ato contra a *violência obstétrica*”, no dia 11 de abril de 2014, que aconteceu em 32 cidades do país, além de manifestações em frente as embaixadas brasileiras de 10 países (Inglaterra, Espanha, Chile, Qatar, Colômbia, Irlanda, Bélgica, Suíça, EUA e Hungria).



(Fonte: <https://somostodxsadelir.wordpress.com/>)

⁷⁷ <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/agendams/33850-governo-federal-manifesta-solidariedade-a-adelir-carmem-lemos-de-goes>

Na imagem de divulgação do evento, vemos uma mulher chorando, com as mãos algemadas, com uma cicatriz do peito e outra na barriga, da cirurgia cesariana, que ilustra as reivindicações do ato, direcionadas à violação dos direitos humanos e reprodutivos, basicamente no que se baseia a caracterização da *violência obstétrica*.

O processo⁷⁸ de Adelir corre na 2ª Vara Cível de Torres (RS) desde 2017, onde ela processa as médicas envolvidas no atendimento e o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, e pleiteia a indenização no valor R\$50.000,00. Até o momento, o Juiz da vara solicitou perícia e indicou um médico perito responsável.

3.8 Pesquisa Nascer no Brasil

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” foi a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a atenção ao parto e nascimento no Brasil. A pesquisa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz entrevistou 23.894 mulheres e foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas (instituições privadas conveniadas ao SUS), incluindo 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios do país – capitais e cidades do interior de todos os estados. Ainda que não fale em *violência obstétrica*, esse amplo material foi largamente divulgado e serve de apoio para muitas ações do *movimento do parto humanizado*, como mais uma ferramenta de questionamento sobre o atual modelo obstétrico no Brasil e, também, como um material robusto de pesquisa que foi coordenado por uma instituição de peso no país, que oferece recursos para legitimar a ideia de violência no parto, trazendo para o debate os valores da assistência humanizada, tornando-se assim, um problema público.

O material de divulgação da pesquisa, intitulado “Sumário Executivo Temático da Pesquisa”, finaliza com a seguinte conclusão:

“Como conclusão geral, as mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento. As de mais elevado nível social sofrem maior número de intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas da

⁷⁸ <http://www.tjrs.jus.br/busca/?tb=proc>

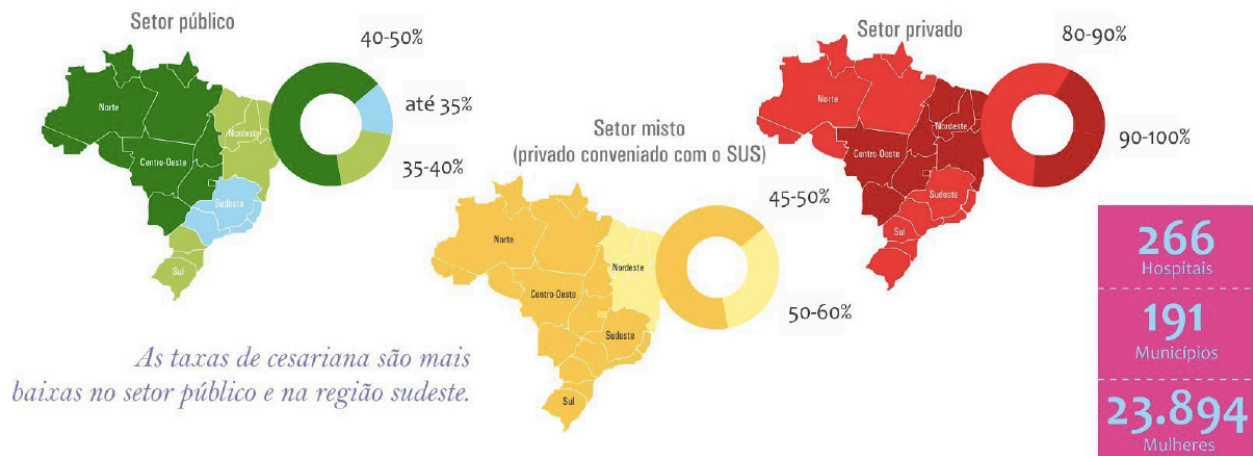
sua situação social. As mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a parto extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida. Têm piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral, indicando a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país”.

Os dados foram coletados entre fevereiro de 2011 a outubro de 2012 e a pesquisa buscou compreender as intervenções obstétricas; os altos índices de cirurgias cesarianas; a motivação das mulheres para a opção pelo tipo de parto; as complicações médicas no pós-parto e no período neonatal; além das estruturas das instituições hospitalares.

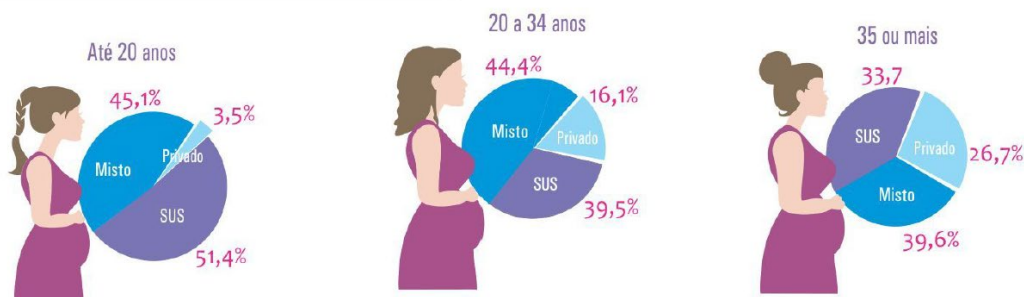
A pesquisa traz informações a respeito da peregrinação por hospitais durante o trabalho de parto, tendo como principal motivo a ausência de recursos médicos para a assistência. Um quinto das mulheres procurou atendimento em mais de uma instituição, o que aumenta os riscos de complicações para mãe e para o bebê. Outra questão importante é a desigualdade geográfica, na qual muitas vezes os hospitais não dispõem de leitos suficientes para UTI Neonatal e Adulto, ocasionando assim a necessidade de deslocamento para o parto. E ainda uma parcela significativa de maternidades não dispunha de conjunto completo de medicamentos e equipamentos mínimos necessários para os casos de emergência, seja para a mulher ou para o recém-nascido. Além disso, as informações contidas nos prontuários médicos muitas vezes não são compatíveis com os relatos das mulheres nas entrevistas, assinalando assim, um preenchimento inconsistente dos prontuários.

A maioria das mulheres afirma desejar um parto vaginal no início da gestação, compondo um grupo de quase 70% de brasileiras, entretanto as taxas de cesárea apresentadas pela pesquisa alcançam 52%, sendo que esse número sobe para 88% se olharmos apenas para as instituições privadas. Segundo o “Sumário Executivo Temático da Pesquisa”, esses números são injustificáveis clinicamente, as cesáreas eletivas elevam os riscos de morbidade e mortalidade* materna e aumentam os gastos com a saúde. Os altos índices de cesárea também trazem repercussão para o neonato, pois, de acordo com a pesquisa, isso traz consequências para o desenvolvimento intrauterino e sobre a saúde da criança a longo prazo, já que foram associados riscos como obesidade, diabetes, asma, alergia e outras doenças não-transmissíveis.

Taxa de cesariana segundo região brasileira e tipo de serviço de saúde

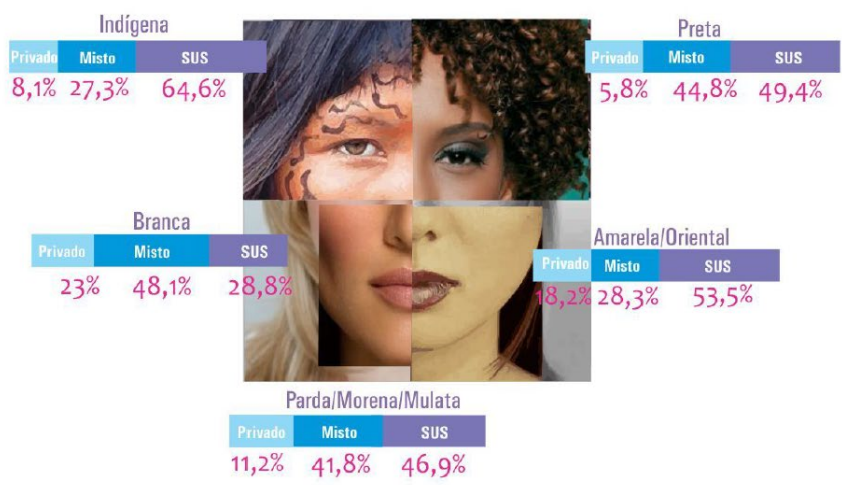


Uso de serviços de saúde segundo a idade materna

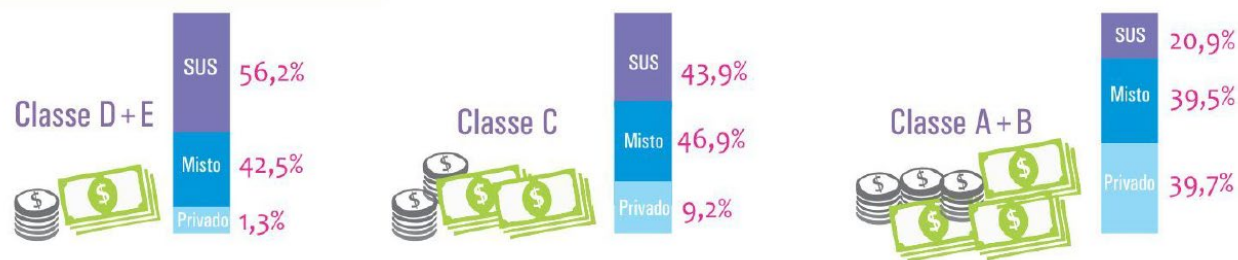


Uso de serviços de saúde de acordo com a cor da pele materna

As mulheres de cor preta são as que menos usam os serviços privados de saúde.

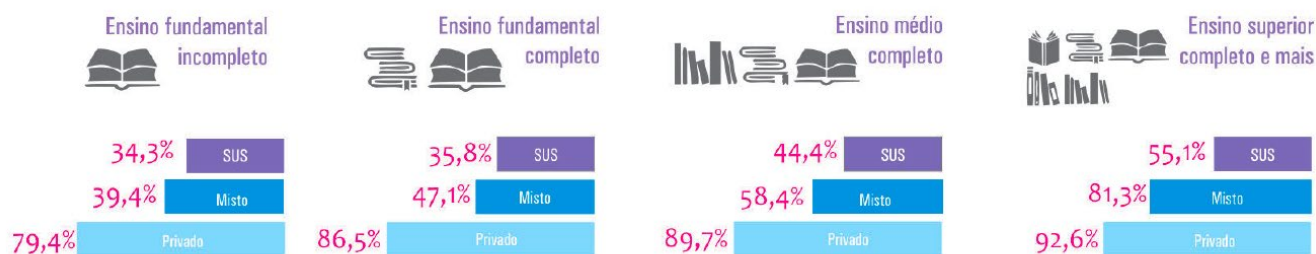


Uso de serviços de saúde de acordo com a classe econômica materna

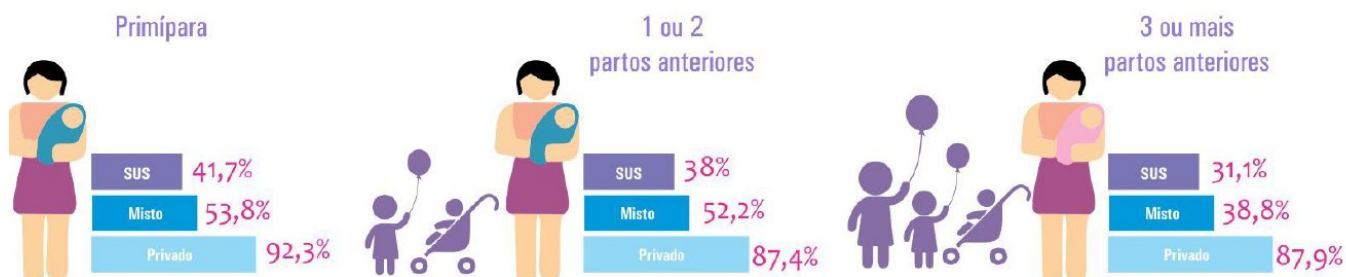


Taxa de cesariana segundo escolaridade materna e tipo de serviço de saúde

Quanto mais anos de estudo da mulher, menor a chance de um parto normal.



Taxa de cesariana segundo paridade e tipo de serviço de saúde



Há uma iniquidade reversa na taxa de cesariana, maior nas mulheres de melhor nível socioeconômico e nas usuárias do setor privado de saúde.

(http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/10/infografico_6.pdf)

Parte importante da pesquisa diz respeito à assistência às adolescentes, já que representam 19% do total das mulheres, sendo que 71% das jovens são negras ou pardas. Elas também passam frequentemente por cirurgias cesarianas, com o índice de 42%, e compõem um grupo desfavorável com relação às adultas, já que dois terços

estão com atraso escolar ou fora da escola, pertencendo às classes mais baixas da população.

Com relação ao parto vaginal, a pesquisa apontou que existe uma prevalência de um modelo mais medicalizado do parto, sendo que apenas 5% das mulheres pariu sem intervenções – de maneira natural ou fisiológica. A maioria foi submetida a excessivas intervenções como: não poder se movimentar livremente em trabalho de parto; não tiveram direito de se alimentar; uso de ocitocina sintética; foram submetidas à episiotomia; pariram em posição ginecológica, muitas vezes com algum profissional realizando a manobra de Kristeller. Para a pesquisa, essas práticas, sem indicação, causam dor e sofrimento desnecessários e são desaconselhadas.

A lei do acompanhante foi cumprida em 75% dos casos e foi considerado um ponto positivo, apesar de não ter sido implantada em todas as instituições e embora apenas 20% das mulheres tenham tido a presença contínua de um acompanhante, sendo as mulheres brancas com maior renda e escolaridade, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas o grupo que mais teve acesso ao direito ao acompanhante.

Como dito anteriormente, quase 70% das mulheres desejavam um parto vaginal, porém as altas taxas de cesariana apontam na direção oposta, segundo a publicação:

“Outro achado positivo da pesquisa foi que a maioria das mulheres brasileiras, quase 70% delas, desejava um parto vaginal no início da gravidez. Entretanto, poucas foram apoiadas em sua opção pelo parto vaginal: nos serviços privados, esse valor foi de apenas 15% para aquelas que estavam em seu primeiro parto. Um terço das mulheres que optaram por uma cesariana desde o início da gestação referiu o medo da dor do parto como a principal razão para a escolha desse tipo de parto. Embora a preferência inicial pelo parto vaginal fosse maior, observou-se que, ao longo da gravidez, houve uma mudança da decisão em relação ao tipo de parto, que não pode ser explicado pela ocorrência de problemas e complicações. Isso sugere que a orientação no pré-parto pode estar induzindo a maior aceitação da cesariana”.

A pesquisa aponta para o fato de que ainda se tem a ideia de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”, por isso, apenas 15% das mulheres tiveram parto normal após uma cesárea (VBAC ou PNAC*), sendo que o parto normal reduz os riscos para a mulher comparado com uma nova cirurgia cesariana.

Os resultados da pesquisa indicam que 11,3% dos recém-nascidos foram prematuros, ou seja, nasceram antes das 37 semanas de gestação. Entretanto, 35% dos bebês nasceram entre 37 e 38 semanas de gestação, e, ainda que não sejam considerados prematuros – são chamados de prematuro tardio ou termo precoce – segundo a “Pesquisa Nascer no Brasil” são bebês que poderiam se beneficiar se tivessem tido a chance de chegar às 39 semanas de gestação ou mais, pois, assim, poderiam ganhar mais peso e maturidade. A pesquisa ainda compreende que esse número elevado de bebês que nasceram entre 37 e 38 semanas de gestação – segundo a pesquisa “epidemia de nascidos com 37 ou 38 semanas no Brasil” – se dá ao grande número de cesáreas no país, o que eles afirmam ser “preocupante”, pois apesar de muitos bebês não apresentarem problemas por nascerem antes das 39 semanas, já existem estudos que afirmam que são essas crianças as mais expostas às internações em UTI Neonatal, que necessitam mais frequentemente de suporte ventilatório pra respirar e maiores riscos de morbidade e mortalidade.

Outro ponto alto da pesquisa diz respeito aos cuidados com o neonato saudável, a termo, ainda na sala de parto e na primeira hora de vida. Para a pesquisa, muitas práticas consideradas ultrapassadas ainda estão em uso e as boas práticas ainda não foram incorporadas, por isso apresentamos altas taxas de aspiração das vias aéreas superiores com 77% no Sudeste, e aspiração gástrica que variou entre 34% no Nordeste a 48% no Centro-Oeste. Além disso, a pesquisa também cita as taxas de uso de oxigênio inalatório, de incubadora e a separação precoce de mãe e bebê, que também foram consideradas altas. A separação mãe-bebê foi maior em casos de cesáreas do que em partos vaginais e com maior percentual entre regiões e grupos populacionais de maior poder aquisitivo, o que traz, segundo a pesquisa, uma contradição entre o acesso às melhores práticas médicas e as classes econômicas.

Atualmente no Brasil, segundo a pesquisa, morrem 61 mulheres por 100 mil nascidos vivos, de fato, apresentamos melhoras nesses números desde 1990, entretanto, ele ainda é três a quatro vezes maior do que os encontrados em países desenvolvidos, no início da década de 2010. A ideia de near miss materno* foi estabelecida pela OMS como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação”. A incidência de near miss materno foi de 10,2 por mil nascidos vivos, valor três vezes maior do que os coeficientes de países europeus, sendo a maior taxa observada no grupo de mulheres com mais 35 anos e com cesáreas anteriores. Outro ponto importante de incidência de

near miss materno foi para os casos em que a mulher procurou internação, para o momento do parto, em três ou mais serviços.

A pesquisa trata também do conceito de near miss para o período neonatal, chamado de taxa de morbidade neonatal near miss*, sendo entendida como: “uma doença ou problema de saúde que o recém-nascido enfrentou e que quase provocou a sua morte”. A taxa de morbidade neonatal near miss, alcançou, na pesquisa, 39,2 bebês por mil nascidos vivos, ou seja, três vezes e meia a taxa de mortalidade neonatal, que chegou a 11,1 por mil nascidos vivos. A pesquisa conclui que os que nasceram nas capitais dos estados, em hospitais públicos e por cesariana foram os bebês que tiveram maior morbidade neonatal near miss. E complementa:

“A mortalidade neonatal, neste estudo, esteve associada ao baixo peso ao nascer, ao risco gestacional e à inadequação da atenção ao pré-natal e ao parto, indicando uma qualidade não satisfatória da assistência. Lacunas na organização da rede de atenção obstétrica e neonatal também contribuíram para a ocorrência de óbitos que foram mais frequentes em filhos de gestantes que peregrinaram para a atenção ao parto e em crianças nascidas com peso inferior a 1500 g, em hospitais sem UTI neonatal. Óbitos de recém-nascidos a termo por asfíxia intraparto e prematuridade tardia demonstram qualidade inadequada da atenção hospitalar, uma vez que esses óbitos seriam evitáveis pela melhoria da atenção. As taxas de mortalidade neonatal foram mais altas nas Regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas, desafio ainda importante para a redução das iniquidades no país”.

Outro tema importante abordado na pesquisa foi a saúde mental das mulheres, que pôde ser acompanhada já que a pesquisa entrevistou 90 puérperas em cada hospital, com tempo de permanência de pelo menos sete dias, abrangendo assim as mulheres que pariram de dia, de noite, em finais de semana e feriados. Além disso, foram coletados dados dos prontuários das mulheres e dos bebês, assim como dos cartões de pré-natal. Posteriormente, duas novas entrevistas foram realizadas, por telefone, com as mulheres. Sendo a primeira após o 45º dia de puerpério, e a segunda entre 6 e 18 meses após o parto. A depressão pós-parto, chamada no estudo de “depressão materna”, atingiu 26% das mulheres entre 6 e 18 meses após o parto, sendo que o grupo mais afetado era composto por mulheres de baixa condição social e econômica – das pardas e indígenas,

das mulheres sem companheiros, que não desejavam a gravidez e já tinham três ou mais filhos. Além disso, a pesquisa destaca a insatisfação com o atendimento prestado à mãe e ao bebê durante a internação como fator associado à depressão materna.

As mulheres pretas ou pardas, de baixa classe social e escolaridade, residentes nas regiões Norte e Nordeste, que tiveram um parto vaginal, majoritariamente atendidas no setor público compõem o grupo que relatou ter a menor satisfação com relação à assistência recebida.

3.9 *Violência Obstétrica com mulheres negras e o caso de Rafaela Cristina*

A “Pesquisa Nascer no Brasil” deu origem a uma série de estudos em que se analisam todos os tipos de dados provenientes da pesquisa. Em Leal et al (2017) temos acesso às questões relativas à discriminação racial que aparecem na “Pesquisa Nascer no Brasil”. Segundo os autores, de acordo com a pesquisa, as mulheres pretas ou pardas são as que têm menor exposição ao uso de ocitocina sintética, episiotomia e cesárea, afirmando ainda que isso poderia ser compreendido como a utilização das “boas práticas de assistência” ao parto orientadas pelo Ministério da Saúde, entretanto, diante do modelo excessivamente intervencionista, se sabe que as práticas, que são hoje consideradas pelo Ministério da Saúde como ultrapassadas, não só estão em vigor, como ainda são compreendidas como “boas práticas”.

As mulheres pretas ou pardas, como aponta a pesquisa, se diferenciam das brancas por apresentarem prevalências mais altas de parto pós-termo, ainda que 35% dos nascimentos ocorram entre 37 e 38 semanas de gestação e 11,3% de partos prematuros. São elas que têm pré-natal com menor número de consultas – sendo recomendado pelo Ministério da Saúde o mínimo de 6 consultas de pré-natal – e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientação, o que faz com que sejam essas as mulheres que mais peregrinam para parir. Para Leal et al (2017) isso indica um “racismo internalizado” no sistema de saúde, que penaliza às mulheres negras e pardas. Esse racismo ainda está relacionado com o menor uso de analgesia entre as mulheres negras, que segundo os autores, dentro dos serviços de saúde o negro é visto como “mais resistente à dor”, dispensando formas de alívio para a dor. Além disso, os autores destacam que durante a “Pesquisa Nascer no Brasil” houve um relato por parte da equipe médica em uma instituição do Rio de Janeiro que afirmou

que a “mulher negra tem melhor adequação da pelve para parir”, fato que justificaria a não utilização de analgesia.

Como citado anteriormente, as mulheres que mais foram beneficiadas com a Lei do Acompanhante, foram as mulheres brancas do setor privado de saúde que fizeram cesárea, o contraponto é que as mulheres pretas e pardas foram as que mais tiveram o direito ao acompanhante violado. E ainda, são as mulheres negras as que apresentam maior prevalência de depressão pós-parto e desfechos negativos com os recém-nascidos.

O estudo cita também as limitações da “Pesquisa Nascer no Brasil” no tocante às questões étnico-raciais, já que em primeiro lugar, não foi uma pesquisa pensada para investigar as expressões do racismo na atenção à gestação e ao parto no Brasil, não havendo assim, escalas para mensuração de discriminação. Em segundo lugar, a autoclassificação quanto à cor/raça deixa lacunas na pesquisa, fazendo com que os autores acreditem que seria necessário a classificação pela perspectiva dos profissionais de saúde – heteroclassificação –, pois, segundo eles, existem estudos que apontam para diferenças importantes, no plano individual, ao se comparar a auto e a heteroclassificação, com destaque para a categoria parda. E, por último, os autores destacam que não foram contemplados alguns segmentos da população, como é o caso das mulheres indígenas. A conclusão dos autores ao final do artigo é de que a melhoria da qualidade da atenção à saúde implica na eliminação de iniquidades. É importante ressaltar que em nenhum momento a expressão *violência obstétrica* é citada no texto.

A jornalista Mariana Sales produziu um documentário sobre a *violência obstétrica* vivenciada pelas mulheres negras, como resultado do seu trabalho de conclusão de curso pela FACOM da UFBA, em 2017. O documentário “A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras”, traz relatos de mulheres que se sentiram violentadas na assistência ao pré-natal, parto ou situações de abortamento e as falas de profissionais da área da saúde sobre a assistência oferecida nas instituições públicas de Salvador.

Cinco mulheres negras relatam suas experiências de falta de assistência, de solidão, ameaça, demora no atendimento, comentários agressivos, grosseiros, constrangedores, peregrinação para atendimento no pré-natal e para o parto, intervenções desnecessárias, falta de intervenções necessárias, condições hospitalares precárias e repercussão psicológica das experiências vividas. Além disso, as falas das profissionais no documentário reitera os relatos dessas mulheres, pois são citadas situações em que a mulher tem hemorragia e não recebe assistência dentro do ambiente

hospitalar, a demora no atendimento adequado que pode gerar morte do feto, da mulher ou de ambos, agressões físicas por parte dos médicos, o abandono que experimentam as mulheres em caso de abortamento, a falta de leitos e de material nos hospitais e a intransigência médica que resulta em um acompanhamento inadequado. E são as mulheres negras que têm menos tempo de consulta pré-natal, as que esperam mais para serem atendidas, as que recebem menos analgesia e menos intervenções necessárias.

Para todas as profissionais de saúde que aparecem no documentário o problema da assistência à saúde poderia ser resolvido com melhoria na atenção, mudanças no comportamento dos profissionais e atendimento adequado baseado nas diretrizes que orienta o Ministério de Saúde. Ainda que falte para o material desenvolver mais a questão do racismo dentro da saúde, fica claro que essas práticas acontecem com todas as mulheres, porém as mulheres negras estão expostas a situações mais dramáticas.

O documentário faz referência ao caso de Rafaela Cristina Souza dos Santos, de 15 anos, negra, moradora da periferia da cidade do Rio de Janeiro. No dia 24 de abril de 2015, Rafaela deu entrada no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, em Bangu, mas só foi atendida três horas depois. Segundo os familiares, a equipe médica tentou induzir o parto normal, das três da manhã até as duas da tarde, quando Rafaela teve uma convulsão e foi então encaminhada para a cirurgia cesariana. A adolescente que apresentava pressão alta e pré-eclâmpsia, teve ruptura uterina, hemorragia e aspirou vômito, quando então foi transferida para um hospital com unidade intensiva de tratamento. Rafaela tinha todas as consultas de pré-natal, morreu no dia 25 de abril de 2015 e nunca lhe foi solicitado durante o pré-natal um exame de urina, que seria capaz de identificar o risco para pré-eclâmpsia.^{79 80 81}

A partir de todos os dados apresentados nesse capítulo, que, obviamente, não contempla tudo o que vem sendo produzido no país sobre *violência obstétrica*, podemos compreender que esta é uma categoria em formação porque não há delimitação absoluta do que é *violência obstétrica*. Para uma parte da sociedade ela acontece na gestação, no parto e em casos de abortamento, outras pessoas e instituições consideram também a *violência* com o recém-nascido, e ainda há um grupo que afirma que a *violência obstétrica* pode acontecer em qualquer situação relacionada com a saúde reprodutiva da

⁷⁹ <http://fopir.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Dossie-Mulheres-Negras-.pdf>

⁸⁰ <http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/4312-Mortalidade-materna-DPRJ-cobra-apuracao-para-caso-de-jovem>

⁸¹ <http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/4312-Mortalidade-materna-DPRJ-cobra-apuracao-para-caso-de-jovem>

mulher, além, é claro, do grupo que não legitima a *violência obstétrica*. Ou seja, existe a construção de um campo de interlocução que traz os valores do *parto humanizado* como princípio, se opondo ao modelo obstétrico vigente, que passa a ser criticado e compreendido como “desnecessário” e, também, como “violação dos direitos humanos”, e justamente por ser um processo social de construção da categoria não há uma unidade nacional de regulação legal, existindo apenas normas pulverizadas pelo país.

Capítulo 4 – Quando o feiticeiro perde a sua magia

4.1 Desafiando a autoridade médica

O médico sempre ocupou o lugar de quem detém o saber, pois é ele quem tem o conhecimento necessário para avaliar o que é melhor para o seu paciente, mesmo que para o paciente aquilo não seja o melhor pra ele. Evidentemente, que nem todos os médicos e pacientes se relacionam desta forma com a medicina, há médicos que buscam compreender as necessidades dos seus pacientes, inclusive sob um aspecto de suporte emocional. E, por outro lado, existem pacientes que não acreditam na ciência, além, daqueles que mesmo acreditando, questionam as práticas médicas e não confiam em “qualquer” médico. De qualquer maneira, é comum que o médico seja representado no imaginário da sociedade como uma autoridade.

Com a popularização do *parto humanizado* e da *medicina baseada em evidências*, que são iniciativas também da classe médica, esse saber passou a ser questionado pelas parturientes e suas famílias. A ampliação do acesso dos leigos ao saber médico, seja por grupos de discussão, artigos científicos, documentários, programas de televisão ou matérias de jornais, impactou na forma como as mulheres atualmente compreendem o parto.

O médico já não tem mais aquele saber quase que esotérico, ele passou a ser questionado em sua prática e em sua autoridade quando as mulheres – que tiveram seus ideais de experiência de parto ressignificados pela humanização do nascimento – munidas de “evidências científicas sólidas” – oriundas da *medicina baseada em evidências* passam a não aceitar “intervenções desnecessárias e de rotina” e o modelo atual de assistência ao parto.

Como vimos no capítulo 1 não foi sempre assim e não é assim na totalidade dos atendimentos, tendo em vista que observamos ao longo do texto alguns exemplos de que essa é uma reivindicação dos ativistas do *parto humanizado*. Como no caso de Suzana (cf. capítulo 1) as intervenções foram realizadas e não houve nenhuma questão quanto a isso, pois o médico afirmou que a episiotomia era necessária e para ela a avaliação do médico era suficiente. Já Alice (cf. capítulo 2) tirou as mãos do médico que tentava realizar a manobra de kristeller e se levantou da cama, afirmando que “*essa técnica nem era mais utilizada*”.

Esse cenário, como muitos antropólogos já fizeram, me remete a Lévi-Strauss (1970), em “O feiticeiro e a sua magia”, texto no qual ele fala sobre os efeitos das práticas dos xamãs sobre os seus doentes:

“Não há, pois, razão de duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam à cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça”. (LÉVI-STRAUSS, 1970, p.194).

Obviamente, não podemos perder de vista que ciência e feitiçaria não são a mesma coisa, mas podemos traçar dois paralelos com Lévi-Strauss. Em primeiro lugar, pensando o médico como o detentor de um saber “mágico”, afinal, só ele tem o conhecimento técnico e oferece uma prática médica que hoje pode ser compreendida como *violência obstétrica* por um grupo de pessoas, mas que até então, as mulheres de forma geral compreendiam-nas como normal ao processo de parturição, compreendendo que a orientação e a “ajuda” do médico era o melhor para elas. O médico é o feiticeiro que acredita na sua magia – pois sim, ele acredita que esse modelo de parto é o melhor, para ele e para as mulheres –, as parturientes como o doente de Lévi-Strauss, que creem na magia do médico e o coletivo que legitima ou rejeita essa relação. Evidentemente que independente da crença a ciência pode funcionar, mas ela desempenha um papel importante na legitimação do saber médico.

Outra possibilidade de reflexão me remete ao texto da mesma obra do autor, “A eficácia simbólica” (1970), texto no qual o autor aborda a situação entre os *Cuna*, habitantes da República do Panamá, em que a parteira se vê diante de um parto complicado e traz o xamã para a cena do parto, que canta para ajudar no parto difícil. A ideia é que o xamã precisa chegar à morada de *Muu*, que seria a potência responsável pela formação do feto. O parto difícil seria *Muu* se apoderando da alma ou *purba* da futura mãe, por isso, o canto consiste na busca pelo *purba* perdido. Quando o xamã vence *Muu*, ela liberta a alma da doente e o parto acontece. A cura acontece porque “a

doente acredita nela, e ela é membro de uma sociedade que acredita” (p. 228), e assim ela sara.

Pensando no tema proposto na presente tese, podemos refletir sobre o caso das mulheres que, já tendo ressignificado a experiência do parto a partir do ideário do *parto humanizado*, são incentivadas a questionar esse “saber absoluto”. Elas passam a, simplesmente, não aceitarem o que o saber médico acredita ser melhor para elas, pois estão, a partir da *medicina baseada em evidências*, “respaldadas por evidências científicas” sólidas, que amplamente questionam as diversas intervenções no parto, as colocando em um lugar em que a magia não tem mais efeito, elas não “saram”, elas sofrem com a dimensão moral que foi atribuída à *violência obstétrica*. O feiticeiro perdeu, então, a sua magia.

A crítica à prática médica basicamente deriva de dois eixos centrais. Em primeiro lugar, os altos índices de cirurgias cesarianas eletivas no país estariam relacionados com a conveniência médica, segundo Carneiro (2015):

“Segundo aqueles que tentam explicar esse fenômeno relacionado ao excessivo número de cesáreas, por meio desse procedimento o profissional é bem mais renumerado e precisa ficar menos tempo à disposição da parturiente. Primeiro, porque se paga mais por esse tipo de intervenção; segundo, porque o tempo de dedicação é menor, o que permite ao médico realizar um número mais elevado de procedimentos, o que é impensável no caso de parto natural, em que se pode ter de esperar muito mais tempo. Haveria também o temor de processos judiciais por erro médico, circulando a ideia de que o médico corre mais riscos de ser processado por um parto natural do que por uma cesariana, que é percebida como a realização de todo o possível e necessário procedimento tecnológico e profissional. Outra explicação é a de que os médicos estariam condicionados a enxergar o parto como cirurgia, sendo isso resultado da prática do ensino médico no Brasil. Ou ainda, a perspectiva de que a realização de uma cesárea necessita de outra cesárea, exposta em expressões populares como ‘uma vez cesárea, sempre cesárea’, dado o risco de ruptura uterina”. (CARNEIRO, 2015, p. 46-47).

Ainda que muitos médicos justifiquem os altos índices de cesárea no país pela ideia de que é a mulher que não deseja sentir dor, questão que voltaremos adiante, existe a cobrança pela taxa de disponibilidade para o parto, compreendida pela ANS como uma cobrança indevida dentro dos planos de saúde. E também foi a partir da Resolução Normativa 368/2015⁸² da ANS e do Ministério da Saúde que deu o direito ao acesso aos percentuais de cirurgias cesarianas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico às beneficiárias dos planos. Assim, as mulheres se organizaram e montaram listas a partir dessas informações, por região com os percentuais de cesáreas dos médicos conveniados. As listas são facilmente encontradas na internet⁸³. A resolução (RN 368/2015 – ANS) também dava conta do cartão da gestante, do registro médico do parto, através do partograma⁸⁴ – quando na ausência do mesmo, a apresentação de relatório médico – que deveria ser preenchido corretamente com a justificativa para a escolha da cirurgia cesariana, com o risco do plano de saúde não pagar o médico. Caso esse não fosse capaz de justificar a opção pela cesárea, segundo o artigo 9º: “considera-se parte integrante do processo de pagamento do procedimento parto, o partograma citado no Art. 8º desta Resolução Normativa”.

Além disso, temos a iniciativa, também da ANS, do “Parto Adequado”, já citada anteriormente, que tem como objetivo reduzir as taxas de cesárea no país e a Resolução 2144/2017 do CFM, que compreende ético o dever do médico de atender a demanda da paciente pela escolha da cesárea eletiva, entretanto, somente após a 39ª semana de gestação, a fim de reduzir os riscos da prematuridade para o bebê.

⁸² Resolução normativa 368/2015 nos Anexos da tese.

⁸³ Lista dos médicos conveniados aos planos de saúde na cidade do Rio de Janeiro, baseada em dados de 2014: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1T3WLJnHJKsDmWYqFZPJ8jR6GDdNb-MXc4IOkaI6ruM/edit?pli=1#gid=0>

⁸⁴ O partograma é um documento no qual a equipe médica registra todas as informações importantes do trabalho de parto e que auxilia na identificação de partos disfuncionais.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 2.144, DE 17 DE MARÇO DE 2016

É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, embasado no exposto acima:

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com os ditames da sua consciência e as previsões legais, o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;

CONSIDERANDO que o médico pode alegar autonomia profissional e se recusar a praticar atos médicos com os quais não concorda, ressalvados os casos de risco de morte do paciente, devendo sempre que possível encaminhá-lo para outro colega.

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Art. 34 do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (Art. 22 do CEM);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 17 de março de 2016, resolve:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Art. 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

(Publicação da resolução 2144/2016 do CFM no Diário Oficial da União em 22 de junho de 2016)

Ou seja, uma das principais críticas gira em torno da comodidade médica pela realização da cesárea e fica claro que existem algumas iniciativas que buscam conter os altos índices de cesárea no Brasil. Além disso, por parte dos médicos, as significativas taxas de cesárea são frequentemente justificadas pela livre escolha da paciente, segundo FAÚNDES & CECATTI (1991), a partir dos relatos médicos:

“As razões por que as mulheres preferem a cesárea ao parto vaginal seriam de dois tipos. Um é o medo da dor durante o trabalho de parto e o parto. A idéia é que uma cesárea eletiva, decidida com antecedência para dia e hora marcados, permitirá à mulher um parto sem qualquer dor, desde que receba também fortes analgésicos depois da cirurgia.

O outro é o conceito de que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, enquanto que o parto vaginal produz perda acentuada da função do coito normal. Esta interpretação um tanto mecânica da fisiologia da relação sexual tem sido encorajada até por famosos e distinguidos professores de obstetrícia, que transmitem estas idéias aos seus alunos, a ponto de ter

se tornado um conceito prevalente entre médicos e pacientes (...). Outro fator cultural importante é o conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea. Assim, um mau resultado neonatal é muitas vezes atribuído ao fato do médico não se ter decidido por uma cesárea, ao invés de um parto vaginal. Se uma morte neonatal ocorre após uma cesárea, será considerado que ocorreu ‘apesar’ da ‘sábia’ decisão de se realizar uma cesárea, mas nunca associada ao tipo de parto. Por outro lado, se um recém-nascido morre depois de um parto com fórcepe, a morte será sempre atribuída ao uso de fórcepe e não às circunstâncias que levaram a esta indicação de extração fetal. Esta crença popular torna-se um fator importante na decisão do obstetra quanto ao tipo de parto”. (FAÚNDES & CECATTI, 1991, p.p 155)

A ausência da experiência da dor, o “melhor funcionamento” da vagina e do períneo e a segurança do procedimento cirúrgico seriam, então, as justificativas das mulheres pela cesariana eletiva. Entretanto, a “Pesquisa Nascer no Brasil” (2014) afirma que 70% das mulheres entrevistadas desejava no início da gestação um parto vaginal, e esse valor quando comparado aos 52% de cesáreas realizadas é interpretado pela pesquisa como um mudança que não poderia ser justificada pela ocorrência de problemas e complicações, mas sugere que as mulheres estariam sendo induzidas à cesariana durante o pré-natal.

Carneiro (2015) compreende que os principais fatores para as altas taxas de cesárea no Brasil seriam: “conveniência e a segurança do profissional de saúde; os fatores institucionais ligados ao pagamento da cesárea e à exclusão do uso da anestesia na rede SUS; a esterilização cirúrgica durante as cesáreas eletivas ou ligamento de trompas; o medo do parto normal, das lesões perineais e da dor do parto, bem como a crença de que o parto vaginal é mais arriscado que o abdominal” (CARNEIRO, 2015, p. 45). Nesse cenário é importante destacar que a opção pela cirurgia cesariana se tornou o padrão da via de nascimento e foi transmitida inclusive para os médicos a ideia de que se trata de um procedimento seguro, indolor, rápido, mais moderno (CARNEIRO, 2015) e mais controlado, impactando diretamente na escolha das mulheres.

A segunda crítica à prática médica se dá com relação aos excessos de intervenções realizadas durante o parto normal. Todos os tipos de intervenção já foram

citados diversas vezes ao longo do texto, de modo que não acredito ser necessário repeti-los, entretanto, essas intervenções são recursos para acelerar o trabalho de parto.

O lugar que o médico passa a ocupar nas relações com os ativistas tem sido um lugar de bastante desconforto e de receios para os médicos. Certa vez, encontrei com uma recém-formada em medicina que desejava fazer a residência em ginecologia e obstetrícia. Naquela ocasião, não estava em campo, aliás, muitos foram os momentos em que eu não estava em campo, mas tinha a sensação de que nunca conseguia me desligar do meu objeto de pesquisa, até porque sempre era questionada quanto ao tema da tese. E, frequentemente, as pessoas narravam experiências e pediam explicações, na expectativa de que eu tecesse considerações a respeito da experiência contada e “diagnosticasse” se foi um caso de *violência obstétrica* ou não. Em outras situações esperavam que eu narrasse para elas algum tipo de *violência obstétrica* experimentado por mim, gerando, inclusive, desapontamentos quando eu afirmava que em minhas duas experiências de parto não vivenciei nenhum tipo de violência.

Mas, voltando à recém-formada em medicina, achei curioso o receio que ela me relatava com as práticas “humanizadas” e mais do que isso, do pânico que sentia com a possibilidade de ser processada por alguma paciente, me relatando, por exemplo, histórias de agressão por parte do marido da parturiente ao médico em sala de parto. Segundo Diniz et al. (2015) a formação dos médicos tem um papel estruturante na atual assistência e, também, na resistência às mudanças na prática médica, considerando as “melhores práticas” pautadas na *medicina baseada em evidências* como questão de opinião, de filosofia. Ainda segundo a autora:

“(...) no ensino médico, os doentes tendem a ser desumanizados, anulados em sua identidade e transformados em um número da ficha hospitalar, em um caso a ser estudado, diagnosticado e tratado. Estudos sobre o ensino das profissões de saúde mostram que essa crítica, no entanto, não se restringe à obstetrícia, nem mesmo apenas à medicina, aplicando-se, em variadas intensidades, a outras profissões de saúde. O conjunto da educação dos profissionais tem sido alvo de críticas pela dificuldade de prepará-los com formação humanista. Assim, a relação deixa de ser entre humanos e passa a ser uma relação sujeito-objeto, do médico com a doença”. (DINIZ et al., 2015, p.p 4)

Nesse sentido, atualmente existe o “Projeto Apice-On – Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em Obstetrícia e Neonatologia”⁸⁵, uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH⁸⁶, ABRAHUE⁸⁷, MEC e IFF/FIOCRUZ, tendo a UFMG como executora. O “Apice-On” propõe a qualificação na atenção e cuidado ao parto e nascimento; planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto; atenção às mulheres em situação de violência sexual, de abortamento e aborto legal nos hospitais universitários e que atuem como unidade auxiliar de ensino, no âmbito do SUS. Além disso, o projeto visa ampliar a atuação dos hospitais participantes, reformulando e aprimorando a assistência para adequação do acesso, cobertura e qualidade a partir da formação dos agentes envolvidos nos processos de parto, nascimento e situações de abortamento, baseados em “evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização”, por compreenderem como necessárias as mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão.

Participam do projeto 97 hospitais que realizam atividades de ensino por todo o território brasileiro, sendo que a cidade do Rio de Janeiro conta com dois hospitais participantes, a Maternidade Escola da UFRJ e o Instituto Fernandes Figueiras – IFF/FIOCRUZ. Segundo o release de divulgação, o projeto se insere em um contexto que se caracteriza pela permanência de problemas ainda identificados no cenário social e epidemiológico-sanitário relacionado à atenção obstétrica e neonatal no Brasil. Foram citados a mortalidade materna; mortalidade neonatal; planejamento reprodutivo; modelo de assistência obstétrica; violência sexual; e atenção humanizada ao abortamento.

O projeto fala ainda sobre a incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e familiares, além das “melhores práticas disponíveis” que “poderão produzir efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no SUS”. Importante destacar que o projeto compreende a formação dos médicos como fundamental para a mudança na qualidade da assistência obstétrica no país.

“(…) atenta-se aos modos de formar adotados pela Instituição e sua função ampliada de promover qualificação profissional e integração ensino / serviço / pesquisa, tarefas especiais esperadas para esses hospitais na sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse

⁸⁵ Disponível em <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>; Acesso em 23/05/2019.

⁸⁶ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

⁸⁷ Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino.

contexto, observa-se especialmente o potencial de formação profissional com base nas diretrizes de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento. E também numa ética de ensino comprometida com a humanização, autonomia e o aporte de referenciais para a prática de trabalho em equipe multiprofissional”⁸⁸.

Assim, fica claro, através do discurso das instituições que participam do projeto que o conceito de “humanização” é compreendido como as melhores práticas de assistência capazes de modificar o atual cenário de altos índices de mortalidade materna e neonatal e da qualidade do serviço prestado.

Pensando na qualidade da assistência, temos um outro conceito que circula bastante nos espaços do *parto humanizado*, que é o de “dor iatrogênica”, compreendido como a “dor provocada pela assistência ao parto”. O conceito de iatrogenia consiste no resultado negativo da prática médica, quando geram doenças, efeitos colaterais de medicações ou complicações danosas ao paciente, como, por exemplo, erro médico, negligência, erros de diagnósticos, entre outros. Segundo Diniz & Duarte (2004), a dor iatrogênica é “a dor resultante dos procedimentos médicos”, que é diferente das dores do processo fisiológico do parto, que passaram muito tempo sendo englobadas como dores de parto, entretanto, a dor iatrogênica aqui é compreendida como a dor resultante de procedimentos realizados no corpo da mulher:

“Até a década de 1990, acreditava-se que, para dar boa assistência ao parto, era necessário realizar várias intervenções, em todas as mulheres, e seus partos, para facilitar o processo, torná-lo mais ‘normal’: toques vaginais repetidos para avaliar a progressão do parto; aplicação de soro com ocitocina para aumentar as contrações; em muitos casos, uso de fórceps no primeiro parto; episiotomia e episiorrafia (corte e depois a costura da vulva e vagina); determinação da postura deitada no leito etc.”. (DINIZ & DUARTE, 2004, p.29)

Ou seja, a dor iatrogênica acontece, segundo a autora, por procedimentos que são considerados como um resultado negativo da prática médica para a vida da mulher. Também sendo bastante utilizado o conceito de “prematuridade iatrogênica”, para designar a prematuridade causada pelo médico, que acontece quando é realizada uma

⁸⁸ Disponível em <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>; Acesso em 10/06/2019.

cesárea eletiva gerando os riscos da prematuridade para a saúde do recém-nascido. Se fala ainda em “epidemia iatrogênica”, que se refere às altas taxas de cesárea no país, que aqui são compreendidas como causadas pelo médico.⁸⁹

4.2 A medicalização do corpo feminino

O processo de medicalização do corpo feminino articula aspectos entre a sua condição biológica e a condição social de gênero, como forma de assegurar a conformidade das normas sociais. Para pensar o cenário de atenção ao parto devemos voltar um pouco na história para compreendermos qual o papel que coube às mulheres nessa construção.

Rohden (2001) afirma que até o século XVII ser homem ou ser mulher estava menos vinculado a possuir organicamente um sexo, sendo a sustentação dos papéis sociais mais importante. Já no século XVIII, um outro modelo se apresenta, a partir de um novo contexto político, no qual se evidencia as diferenças entre os corpos femininos e masculinos e é o momento em que o corpo da mulher ganha importância. Com a crescente importância atribuída à ciência, as diferenças biológicas entre homens e mulheres são demarcadas, o que, conseqüentemente, gera uma diferenciação social, tendo a biologia como explicação para essa diferenciação baseada na natureza dos sexos, que compreende as mulheres como seres naturalmente inferiores.

No século XIX, reforçam-se as distinções entre os sexos, baseadas na natureza e ampliam-se a demarcação das diferenças. E, no decorrer do século, a medicina conquista vários avanços, como a importância das análises microscópicas, a teoria da existência de micro-organismos causadores de doenças, a propagação do uso do ácido fênico como antisséptico – que gerou polêmica, mas apresentou resultados positivos no combate às infecções. Além, da prevenção oferecida pelas vacinas, a descoberta da anestesia e do raio-x. Os princípios da pasteurização apresentaram melhorias na clínica, na cirurgia e na higiene, fazendo com que a assepsia cirúrgica aumentasse a possibilidade de sucesso dos médicos no campo de intervenções da medicina operatória, possibilitando a ampliação das cirurgias como a cesariana, a histerectomia, extração do apêndice, além de novas intervenções.

⁸⁹ Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292018000100003&script=sci_arttext&tlng=pt; Acesso em 07/06/2019.

Segundo Rohden, isso vai impactar nos hospitais com os processos baseados na higiene e também constrói a definição do doente como um personagem social. Os médicos passam a gozar de prestígio na cultura, na imprensa, na política:

“Ainda é importante acrescentar, quanto à mudança no *status* do médico, a importância de uma nova crença da população nos benefícios aportados pela medicina. A revolução provocada por Pasteur associa o médico à imagem da eficácia e da veracidade dos princípios científicos. O paciente deixa de seguir simples conselhos e passa a obedecer a ordens. A era da ciência coloca o médico, ao qual só se recorre em caso de necessidade, acima do mero praticante. Nas palavras de Herzlich & Pierret (1984), o médico encarna a ciência e sua potência, tornando-se praticamente um ‘sacerdote’ com poderes normativos. O médico acredita-se capaz de enunciar as regras que a sociedade deve reconhecer. A isso corresponde uma crescente oficialização da medicina pelo Estado”. (ROHDEN, 2001, p.38, grifos da autora).

Quando em meados do século XIX, as mulheres passam a ocupar o mercado de trabalho; surgem as novas técnicas de contracepção permitindo o controle da fecundidade e, conseqüentemente, a maior liberdade para exercer papéis fora do lar; grupos feministas passam a reivindicar os direitos das mulheres, como o direito ao voto, ao acesso à educação e ao mercado de trabalho, começou-se a perceber que a tentativa de emancipação feminina poderia afetar a ordem social estabelecida. Segundo Rohden, os cientistas teriam respondido a isso, evidenciando as diferenças entre homens e mulheres, que justificariam os papéis tradicionais atribuídos a eles, reservando as mulheres um lugar inferior aos homens.

A temática da diferença traz a “questão da mulher”, que preconizava a restrição das mulheres à esfera doméstica e evidenciava, por natureza, as funções de mãe e esposa, entretanto, a realidade estava mudando e, conseqüentemente, as mulheres passaram a reivindicar outros espaços.

Nesse cenário da diferença, o surgimento da ginecologia, como especialidade médica da “ciência da mulher”, “como se a mulher precisasse, mais uma vez em contraste com o homem, ser objeto de mais atentas investigações” (ROHDEN, 2001, p. 49). A autora destaca que não havia uma “ciência do homem”, uma especialidade

médica que desse conta das questões do corpo masculino. O corpo masculino passou a ser alvo de preocupações a partir da sífilis, que colocava em risco a sociedade e “degenerava a raça”, sendo uma preocupação para o Estado. Foi nesse momento em que o corpo masculino se rendeu ao processo de medicalização:

“O interessante é que a preocupação com os homens surgiu a partir de uma doença que comprometia sua descendência, mas que incidia mais imediatamente sobre a própria degradação individual. A ciência dos problemas sexuais masculinos está relacionada com a doença que vem de fora ou que é decorrente do excesso sexual. Em ambos os casos, ela sinaliza uma anormalidade. É porque está doente, fora do normal, que o homem e seus órgãos sexuais precisam ser tratados. No caso da mulher e da ginecologia, estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que é por natureza, potencialmente patológica”. (ROHDEN, 2001, p. 52).

A ginecologia legitima a visão de que os homens estariam mais aptos à esfera pública da sociedade, e, as mulheres, à esfera privada, nas funções de mãe e esposa. Essa especialidade médica se estabelece a partir da lógica de que a normalidade feminina é potencialmente patológica por natureza.

Então, no século XIX, as mulheres são vistas como seres dominados pelos órgãos sexuais e todas as suas doenças estavam atribuídas a eles. As mulheres eram compreendidas como seres passionais, como frívolas e emotivas, tidas como mais frágeis, sujeitas aos desgovernos sexuais, aos caprichos, com pouco autocontrole, que apresentavam perturbações mentais, desde histeria até a loucura puerperal.

A menstruação foi compreendida como um período de loucura nas mulheres, capaz de provocar casos de mania, extravagâncias de caráter, histeria, crises convulsivas, acessos diversos, piromania, cleptomania, adultério, perversão, prostituição, imoralidades, psicoses, entre outros. Uma série de desordens poderiam se instaurar na mulher durante o período menstrual e tendiam a passar com o término da menstruação. A internação e diversos procedimentos cirúrgicos eram propostos como tratamentos para essas “mazelas”, que eram entendidas como influências das funções genitais sobre as funções intelectuais. De qualquer maneira, as perturbações mentais a que as mulheres estavam sujeitas por natureza as faziam precisar de proteção, e por isso

elas não deveriam desempenhar funções intelectuais ou de domínio público, inclusive sendo muito questionada a presença das mulheres na medicina.

“As mulheres eram descritas na literatura médica como seres estranhos, capazes de perverter a ordem do mundo, em razão de toda essa instabilidade. Ao mesmo tempo, contudo, elas eram fundamentais para a garantia dessa ordem, em virtude de seu papel como procriadoras. Era dando à luz novos seres que cumpririam a função de renovar as gerações e conservar a humanidade. Portanto, compreendê-las se tornava um imperativo” (ROHDEN, 2001, p. 227).

Vieira (2002) nos apresenta uma visão do processo de medicalização um pouco diferente, mais focada no estabelecimento da medicina e do parto. A medicina como a entendemos hoje, passa a ser compreendida como intervenção cientificamente fundamentada a partir do século XVIII, pois até então existia uma ampla diversidade de formas de tratar os doentes e é nesse momento que ocorrem mudanças na estrutura do saber médico. Foi no século XIX que a medicina se solidificou a partir do projeto higienista, justificando assim a sua presença para a sociedade. Sendo também a medicina legal e a psiquiatria produtoras de discurso médico normalizadores. Segundo a autora, a obstetrícia como disciplina médica retira os cuidados das mulheres das mãos das parteiras para as mãos dos médicos, caracterizando o desenvolvimento de uma técnica intervencionista e normalizadora.

A criação dos cursos de ensino médico em 1808 no Rio de Janeiro e na Bahia foi uma tentativa de valorizar a figura do médico na sociedade, em oposição à figura do “charlatão”, por exemplo, as parteiras. Inicialmente eram cursos cirúrgicos pois não havia condições para a criação de uma escola médica. Em 1828, segundo Vieira (2002), apesar dos cursos já estarem consolidados houve o projeto de reforma do ensino médico, que transformou as academias médico-cirúrgicas em faculdades de medicina. Nesse sentido, há então o investimento na obstetrícia, propondo a hospitalização do parto que beneficiaria o ensino médico, apropriação e desenvolvimento da prática médica obstétrica, tendo em vista que, segundo a autora, muitos médicos eram formados sem terem tido a oportunidade de acompanharem partos.

A autora cita dois momentos importantes no movimento de consolidação da medicina do século XIX. O primeiro diz respeito até a década de 1870 e é o momento

em que surge a higiene pública que busca controlar as questões de salubridade na formação das cidades, no sentido de combater às doenças e os índices de mortalidade. Nesse sentido a mulher aparece como uma possibilidade de promover o projeto higienista – que tinha os objetivos sanitários de controle dos espaços urbanos e da população – e diminuir a mortalidade infantil, dando a ela outro lugar dentro da família, compreendendo que a mulher teria em sua “natureza” os cuidados domésticos, e assim, delegando a ela os cuidados com as crianças por ser a pessoa mais adequada para tal tarefa.

O outro momento ocorre entre 1870 e 1910, pois diante de um grande crescimento populacional, econômico e da necessidade de preservação do poder do Estado, a medicalização passa a ter como objetivo transformar os indivíduos, com o intuito de produzir determinado tipo de indivíduo física e moralmente adequado com o projeto social, o que incluía preocupações eugênicas. A preocupação com as mulheres diz respeito a assegurar as funções sociais tradicionais, e desta maneira, houve a criação de um estatuto de anomalias com relação ao feminino, aumentando o poder do médico sobre os corpos femininos:

“A mudança qualitativa no discurso, que passa então a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre seu próprio corpo. A ‘natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. Apesar de deter o importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado, de maneira que o modelo idealizado de mãe e esposa não possa ser negado sob o risco de transformá-la em doente. A doença passa a ter um significado de degeneração moral, e a ideia de mulher relaciona-se à ideia de periculosidade”. (VIEIRA, 2002, p. 30).

Segundo Vieira, a ideia de “natureza feminina” diz respeito aos processos biológicos que acontecem no corpo da mulher, que justificam as questões sociais. A menstruação, a gestação, o parto e amamentação serviriam como base para a definição do papel social da mulher baseado em sua biologia. O projeto da higienização tinha

também a intenção de “educar mulheres para transformá-las em educadoras” (p.34), educar para que estivessem dentro da norma legitimando o projeto, além disso, a valorização da vida e, seguindo as normas sociais vigentes, a preservação de determinados segmentos sociais:

“(…) a educação das mulheres teve como objetivo mostrar a importância da discussão da medicina em definir o papel social feminino baseado em sua biologia. Uma educação, que deveria além de produzir boas reprodutoras, formar boas mães para a proteção e sobrevivência das crianças. A sexualidade, representada aqui pelo desejo sexual, foi definida como uma essência fisiológica procriadora, caracterizando-se por ser uma sexualidade maternal e reprodutora, fortemente apoiada na biologia, em partes do corpo. E como sendo uma moléstia fisiológica, consolidam a ideia de uma ‘natureza feminina’ cujo caminho da normalidade é estreito e limitado” (VIEIRA, 2002, p. 70).

Existia a ideia de que a mulher era um ser com propensão ao desvio, seja por suas alterações sofridas no “cio” – período ovulatório –, seja pelas alterações que apresentava durante a menstruação, que era compreendida como moléstia fisiológica e risco de loucura, ou no caso da masturbação feminina que, contrariando o sexo unicamente com o objetivo procriador era qualificado como degeneração, tornando assim a mulher como um ser facilmente desviante da norma, o que implicava em doença com alto nível de significado moral.

A transformação do parto em um ato médico, segundo Vieira, foi um processo que teve início muitos anos antes – já que o parto era um evento exclusivamente do feminino. O maior problema que a hospitalização do parto e o desenvolvimento da obstetrícia enfrentaram foi a “infecção puerperal” que gerava um alto índice de mortalidade e, nesse sentido, houve um grande investimento para compreender que doença era essa que acometia as mulheres no hospital. Segundo a autora, foi em 1865 que a natureza bacteriana da doença foi percebida por Carl Mayhofer, médico austríaco, e a partir daí uma série de estudos decorreram desse achado. De fato, a ideia da assepsia trouxe sucesso no combate contra as infecções puerperais, já que não havia até então esses procedimentos dentro dos ambientes hospitalares, dessa forma, a bacteriologia foi

fundamental para o desenvolvimento da prática médica, para a diminuição da mortalidade e para a melhor aceitação ao hospital por parte da sociedade.

No Brasil, o parto era assistido por parteiras até o século XIX e poucas mulheres tinham acesso ao médico no momento do parto, quem, normalmente, era acionado em casos de partos difíceis ou cirúrgicos. Além do medo do hospital – que era compreendido como um local de abrigo para pobres – e das técnicas obstétricas havia também a moralidade da época, e daí a resistência das mulheres com os hospitais, para não enfrentar o olhar masculino.

No processo da medicalização houve a produção de ideias sobre o corpo feminino, pois é a ideia de “natureza feminina” que permitirá a sua medicalização a partir da construção do feminino, ou seja, a “medicalização se viabiliza pelas características da reprodução biológica abrigada no corpo feminino” (VIEIRA, 2002, p.70).

A autora destaca três aspectos para entender a questão da “natureza feminina”. No primeiro aspecto, temos a educação das mulheres, que deveria produzir boas reprodutoras, boas mães para a garantia da proteção e sobrevivência das crianças, com uma sexualidade maternal, essencialmente procriadora. Entretanto, a “natureza feminina” é, aqui, variável de acordo com a condição social da mulher, que acaba por produzir símbolos, significados e normas sociais, muito atrelada às patologias, carregadas de significado morais.

A construção da ideia de que as mulheres são “seres à beira da loucura ao menor desvio” (VIEIRA, 2002, p.71) é compreendida a partir da legitimidade do saber médico:

“Outra característica fundamental da medicina na produção discursiva e das ideias é que se trata do discurso da verdade, o discurso da ciência, o legítimo. Será este, e apenas este, então, que poderá dar a palavra final sobre as dúvidas e as inquietudes. Através das ideias debatidas nas escolas médicas pudemos observar que por meio da legitimação do saber médico construíram-se parâmetros de normalidade restritos para a formação da identidade feminina, limitando as mulheres às funções de boa reprodutora e educadora dos filhos. Em suma, baseada em uma natureza feminina, por aquela que possui a ‘verdade’ sobre os corpos, a medicina tratou de temas diversos para fundamentar normas sociais de comportamento, e para, além disso, construir ‘os perigos’ das incautas que se aventurassem a

trilhar os desvios da norma. A doença, mais do que um estado de anormalidade corporal trouxe, o sentido, o significado da degeneração moral e da criminalidade”. (VIEIRA, 2002, p. 71).

Por fim, a autora compreende que a medicina se trata de uma prática intervencionista, não limitada à produção discursiva, e é por “natureza ou vocação” a prática da intervenção.

Também segundo Martin (2006) para se compreender o tratamento médico dado ao parto é necessário compreender que o corpo passou a ser compreendido como máquina, combinando a utilização de instrumentos mecânicos como o fórceps, substituindo as parteiras por mãos “masculinas que usam ferramentas”. Nesse cenário, a tecnologia é utilizada para interferir no processo, no qual o corpo da mulher é a “máquina”, que necessita de “conserto”, por isso, o médico seria o “mecânico”.

Martin propõe analisar o processo de parturição como um processo fabril, no qual o médico é o “supervisor da fábrica”, a mulher a “trabalhadora” cuja “máquina”, que seria o útero, produziria o “produto” – o bebê. A autora propõe o uso dessa metáfora na tentativa de compreender como acontecem as relações de poder e controle. Para isso se debruça sobre a literatura obstétrica para compreender como a medicina entende o “trabalho” de parto.

A autora destaca que “o útero é tido como um músculo involuntário, considera-se que ele, e não a mulher, faça a maior parte do trabalho de parto” (MARTIN, 2006, p. 111). Assim como na fábrica o trabalho das mulheres em trabalho de parto é compreendido como mecânico e a autora cita um manual de obstetrícia que afirma:

“Parto é trabalho; trabalho, mecânico, consiste na geração de movimento contra a resistência. As forças envolvidas no parto são aquelas do útero e do abdômen, que agem para expelir o feto e que precisam vencer a resistência oferecida pelo colo do útero, a dilatação e a fricção criada pelo canal de nascimento durante a passagem da parte que se apresenta” (MARTIN, 2006, p.111)

Assim, o trabalho é mecânico e pode ser compreendido como controle, pois delimita o que se espera desse processo: “contrações eficientes ou ineficientes”; trabalho de parto é “bom ou fraco”; a dilatação deve acontecer de um determinado

espaço do tempo para que seja considerado como um bom funcionamento da “máquina”. O trabalho de parto, segundo a autora, é dividido em vários estágios e subestágios, sendo o primeiro estágio composto pela fase latente e pela fase ativa do trabalho de parto. Por fase latente compreende-se o período mais lento do trabalho de parto até três ou quatro centímetros de dilatação de colo de útero. Já a fase ativa se desenvolve de maneira mais rápida e vai de três ou quatro centímetros até dez centímetros de dilatação (dilatação total). A fase ativa está subdividida ainda entre fase de aceleração, fase de queda máxima e fase de desaceleração. O segundo estágio é o momento do expulsivo, no qual o bebê desce pelo canal vaginal da mãe e nasce. Por fim, o terceiro estágio é o momento da dequitação da placenta.

“Cada estágio e subestágio é marcado por um índice de progressão baseado em um estudo estatístico do índice característico de 95% dos partos analisados. O primeiro estágio, a fase latente, deve progredir a 0,6 cm/h [0,6 cm por hora]; a subfase de aceleração da fase ativa deve progredir a 0,6cm/h; a subfase de queda máxima da fase ativa deve progredir a 1,2cm/h ou mais, se for o primeiro parto, e a 1,5cm/h em partos posteriores. O segundo estágio deve progredir a 1cm/h e a 2cm/h para, respectivamente, o primeiro e o segundo partos” (MARTIN, 2006, p. 112).

Qualquer desvio da norma pode caracterizar “distúrbio” que deve ser tratado pelos médicos, tendo em vista que a autora aponta que os textos médicos compreendem a noção de produtividade com aquilo que está aumentando e esse é o papel das intervenções médicas no parto – acelerar o trabalho de parto.

“Se o útero é uma máquina considerada capaz de um certo nível de trabalho eficiente, qual é o papel da mulher?”, questiona Martin. Segundo a autora, no primeiro estágio do trabalho de parto ela é considerada uma “hospedeira passiva” do útero que se contrai. Como um processo involuntário os manuais de obstetrícia afirmam que apenas a anestesia em momento inoportuno do trabalho de parto é capaz de reduzir a frequência e a intensidade das contrações.

A autora chama atenção ainda para estudos sobre os aspectos emocionais da mulher em trabalho de parto, que por vezes foi compreendida como algo que pode afetar o trabalho de parto, existindo ainda a compreensão de que a forma como é

oferecida a assistência pode influenciar na efetividade das contrações, assim como questões relacionadas ao ambiente, como temperatura, luminosidade, ruídos e movimentação. Entretanto, os aspectos emocionais não são citados nos manuais de obstetrícia, mesmo que em muitos casos de disfunções no trabalho de parto as causas sejam desconhecidas. Essas disfunções no trabalho de parto são sempre resolvidas com intervenções externas ao corpo da mulher, tais como a amniotomia, o uso de ocitocina sintética ou a cesariana.

Com relação à percepção médica a respeito do papel da mulher no segundo estágio do trabalho de parto, o momento do expulsivo, é compreendido que a força da musculatura abdominal junto com as contrações uterinas faça com que a mulher sinta vontade de empurrar para a saída do bebê. Entretanto, nos manuais de obstetrícia, a figura da mulher nesse processo aparece em segundo plano, sendo o foco nos processos fisiológicos. Como nesse momento a mulher precisa empurrar para que o nascimento aconteça, ela é vista como uma “trabalhadora” do parto e ainda segundo Martin:

“Em suma, o imaginário médico justapõe duas imagens: do útero como máquina que produz o bebê e a mulher como trabalhadora que produz o bebê. Em alguns momentos, as duas talvez se juntem, de maneira consistente, como a mulher-trabalhadora cujo útero-máquina produz o bebê.” (MARTIN, 2006, p. 117)

Outro ponto que gostaria de destacar na obra de Emily Martin é o papel atribuído ao médico. Segundo a autora, o médico é visto como um “supervisor” do processo do parto. Em primeiro lugar porque é ele quem “conduz” o parto, ressaltando que determinadas situações demandam uma “condução ativa”. O segundo ponto diz respeito ao momento em que o médico considera que o “ritmo” do trabalho de parto é insuficiente e opta por algum tipo de intervenção, lembrando que a aceleração do trabalho de parto está relacionada com a ideia de produtividade. E assim, Martin questiona:

“Se o médico está conduzindo o útero como uma máquina e a mulher como uma trabalhadora, seria o bebê visto como um ‘produto’? Parece que a preocupação dos médicos com o ‘resultado fetal’ do parto é algo que está acima de qualquer crítica. O que parece significativo é que a cesariana, que exige o máximo de ‘condução’ por parte do médico e

um mínimo de ‘trabalho’ do útero e da mulher, é considerada como o processo que fornece os melhores produtos”. (MARTIN, 2006, p. 119)

Dessa forma, a cesariana aparece como uma forma de melhorar o resultado focado no “resultado fetal”, restringindo a opção pelo parto normal. Talvez a ideia de que a cesárea produziria melhores resultados esteja atrelada a noção de que o parto era um evento traumático para o bebê.

Esse processo que leva o parto enquanto evento feminino, da casa para os hospitais, transformando-o em um evento masculino e controlado pela figura do médico é trabalhado por Davis-Floyd (2003) a partir do estabelecimento de modelos de assistência com valores e técnicas que são compartilhadas pelos membros da comunidade científica. A autora trabalha com três modelos – o tecnocrático, o humanista e o holístico.

O modelo tecnocrático sugere uma separação entre corpo e mente, em que o ser humano é enxergado como uma máquina e o parto é visto como uma doença que necessita da intervenção médica. Este modelo é essencialmente hierarquizado, sendo a figura do médico a detentora de toda a autoridade, no qual o paciente não tem participação nas decisões. O objetivo é controlar o parto e não torná-lo mais fácil, para isso, há, nesse modelo, a supervalorização da tecnologia e rigidez nas instituições.

Em oposição ao modelo tecnocrático, temos o holístico, que fala do cuidado individualizado e que compreende o ser humano como um organismo composto por corpo, mente, emoção, espírito e ambiente, baseando-se na ideia de “energia vital” que valoriza o vínculo entre o cuidador e o paciente. O modelo humanista estaria entre o tecnocrático e o holístico e fala sobre a humanização da assistência, que percebe o corpo em conexão com a mente e reconhece que a mente pode interferir nos processos corporais. No modelo humanista a tecnologia é utilizada com o intuito de unir as necessidades do paciente com a ciência, numa tentativa de equilibrar os desejos dos sujeitos e as possibilidades, sempre com o objetivo de promover a saúde, tornando o modelo menos “duro”, visando atender as necessidades individuais.

Ainda sobre as intervenções médicas, Chazan (2007) nos apresenta a ideia de que construção da obstetrícia como profissão poderia ser dividida em três grandes partes. No primeiro momento, temos o período “pré-profissional” que vai até o final do século XIX e traz a ideia de que a gravidez era compreendida a partir da dicotomia “normal/anormal”. O nascimento era visto como um mistério, um evento desgovernado

e cabia à parteira acompanhar e cuidar do parto, solicitando a ajuda dos cirurgiões-barbeiros apenas em casos que extrapolassem os limites da normalidade.

O período seguinte, chamado de “profissional”, começa a partir do momento em que a medicina destitui das parteiras os cuidados com o parto e adquire o seu monopólio. Esse período vai de 1890 a 1945, e está calcado no paradigma corpo-máquina e deve-se considerar que era um movimento que vinha acontecendo, não sendo a realidade para a assistência ao parto como um todo. A gravidez e o parto ainda são tratados através da dicotomia “normal/anormal” e são concebidos como fenômenos potencialmente patológicos, o que é diretamente relacionado com a consolidação da obstetrícia como campo profissional dentro da medicina. Aqui, os limites e a duração do parto passam a ser controlados pelo médico obstetra e é ele quem domina o processo, dirigindo a gravidez e compreendendo a gestante como “veículo de material obstétrico”:

“Estabelece-se uma produção centralizada de conhecimentos, em que os especialistas controlam os partos e a tecnologia disponível consiste em técnicas basicamente intervencionistas, tais como fórceps, anestesia e cirurgias cesarianas”. (CHAZAN, 2007, p. 38)

O último grande período diz respeito aos anos 1945 até os dias atuais, e é compreendido como “período de monitoramento”. Nesse momento, a medicina deixa o paradigma “corpo-máquina” para a ideia de “corpo-sistema” composto por vários outros sistemas interligados, por exemplo, neuro-hormonal, social e econômico. A partir desse novo paradigma, a gestação passa a ser compreendida como um processo e o parto como “bidimensional”, tendo, portanto, uma dimensão psicológica e outra fisiológica, cabendo à medicina a parte fisiológica do parto. A tecnologia tem um importante papel nesse cenário, trazendo novas questões e experiências para o parto e a gestação, além, é claro, de impactar a produção de subjetividade do feto. A utilização dessa tecnologia significou um maior controle e disciplinarização dos corpos, e o parto não era mais um evento a ser assistido e dominado, ele passa a algo a ser manejado e controlado, minuciosamente.

De fato, os exames laboratoriais, os exames de imagem, o parto instrumental, o uso de analgesia/anestesia e a cirurgia cesariana trouxeram um enorme ganho para a saúde da mãe e do bebê, possibilitando que os médicos pudessem agir no momento adequado sem expor os atores do processo à situações de risco, mas esse processo

também envolve relações de poder. Nesse sentido, Chazan trata das “verdades médicas” que são produzidas nesse cenário, quando, a partir da etnografia realizada sobre o ultrassom obstétrico, a autora traz a ideia de que o diagnóstico do exame faz do profissional que o realiza o principal produtor de verdades, quando ele constata a gestação e aponta a sua localização; indicando a presença de corpo lúteo e, assim, o ovário responsável por aquela gestação; quando a tecnologia produz um conhecimento confiável diante das intercorrências da gestação (por exemplo, sangramentos); avaliando a circulação sanguínea materna e fetal; a avaliação da quantidade de líquido amniótico (em caso de excesso, a polidramnia* e nos casos de redução, a oligoidramnia*); posicionamento do cordão umbilical (possíveis circulares de cordão); peso e tamanho do feto de acordo com a idade gestacional; posicionamento e qualidade da placenta também de acordo com a idade gestacional, entre muitos aspectos que são avaliados nos exames de ultrassom. Esses aspectos implicam em uma nova forma das mulheres se relacionarem com a experiência da gestação e diante das possibilidades de risco, como nos aponta Chazan, os médicos recomendariam ou não a interrupção da gestação, pela opção da cirurgia cesariana.

Pensando a partir do exemplo dos médicos que realizam o ultrassom, mais uma vez, essas práticas serão alvo de críticas por parte do *movimento do parto humanizado* e de instituições a favor do parto normal, que buscam reduzir o número de cesáreas no país, pois uma parte delas vem sendo amplamente discutida e questionada pelos profissionais e pelas pacientes. Assim, o *parto humanizado* que implica na ideia de uma maior flexibilidade na atenção ao parto, pautada por protocolos oriundos das “evidências científicas”, se contrapondo ao modelo tradicional de assistência ao parto e propondo uma equipe multidisciplinar dentro da cena de parto, favorece a “apropriação coletiva, um movimento do sentido de ‘tornar-se dono’ de um conhecimento anteriormente restrito aos profissionais” (Chazan, 2007, p. 40).

4.3 Questões jurídicas e orçamentárias do parto no Brasil

A obstetrícia é uma das especialidades que mais contabiliza ações por erro médico, o que gera impacto direto na assistência prestada. O medo que os médicos têm dos processos é algo real e vem crescendo a cada ano, segundo Cury e Paula (2013), a partir da análise de mais de 200 processos dos anos 2009 e 2010, do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, a maior parte das ações está relacionada ao óbito fetal e às

sequelas neurológicas decorrentes da anóxia neonatal– ausência ou diminuição do oxigênio no cérebro durante o nascimento. Seguida pelas falhas na laqueadura tubária, esterilização cirúrgica. Além das sequelas decorrentes: distócia de ombros⁹⁰ no parto; complicações no pós-parto; situações de esquecimento de “corpo estranho” dentro da mulher, como compressas ou gazes; erros nos exames laboratoriais; fistulas; infecções pós-parto; abortamento e óbito materno. Outras situações também foram observadas, como fratura de fêmur, não diagnóstico de gestação, perfuração uterina em curetagem, entre outros.

Segundo os autores, esses processos em sua maioria envolvem os médicos, as instituições hospitalares e as prefeituras, e raramente o médico é o único réu no processo. Além disso, os autores associam os altos índices de cesárea no país com o receio dos médicos das ações judiciais:

“Esse problema também se reflete na indicação da via de parto. Tanto aqui como nos Estados Unidos, o número crescente de processos contra obstetras leva a um maior número de indicações de cesarianas. Existe uma tentativa de minimizar tanto quanto possível o risco fetal, indicando cesáreas sem real necessidade. Além de expor as pacientes a riscos maiores por ser um parto cirúrgico com taxas de infecção maiores e maior morbidade, isto leva a um aumento do custo financeiro da saúde”. (CURY & PAULA, 2013, p.112)

Os estudos de custos que comparam os gastos entre o parto normal e a cesariana eletiva, sob a perspectiva do SUS, são escassos e poderiam favorecer para a discussão em torno da noção de *violência obstétrica*. Em Entringer et al (2018) temos uma análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cirurgia cesariana eletiva, sem indicação clínica, em três maternidades do SUS – duas na cidade do Rio de Janeiro e uma em Belo Horizonte. A análise de custo-efetividade é uma metodologia de síntese da Economia da Saúde, na qual os custos são confrontados com os desfechos clínicos. O objetivo é avaliar o impacto que as alternativas geram, buscando os melhores resultados e o menor custo.

⁹⁰ Distócia de ombros, a grosso modo, caracteriza quando, após a saída da cabeça do bebê, os ombros apresentam um diâmetro maior que o espaço para passagem da pelve materna.

O estudo trabalhou com dois grandes grupos, a saber: (i) gestantes de risco habitual – ou baixo risco, primíparas⁹¹, feto único, a termo e com apresentação cefálica; e (ii) gestantes de risco habitual, múltiparas⁹², com uma cicatriz uterina prévia – ou seja, que tiveram uma cesariana como desfecho da gestação anterior, feto único, a termo e apresentação cefálica. E teve como intenção comparar o parto normal com a cesárea eletiva, visando compreender em quais desfechos a opção pela cesariana geraria impacto positivo na saúde de mãe e bebê. Delimitando o grupo de parto vaginal Entringer et al compreendem por mulheres que desejavam esse tipo de parto, entraram em trabalho de parto espontâneo, mesmo que submetidas a cesariana intraparto – a delimitação importante aqui seria o trabalho de parto espontâneo, considerando ainda os partos instrumentais. O caso comparativo foi a cesariana eletiva, programada, sem justificativa médica, antes do início do trabalho de parto, portanto, com membranas amnióticas íntegras.

Para encontrar os valores de cada tipo de parto, de acordo com os grupos de gestantes, foram realizadas entrevistas dentro das maternidades e utilização de dados provenientes de órgãos públicos. Foram considerados ainda os custos da assistência ao recém-nascido na sala de parto, de permanência em alojamento conjunto para a mulher, bebê e acompanhante, intercorrências maternas – clínicas, como hemorragia e trombose, e cirúrgicas, como a histerectomia e ruptura uterina – além das diárias em UTI adulto e neonatal.

O custo total para mulheres primíparas de risco habitual foi de R\$ 2.245,86 para a cesariana eletiva e R\$ 1.709,58 para o parto vaginal espontâneo. Para esse grupo, o parto vaginal espontâneo obteve maior efetividade para os desfechos, evitando morbidade materna, internação em UTI neonatal e óbito neonatal. E para os casos de óbito materno, a cirurgia cesariana apresentou pequena efetividade para evitá-lo. Já para o segundo grupo, que diz respeito às gestantes de risco habitual múltiparas com uma cicatriz uterina prévia, o custo total da cesárea foi de R\$ 2.074,33 e do parto vaginal de R\$ 1.975,16. A cesariana apresentou melhor efetividade e maior custo para evitar os desfechos de ruptura uterina, morbidade materna, internação em UTI neonatal e óbito neonatal:

⁹¹ Mulher que vai ter o seu primeiro filho.

⁹² Mulher que teve mais de um filho.

“O procedimento parto vaginal apresentou menor custo do que a cesariana eletiva para gestantes de risco habitual, independentemente da paridade. O parto vaginal espontâneo considerado no modelo de decisão, que considerou probabilidade de cesariana intraparto e consequências em saúde, ainda se mostrou com menor custo que a cesariana eletiva, para as duas populações estudadas. Para as mulheres primíparas, além do custo inferior, o parto vaginal espontâneo obteve igual ou melhor efetividade, sendo mais custo-efetivo do que a cesariana eletiva, sem indicações clínicas, em todos os três dos quatro desfechos analisados. (...) Os achados reforçam os esforços de agências nacionais e internacionais e da atual política pública do parto e nascimento que têm buscado estratégias de redução das cesáreas sem indicação clínica. Para as gestantes múltiparas com uma cicatriz uterina prévia, o estudo mostrou resultados distintos de acordo com o desfecho de interesse. Para a mortalidade materna evitada, o parto vaginal espontâneo foi dominante, pois, apresentou menor custo e igual efetividade. No entanto, a cesariana eletiva se mostrou com maior custo e maior efetividade para os desfechos morbidade materna evitada, ruptura uterina evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito neonatal evitado”. (ENTRINGER et al, 2018, p.10)

Outra pesquisa interessante diz respeito aos gastos dos partos normais na Casa de Parto David Capistrano Filho, integrada ao SUS, localizada no bairro de Realengo, Rio de Janeiro. Ainda que não se trate de uma análise de custo-efetividades, como a citada anteriormente, o que nos impede de utilizá-la comparativamente, e dê conta apenas dos gastos do momento do trabalho de parto e parto, a pesquisa aponta para um tipo de assistência que apresenta um gasto menor do que a média municipal, que é o modelo de assistência das casas de parto (OLIVEIRA, PROGIANTI & PEREGRINO, 2014).

Em 1998, o Ministério Público regulamentou a criação das Casas de Parto e Centros de Parto Normal em todo o país, com o intuito de conter os altos índices de cesárea no país. As casas de parto se propõem a oferecer uma assistência “humanizada” para gestantes de baixo risco, não sendo aceitas mulheres com alguma patologia, gestações gemelares, trabalho de parto antes das 37 semanas de gestação e mulheres com cirurgia cesariana anterior. O atendimento é realizado por equipe composta por

enfermeiras obstétricas, técnicos e auxiliares em enfermagem e, normalmente, não há presença médica nessas instituições. As enfermeiras obstetras são tecnicamente capacitadas, dispõem de amparo legal para o exercício da profissão e são capacitadas para realizarem o socorro imediato da mãe e do recém-nascido. Caso alguma intercorrência ocorra, as parturientes são transferidas para o hospital mais próximo, e justamente por isso, as casas de parto devem estar a uma distância máxima de 20 minutos percorridos até a unidade de referência mais próxima.

Os autores analisaram 161 prontuários de partos ocorridos na Casa de Parto de Realengo em 2010. Os dados baseiam-se nos prontuários e em valores provenientes de órgãos públicos, que resultaram em um custo de R\$ 352,50 por parto normal, sendo que o valor orçado pelo Município do Rio de Janeiro foi de R\$ 443,40 e 475,16, no caso de o Hospital ser credenciado como “Amigo da Criança”⁹³. A luva de procedimento foi o recurso material mais utilizado, totalizando 1.013 unidades. Já os custos com fármacos representaram 0,12% do custo geral do parto, pois 76% das mulheres não usou nenhum tipo de medicação durante o trabalho de parto e parto.

No total de 161 partos, 121 mulheres tiveram algum tipo de laceração perineal, apenas dois casos de lacerações de 3º grau – lesão que acomete o esfíncter anal – e apenas uma episiotomia foi realizada diante de um caso de bradicardia fetal – situação em que a frequência cardíaca do feto diminuiu, caracterizando sofrimento fetal –, assim, 40 mulheres tiveram períneo íntegro após o parto, pouco menos de 25% das mulheres.

Dentre os recursos utilizados os recursos humanos apresentaram maior custo na assistência ao parto, totalizando 97,45% do custo do parto por gestante, e é importante ressaltar que nas Casas de Parto a assistência prestada é oferecida por enfermeiras obstétricas. Segundo os autores esse dado pode sugerir que o investimento em recursos humanos pode representar economia para os cofres públicos. (OLIVEIRA, PROGIANTI & PEREGRINO, 2014)

Com relação ao sistema suplementar de saúde, a base de dados “D-TISS – Painel Gerencial de Procedimentos” na Agência Nacional da Saúde (ANS)⁹⁴ é um painel gerencial de procedimentos disponibilizados pela ANS de consulta de dados, no qual é possível encontrar a quantidade e o valor praticado em procedimentos ambulatoriais e

⁹³ A “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC) é uma estratégia lançada pela UNICEF em 1991, que visa promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito hospitalar.

⁹⁴ Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/d-tiss-detalhamento-dados-dados-do-tiss>; Acesso em 27/05/2019.

em ambiente hospitalar dos estabelecimentos que prestam serviços às operadoras de planos de saúde. Nessa base de dados é possível consultar 3000 procedimentos, com dados que compreendem o período de julho de 2015 a dezembro de 2016. São dados referentes a 901 operadoras e a busca pode ser realizada por código de procedimento, período, região e porte da operadora. Optei por realizar uma busca a respeito dos procedimentos do âmbito hospitalar, a cesariana e o parto via vaginal, no Estado do Rio de Janeiro, por operadoras de grande porte, sem especificar a idade e sexo.

O procedimento “cesariana”, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2016, apresentou um valor médio de R\$ 472,40 em janeiro de 2016, aumentando para o maior valor alcançado em dezembro, R\$ 1.061,03. Importante destacar que esse valor se refere ao procedimento, não ao valor pago ao médico. Nesse mesmo período a quantidade de prestadores que executaram o procedimento foi em janeiro de 611 prestadores, tendo um aumento nesse número para 687 prestadores em julho e fechando o ano, em dezembro com 496 prestadores. Com relação aos prestadores, eles podem ser serviços e profissionais da saúde.

Já o procedimento “parto via vaginal” teve como valor médio – no mesmo período – R\$ 240,00 em março (o banco não registrou dados nos meses anteriores), atingindo o maior valor médio em novembro de 2016, com R\$ 1.267,50 e reduzindo em dezembro esse valor para R\$941,31. A quantidade de prestadores que executou o procedimento chama atenção, pois no início do ano (janeiro/2016) foram 108 prestadores, número que subiu em agosto para 152 prestadores e caiu vertiginosamente para 63 em dezembro do mesmo ano. Obviamente esse número pode estar atrelado ao descredenciamento de alguma operadora no estado, mas chama atenção pelo baixo número de prestadores que atenderam a partos normais.

O valor médio da consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido) variou ao longo do ano de 2016 entre R\$ 75,44 e R\$ 79,21, no Estado do Rio. Esse valor da ANS engloba todas as especialidades médicas que atendem no âmbito ambulatorial e não significa que todas elas recebam o mesmo valor por consulta, e além de remunerações diferentes os médicos de uma mesma especialidade também podem receber valores distintos dos demais, entretanto é uma média.

A Fundação BDMG de Seguridade Social, disponibiliza uma planilha⁹⁵ do referencial de honorários médicos de 2018/2019 da Plataforma Classificação Brasileira

⁹⁵ Disponível em www.desban.org.br/outros/comum/Midia_Exibicao/2049.xlsx; Acesso em 21/06/2

Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que não apresenta a categoria “consulta obstétrica”, trabalhando apenas com a categoria “consulta ginecológica”, e aponta para o valor da consulta de R\$ 107,65.

Talvez esses dados sejam muito específicos da área médica e possam causar certo estranhamento no contexto de uma tese antropológica, entretanto é interessante ressaltar que os gastos com as cesarianas eletivas e com os partos normais não são um tema de expressivo debate, sejam no âmbito da saúde pública ou privada, tendo inclusive um número restrito de estudos a respeito do tema. É possível que a opção pela cesariana eletiva seja uma maneira de resguardar os médicos de possíveis ações judiciais, entretanto, este cenário parece ser mais complexo diante dos dados apresentados, levando em consideração as situações indicadas como risco para as pacientes na cirurgia cesariana, além dos riscos da prematuridade para o bebê, a preferência médica pela cesariana por comodidade, o desejo inicial da maior parte das mulheres pelo parto normal, entre outros.

De qualquer maneira, os questionamentos trazidos pelos custos dos partos normais e das cesarianas eletivas nos levam de volta ao objetivo central do presente capítulo, que é o lugar de poder que o médico ocupa enquanto detentor do saber técnico.

4.4 A prática médica

4.4.1 O caso de Isabela

Pensando a esse respeito temos o caso de Isabela, mulher de classe média, moradora da Zona Sul do Rio de Janeiro. Seu primeiro filho nasceu em meados de 2013, quando ela tinha 26 anos e fazia pós-graduação. Naquela época iniciou o pré-natal com o ginecologista particular da família e rapidamente percebeu que diante do seu desejo de ter um parto normal, ele não a atenderia, por isso buscou outras indicações de médicos “pró parto normal” – como definiu – com conhecidos, mas segundo ela, não tinha muitas informações e acreditava que bastava o médico dizer que faria o parto normal. Então, recebeu uma indicação de uma conhecida com quem a prima ia fazer parto normal, mas conta que na hora não foi possível e precisou ser cesárea, mas a recomendação dizia que aquele médico era a favor do parto normal.

Meu contato com Isabela para a entrevista se estabeleceu a partir do interesse dela em me contar a sua história. Nos conhecemos em um Réveillon em 2009 na casa de amigos em comum na região serrana do Rio, mas só voltamos a ter contato em 2013, pois nossos filhos têm idades próximas e tivemos a oportunidade de conversar algumas vezes sobre os assuntos da maternidade. Àquela altura eu ainda não pesquisava *violência obstétrica* e foi só em 2016 que Isabela me procurou, pois, sabendo do meu tema de pesquisa, tinha vontade de contribuir. Naquele momento eu já estava grávida pela segunda vez e ela planejava a sua segunda gestação, e nosso encontro aconteceu em sua sala comercial, em Ipanema.

Voltando ao relato, Isabela começou o pré-natal com o médico indicado por uma amiga quando estava com 3 ou 4 meses de gestação e afirma que naquela época não tinha o conhecimento para compreender que aquele médico não respeitaria o seu desejo pelo parto normal:

“Eu ficava meio constrangida de falar: ‘olha, eu quero mesmo parto normal’. Eu não tava nessa posição... nem gosto dessa palavra, ‘empoderada’, sabe? Eu não tava nessa posição. Quem sou eu pra falar o que eu quero, o que ele tem que fazer? Eu lembro que com oito meses eu criei coragem, meu marido estava comigo e eu falei: ‘olha só, Doutor... eu andei pensando e eu queria muito ter um parto normal’. Ai ele falou: ‘Eu entendo, claro. Você é super jovem, né? Tá tendo uma gestação muito tranquila, muito saudável, uma gestação muito fisiológica. Só que tem um problema que você sabe, né? Que o períneo é muito frágil. E nós não somos mais homens e mulheres das cavernas que agachavam para fazer as coisas, então, as mulheres de hoje em dia têm um períneo que não é muito trabalhado. Então, acontecem muitas lacerações, fica uma situação bem complicada’. Eu saí da consulta não conseguindo enfrentar mais do que isso, mas com uma pulga atrás da orelha”.

Isabela compreendeu que a fala do médico tinha um intuito de “fragilizar o corpo da mulher” e a partir desse momento passou a buscar informações sobre o *parto humanizado*, ainda que naquele momento não se sentisse capaz de tomar a decisão de mudar de médico, acreditou que fosse capaz de reunir uma boa quantidade de informações, munindo-se de argumentos para convencer o médico. Nesse processo,

marcou uma consulta com uma enfermeira obstétrica que trabalha com o *parto humanizado*, que diante da situação que Isabela apresentava e pelo receio que ela tinha de mudar de médico em data tão próxima do final da gestação, passou uma série de informações para o casal visando que se Isabela chegasse na maternidade com um trabalho de parto evoluído o médico não teria outra opção que não a de fazer o parto normal. Mas a enfermeira obstétrica deixou claro que o médico iria conduzi-la para uma cesariana eletiva.

Com 39 semanas e alguns dias, Isabela foi ao consultório do obstetra para a consulta semanal e após avaliá-la, avaliou que sua barriga ainda estava muito alta e o bebê ainda não estava encaixado para nascer:

“Ele disse: ‘Você está com a barriga alta e o bebê não está encaixado. Você faz 40 semanas na sexta, eu acho melhor a gente marcar a cesárea’. Eu falei: ‘Ahn? Não, perai! Vamos esperar até 40 semanas, como assim marcar?’. Ele: ‘É, os hospitais são muito cheios, você sabe como é... Pode chegar lá e não ter vaga, é uma coisa muito complicada. Vamos marcar pra sábado’. Então, tá bom, vamos marcar pra esse dia. Saímos de lá muito decepcionados. O meu filho vai nascer e vai ser um dia escolhido pela agenda do médico”.

Na sexta-feira, então, Isabela e seu marido foram jantar para celebrar que no dia seguinte o filho deles nasceria. Escolheram um restaurante perto de casa e fizeram o trajeto todo de ida e volta a pé. Já na volta Isabela começou a sentir cólicas estranhas das que aconteciam com frequência no final da gestação e quando chegou em casa percebeu que tinha perdido o tampão mucoso. Ficou feliz porque o corpo estava se preparando para o nascimento, ainda que pela manhã fosse realizada a cesariana eletiva. Por volta das quatro horas da manhã do dia 1º de junho, começou a sentir as primeiras contrações, mas conseguiu dormir até as seis da manhã, quando as contrações já estavam fortes e ritmadas, com intervalos de 5 em 5 minutos, ou seja, ela já estava em trabalho de parto. Eles se arrumaram e foram para a maternidade particular na zona sul da cidade.

“Aí o médico chegou e todo mundo [familiares] dizia comemorando: ‘ela está em trabalho de parto!’, todos estavam muito felizes. Stephania, ele chegou, olhou assim e disse: ‘Ah, não... a barriga tá

muito alta, não vai dar’, aí todo mundo começou a pedir pra esperar porque eu já estava em trabalho de parto, pra esperarmos um pouquinho. Aí o médico: ‘Mas tá desde que horas [em trabalho de parto]?’; eu respondi que tinha começado a sentir as contrações às quatro da manhã, ele falou: ‘Ih! Não vai dar’. E tinha outras duas ou três pacientes dele lá que ele já tinha marcado pro mesmo dia. Ele disse: ‘Infelizmente, né? Às vezes acontece esse tipo de coisa. Mas que bom que você entrou em trabalho de parto, isso é ótimo para o seu bebê, ele vai nascer super saudável, tá ótimo!’. Ele não botou a mão em mim, eu nem sei quantos centímetros de dilatação eu tinha”.

Pelo fato de o trabalho de parto estar evoluindo as contrações eram fortes e Isabela não lembra perfeitamente dos fatos, diz que tem “flashes” de situações. Em uma delas a enfermeira entrou no seu quarto para prepará-la para a cirurgia e no momento em que Isabela se levantou da cama, a bolsa estourou e, segundo ela, a enfermeira deu um “esporro” na paciente porque sujou o seu sapato. Outro momento, ela relata que outra enfermeira entrou para fazer algumas perguntas sobre a saúde dela, histórico de saúde, etc., e que as perguntas aconteciam durante as contrações e eram difíceis para ela responder coisas como o número da identidade e do cadastro de pessoa física. Além disso, essa mesma enfermeira perguntou por duas vezes seguidas se Isabela já tinha “feito” um aborto, perguntou a primeira vez, Isabela afirmou que não, então perguntou pela segunda vez, se realmente não, e Isabela repetiu a resposta. Ela considerou muito desrespeitosa essa pergunta e a insistência naquele momento e se sentiu violentada.

Já no centro cirúrgico, quando a anestesista foi aplicar a medicação para o início da cesárea, Isabela tremia muito durante as contrações e não conseguia controlar. A anestesista insistia que a paciente precisava ficar imóvel, mas Isabela não conseguia, ela então disse: “Para de tremer. Se você ficar tremendo eu vou errar. Você quer que eu erre?”, Isabela não conseguiu responder. O efeito da anestesia alterou a sua percepção, deixando-a confusa, com a sensação de ausência, pois Isabela relata que tinha a sensação de não estar ali, afirmando, inclusive que não sentiu nada quando seu filho nasceu. O bebê nasceu com escores de APGAR 9 e 10⁹⁶, e estava em perfeito estado de saúde.

⁹⁶ Como já apresentado antes, o teste de APGAR é uma ferramenta médica para avaliar as condições de nascimento do bebê. A pontuação vai de 0 a 10 no primeiro minuto, sendo avaliada novamente, no quinto

Após o nascimento, o pediatra que assistiu a cesariana, perguntou para o pai qual era o seu time, ele, sem entender muito bem o que se passava, afirmou que era flamenguista e então o pediatra colocou para todos ouvirem o hino do Clube de Regatas do Flamengo, que a parturiente considerou como “de muito mau gosto”. Isabela se sentiu culpada por não ter conseguido se posicionar em diversos momentos:

“Foi muito ruim. Durante muito tempo eu não conseguia contar e lembrar sem chorar e sem ter muita raiva do que eu passei, porque o hino do flamengo, foi a cerejinha do bolo. Foi de um afastamento de mim, da minha experiência e isso da anestesista e de perguntarem de aborto no momento em que eu tava em trabalho de parto, sei lá...”

Após o nascimento, o bebê ficou durante três horas no berçário sem qualquer indicação clínica, o marido de Isabela tentou se manter ao lado do filho, entretanto, não foi permitido que permanecesse ali. Conforme foi passando o efeito da anestesia e Isabela foi ficando mais consciente, ela começou a ter a sensação de que tinha acontecido algo de “muito errado” nesse processo e de que “não era pra ter sido assim”:

“É um não lugar. Você não é uma pessoa ali, não dá a sensação de que você é uma pessoa nesse processo, sabe? Ele nem chegou a avaliar a dilatação, nem botou a mão na minha barriga. Ele não se debruçou sobre o meu desejo de parto. Não era relevante pra ele. Chegou lá com uma fila de cesáreas e eu era mais uma, era uma questão de agenda, não de respeito à minha escolha, ao meu corpo e ao processo que eu estava vivendo”

Isabela foi a única mulher que entrevistei que tinha uma narrativa que abertamente, posta em palavras, reivindicava a questão subjetiva da mulher nesse “não lugar”, como definiu. Para ela, que não experimentou situações mais dramáticas do que essa experiência pode oferecer, a insatisfação gira em torno do desejo que não foi atendido, das expectativas que não foram respeitadas, do descaso com um momento que para ela era importante. Talvez pela sua reivindicação se tratar de “sentimentos”, como ela mesma definiu, apesar do desejo que sentiu em processar o médico após o parto, ela

não levou esse projeto adiante, pois quando foi buscar informações teve acesso à experiências que para ela teriam sido muito mais difíceis do que a que vivenciou. Inicialmente, Isabela pensava que a sua experiência tinha sido um “desrespeito”, mas após ter um maior contato com a ideia do *parto humanizado* e com a noção de *violência obstétrica*, em espaços de socialização virtuais da *humanização do parto* ela passou a entender que a experiência que teve foi uma violência que a “desrespeitou como mulher”, nas suas palavras.

4.4.2 “Para ela ver que pôr filho no mundo não é brincadeira!”: o relato anônimo de uma estudante de medicina na Internet.

Ainda sobre a prática médica, em 2016 circulou pela internet o relato anônimo de uma estudante de medicina que cumpria plantão em um hospital público e que vivenciou uma experiência que definiu como “o caso mais criminoso que já assisti”⁹⁷. O nome da estudante, do hospital, a cidade de origem e o nome da médica foram mantidos em sigilo, pois a estudante temia represálias da médica em questão por ser professora da faculdade de medicina. Segundo ela:

“Menina de 16 anos, grávida pela primeira vez, chega à maternidade, com contrações ritmadas e sete centímetros de dilatação. Não se queixava de dores fortes, apenas desconforto e certo cansaço. Andamos pelos corredores, do lado de fora da sala do pré-parto, das 23h até meia-noite. Tudo corria bem, eu fazia massagens na sua região lombar quando, de repente, a médica plantonista apareceu no local para atender outra paciente que estava na mesma sala, já que não há pré-parto individual. Ignorando o meu relato de que a paciente estava evoluindo superbem prescreveu ocitocina diretamente no soro, sem uso de bomba de infusão, a correr, sem um controle preciso do número de gotas, apesar de a paciente e a mãe dela terem dito que não queriam. ‘A obstetra aqui sou eu!’, disse. A paciente começou a sentir contrações dolorosas, ficando impossibilitada de caminhar. A obstetra mandou ela se deitar na

⁹⁷ Disponível em <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/estudante-de-medicina-escreve-desabafo-depois-de-assistir-a-parto-violento-feito-por-professora-chorei-de-raiva-e-frustracao-no-quarto-dos-internos/>; Acesso em 8/06/2019.

cama, para novo exame de toque, dizendo 'Ah, você está fazendo é fiasco!' e rompeu a bolsa da parturiente. Líquido claro. Os batimentos cardíacos do bebê estavam ótimos, eu captava com o sonar a cada dez minutos, preocupada com tanta ocitocina. Eu tentava argumentar com a obstetra: 'Dra., ela estava com contrações efetivas, ritmadas'. Mas ouvi: 'Agora são meia-noite e meia. Vamos acabar com isso já!'. E repetiu a pérola: 'Quem é a obstetra aqui? É tu?'

Bom, lá pelas duas da manhã, a paciente já estava com dilatação total, mas o bebê ainda estava alto. E a 'Dra.' tascou outro soro com ocitocina na moça, sob protestos da paciente, da mãe, que era sua acompanhante, e meus.

Na sequência levei uma super bronca porque deixei a paciente beber água. Bom, quando o bebê desceu e estava quase nascendo, a doutora, com gestos rudes, fez a paciente levantar-se do leito e me pediu para levá-la para a sala de parto, a cerca de dez metros dali. Disse para eu me paramentar, porque seria eu que daria assistência àquele parto. Minha colega estagiária, também interna, fazia o acompanhamento dos batimentos cardíacos do bebê que estavam ótimos, em 140 por minuto, e posicionamos a paciente deitada, em litotomia. A cabeça do bebê vinha descendo lentamente, mas descia. Os batimentos do bebê continuavam excelentes. Mas a obstetra, impaciente, gritou para minha colega realizar manobra de Kristeller. Ela se negou e eu disse para ela que nós não realizávamos aquilo. A médica brigou conosco, xingou todo mundo e mandou a enfermeira subir na escadinha e fazer. A enfermeira quase montou na paciente, que berrava para que parassem. A menina dizia que doía muito e que não conseguia respirar. 'Cala a boca!', gritou a obstetra. E subiu na paciente também. Eu dizia que não tinha necessidade daquilo, que o bebê estava descendo. Foi um pandemônio. A obstetra se enfureceu, tirou-me de campo e fez episiotomia.

Minha colega auscultou novamente o bebê: os batimentos cardíacos estavam ótimos, 136 por minuto. Não contente, a médica pediu para a enfermeira trazer o fórceps. Quando ela colocou, a paciente berrou de dor. E o corte, já enorme e feito contra a vontade de paciente, aumentou ainda mais, como um rasgo. A médica puxou o bebê com o fórceps, desnecessariamente ao meu ver, porque o bebê descia, ainda

que lentamente, era só ter paciência já que os batimentos cardíacos mostravam que tudo evoluía bem, não havia sofrimento fetal. Até o dorso do bebê estava à esquerda, como manda o figurino.

A médica olhou para mim, ao final e disse: 'Você que ficou aí parada, sutura aqui a episiotomia!'. Levei mais de uma hora para suturar aquele corte. Eu e minha colega anotamos tudo no prontuário. A 'doutora' não gostou do nosso registro e 'passou a limpo o prontuário', fazendo nova folha de registro! E foi dormir.

Para completar ainda recebi bronca por 'ter deixado a familiar entrar'. Quando retruquei dizendo que é lei federal, ouvi: 'Mas eles não sabem!'. A minha paciente chorou e a mãe dela disse: 'É assim mesmo, filha'. Eu disse que não, não era, que não precisava ser assim, horrível, enquanto suturava aquele corte profundo, enorme, que ia até quase a nádega da moça. Quando solicitei à enfermagem gelo perineal, para reduzir o edema, elas disseram: 'Só se a Dra. prescrever!'. Daí me humilhei na frente da obstetra para conseguir que fosse colocada a compressa de gelo. Consegui, mas ouvi que tinha sido bom 'para ela ver que pôr filho no mundo não é brincadeira!'. Daí eu entendi que ela fez tudo isso porque a moça tinha apenas 16 anos.

Também doeu ver que as pessoas não têm consciência de que isso é violência, mesmo depois de alertamos, eu e minha colega. A mãe dela disse, no fim: 'Olha, doutoras, eu não vou denunciar a médica porque a gente precisa dos médicos! A gente nunca deve fazer uma coisa dessas com quem cuida da gente!'. Foi de partir coração ouvir isso. A minha colega e eu choramos de raiva, de frustração, de tudo, no quarto dos internos. Esse foi o caso mais criminoso e horrível que eu assisti, o parto mais violento”.

Esse relato foi amplamente divulgado na Internet e apesar de não fazer parte do meu trabalho de campo, considero importante destacar três aspectos. Em primeiro lugar, a partir do relato da residente, podemos observar que, apesar de o trabalho de parto estar evoluindo bem, a obstetra realiza cinco intervenções a fim de acelerar o trabalho de parto: (i) uso de ocitocina sintética; (ii) amniotomia; (iii) manobra de Kristeller; (iv) episiotomia; e (v) uso de fórceps. Em segundo lugar, a hierarquia é evidenciada o tempo todo, seja no tratamento com a equipe, ou com a parturiente. A médica é grosseira com

a parturiente em diversos momentos, inclusive manda a jovem “calar a boca”. Com relação à equipe a hierarquia da sala de parto é lembrada duas vezes, segundo o relato, a médica afirma: “a obstetra aqui sou eu”. Além disso, a médica “passa a limpo” o prontuário da paciente, ocultando as informações que desejou e, como disse, pretendia desrespeitar a Lei do Acompanhante, que em ambos os casos configuram crime. A médica também conclui que todo o cenário da experiência de parto para essa mulher era “pra ela ver que pôr filho no mundo não é brincadeira”, evidenciando uma faceta da noção de *violência obstétrica*, que podemos compreender como punição. Já que para essa jovem compreender que ter filho não é “brincadeira”, ela precisa ser “punida” com um parto que lhe cause sofrimento.

Por fim, me chama atenção a postura da mãe da parturiente e sua acompanhante durante o trabalho de parto e parto, que tentou algumas vezes questionar a necessidade de algumas intervenções, mas que consola a filha dizendo que “é assim mesmo, filha”. A mãe afirma ainda que não fará denúncia a respeito da médica “porque a gente precisa do médico. A gente nunca deve fazer uma coisa dessas com quem cuida da gente”, o que, na verdade, reforça a ideia de que o médico, como detentor daquele saber, sabe o que é melhor para os seus pacientes e suas atitudes estariam sempre envoltas a uma ideia de “cuidado”.

4.4.3 O ponto do marido

A questão do “cuidado” envolve também um dos pontos mais questionados da prática médica quando se fala em *violência obstétrica*, que é a ideia do “ponto do marido”, nome dado ao ponto a mais feito na sutura da episiotomia. A episiotomia, independentemente do tipo, parte da fúrcula, que é o ponto central do introito vaginal, parte inferior da vagina. Após o parto essa região precisa ser costurada, em caso de laceração ou episiotomia, e, por ser um local mais delicado, a sutura deve aproximar a musculatura, o ponto muitas vezes precisa ser “apertado”. E muitas mulheres reclamam de dor no momento em que retornam à atividade sexual.

Entretanto, a episiotomia pode envolver uma prática médica muito questionada conhecida como o “ponto do marido”, pois quando o médico sutura a incisão da episiotomia, faz um ponto a mais que o necessário para tornar a vagina mais apertada. Essa prática esconde um ideal de que a vagina da mulher precisa ser sempre apertada para dar prazer ao homem. Entretanto, essa prática, que tem uma ideia “corretora”,

justificada como “*para não estragar o parquinho de diversões*” pelos médicos, causa uma série de malefícios à vida sexual da mulher, como, por exemplo, a dispareunia, que pode acarretar em uma futura cirurgia reparadora, diante da dor na relação sexual, que inviabiliza o prazer da mulher. O ponto do marido também pode acontecer em lacerações espontâneas que necessitem de sutura.

Nos três pontos abordados acima, a prática médica se vale de toda a sua autoridade nessa assistência, que, por vezes, não é considerada pela mulher – ou pela literatura – como o melhor atendimento. Como vimos ao longo do presente capítulo, há um processo de questionamento das práticas médicas por parte das mulheres e, também, por um grupo de médicos. Esses questionamentos compreendem que certas práticas são desnecessárias quando utilizadas de rotina, de forma indiscriminada. A noção de *violência obstétrica*, que a partir de uma ressignificação da experiência do parto, oferece artifícios para a crítica de mulheres à prática médica compreendida como excessivamente medicalizada, colocam em questão a autoridade do médico e trazem o questionamento de que as mulheres sempre foram compreendidas como seres que necessitam de tutela, pois a “natureza” feminina aparentava certa periculosidade e necessidade de intervenção.

Entretanto, a *violência obstétrica* envolve muito mais do que uma nova compreensão de caráter moral das mulheres sobre uma prática que foi por muito tempo compreendida como normal e parte do processo de nascimento. Também pode ser compreendido que a formação dos médicos, a questão econômica, a dimensão moral dos médicos que impacta na dimensão técnica e a negociação entre as categorias individuais entre médico e paciente estejam atreladas à questão da *violência obstétrica*.

Considerações Finais

Nos momentos finais da tese um parecer do Ministério da Saúde (MS) gerou muito conflito no debate sobre a *violência obstétrica*. E podemos dizer que houve uma “reviravolta” na discussão, pois em 3 de maio de 2019 o Ministério da Saúde se posicionou afirmando que não reconhecia o termo *violência obstétrica* e que este termo não será empregado pelo governo. Já era esperado que diante dos posicionamentos do novo governo do Presidente da República Jair Messias Bolsonaro houvesse algo nesse sentido, pois já era prometido um conjunto de medidas que contradiz o praticado anteriormente pelo Ministério da Saúde. Assim, o MS se posicionou afirmando que o termo *violência obstétrica* é uma conotação inadequada, pois acredita-se que não é a intenção do médico prejudicar ou causar dano à mulher ou ao concepto:

“Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.

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

A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.

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

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

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

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

Esforços institucionais são empreendidos por este Ministério da Saúde com a implementação de uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros, na busca de qualificar a atenção ao parto e nascimento, necessitando fortalecer parcerias em um processo multidisciplinar. Nessa perspectiva, têm-se intensificado esforços de aproximação com a academia, conselhos de especialidades e sociedades científicas para discussões ampliadas.

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

Encaminha-se ao GAB/SAS para prosseguimento”. (Ministério da Saúde, despacho em 3/05/2019).

O Ministério da Saúde afirma ainda que o termo *violência obstétrica* não “agrega valor” e que a partir de agora o termo não será mais empregado dentro das orientações do governo. Até então, o Ministério da Saúde reconhecia a *violência obstétrica*, delimitava o seu conceito, questionava as práticas médicas e divulgava canais de denúncia. Conforme a assessora técnica da saúde da mulher afirmou em 2017 através do “Blog da Saúde” do Ministério da Saúde:

“A violência obstétrica é aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo”.⁹⁸

Diversas entidades manifestaram seu apoio ao despacho do Ministério da Saúde. A FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) emitiu uma nota de apoio ao MS, afirmando que a recomendação de não utilizar o termo *violência obstétrica* deve ser apoiada, elogiada e amplamente divulgada, pois ela “demoniza” a figura do médico, afirmando ainda:

“A utilização da expressão ‘violência obstétrica’, envolve situações multifatoriais que passam por falta de vagas em maternidades, dificuldade de acesso das gestantes às maternidades, mau atendimento do pessoal administrativo, falta de ambiência adequada nas unidades hospitalares para assistência ao trabalho de parto e parto, e em situações que envolvem o atendimento prestado pela equipe de saúde, aqui incluído, claro, a equipe médica assistente.

Entretanto, o uso da referida expressão tenta demonizar a figura do médico obstetra, como único responsável pelas dificuldades do atendimento e por eventuais maus resultados na assistência ao parto e nascimento, com o que não concordamos. Devemos, por oportuno, registrar com toda ênfase que como instituição somos pelo completo acolhimento e respeito à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal e, absolutamente, contrários a todo tipo de violência à mulher em qualquer etapa da gravidez”.⁹⁹

⁹⁸ Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>; Acesso em 8/6/2019.

⁹⁹ Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica?highlight=WyJ2aW9sZW5jaWEiLCJvYnN0ZXRYaWNhIiwidmlvbFxiMDEiYW5jaWEgb2JzdFxiMDEiOXRyaWNhIi0=>; Acesso em 3/05/2019.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) também manifestou o seu apoio ao MS, compreendendo o termo *violência obstétrica* como um termo pejorativo, que agride e estigmatiza a comunidade médica, e que conturba a relação entre médico e paciente:

“Com relação à Nota Técnica do Ministério da Saúde, publicada no dia 3 de maio de 2019, na qual o Órgão se manifesta contra o uso do termo ‘violência obstétrica’, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reitera, publicamente, seu apoio integral a esse entendimento, conforme os pontos a seguir:

- 1) O CFM é totalmente contra qualquer tipo de ação que estimule ou permita a prática da violência contra pacientes e profissionais, em qualquer circunstância, independentemente de idade, etnia, nível socioeconômico, grau educacional, sexo, ou outra característica;
- 2) No caso da mulher, em todas as fases da vida, além de proteção contra a violência, o CFM defende que lhe seja oferecida assistência em saúde de forma integral e com qualidade, em especial em períodos de gestação (pré, durante e pós-parto), para lhe assegurar e ao seu filho vida e bem-estar;
- 3) Pelos compromissos dos médicos com a sociedade e com a população feminina, de forma específica, o uso do termo ‘violência obstétrica’ para adjetivar problemas da assistência no parto se torna inadequado, pejorativo e estimula conflitos entre pacientes e médicos nos serviços de saúde;
- 4) O uso dessa expressão agride a comunidade médica, de modo mais direto ginecologistas e obstetras, em sua imensa maioria comprometidos com o bom atendimento e com o respeito às suas pacientes, e que, por conta de uma percepção equivocada de alguns segmentos, têm tido sua participação diminuída e questionada no processo assistencial;
- 5) A adoção desse termo conturba a relação médico-paciente; quebra o princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada), como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis;

6) Diante desse quadro, o CFM entende que o termo ‘violência obstétrica’ é inapropriado, devendo ser abolido, pois estigmatiza a prática médica, interferindo de forma deletéria na relação entre médicos e pacientes;

7) Afinal, o médico tem como fundamento de sua profissão minorar o sofrimento do ser humano, conseqüentemente não há qualquer sentido pressupor que esse profissional, no exercício de suas funções, vá praticar atos que prejudiquem seus pacientes”.¹⁰⁰

Destaco ainda que o CFM critica a ideia de que a *violência obstétrica* vem sendo compreendida como causadora dos altos índices de mortalidade e morbidade materna e infantil, em oposição ao posicionamento do ativistas do *parto humanizado* que compreendem a *violência obstétrica* como um dos fatores que está diretamente relacionado a mortalidade materna, tendo em vista que 92% das mortes maternas poderiam ser evitadas com assistência adequada. O Conselho afirma ainda que não há qualquer sentido em pressupor que o médico “vá praticar atos que prejudiquem seus pacientes”.

O CREMERJ também se posicionou favorável ao despacho do MS através da declaração do conselheiro da autarquia e responsável pelo Grupo de Trabalho Materno Infantil, que comemorou o posicionamento da entidade:

“Há anos lutamos para que o termo ‘violência obstétrica’ deixe de ser usado, pois abre brechas contra o obstetra, o demonizando e o colocando como culpado, sendo que, na verdade, ele é vítima junto com a gestante. O que existe na verdade é uma violência institucional por meio de maternidades sem condições e muitas como verdadeiras masmorras medievais Brasil afora, sem obstetras, pré-natal sem médicos, falta de segurança, salários péssimos e isso quando se recebe sem tomar calote, vínculos precários sem concurso. Tudo isso são fatores que atingem as gestantes e também aos médicos. É contra isso que as pacientes devem lutar e não contra nós, médicos ataçados por pessoas de viés ideológico antimedicina. É uma luta do atual CREMERJ resolver este problema”.¹⁰¹

¹⁰⁰ Disponível em <http://www.portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>; Acesso em 1/06/2019.

¹⁰¹ Disponível em <https://www.cremelj.org.br/informes/exibe/4270>; Acesso em 12/06/2019.

O conselheiro do CREMERJ trouxe para o debate a questão de que o médico “é vítima junto com a gestante” diante da “violência institucional” que sofre com as condições de trabalho, destacando ainda que o termo *violência obstétrica* comporta um viés ideológico “antimédico”, que é uma crítica que a noção de *violência obstétrica* vem sofrendo, ainda que as reivindicações não sejam contra aos procedimentos médicos, e sim, contra os excessos de intervenções.

O despacho do Ministério da Saúde foi amplamente divulgado pelos principais veículos de comunicação^{102 103 104 105}, e também foi alvo de muitas críticas por parte dos grupos do *movimento do parto humanizado*, pelas instituições que trabalham com os direitos das mulheres e por diversos ativistas. O Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) aprovou por unanimidade em sua 47ª Reunião Plenária, em 9 de maio de 2019, uma recomendação ao Ministério da Saúde que desconsidere o despacho do órgão por considerar que a abolição do termo *violência obstétrica* apresenta um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e da saúde materna. Segundo o a recomendação:

“O termo ‘violência obstétrica’ é amplamente utilizado no âmbito acadêmico, jurídico, social e institucional, tendo sido reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como violação de direitos humanos das mulheres, externando preocupação com relatos sobre desrespeitos e abusos durante o parto em instituições de saúde que incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercitivos ou não consentidos, entre diversas graves violações”.¹⁰⁶

¹⁰² Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>; Acesso em 5/06/2019.

¹⁰³ Disponível em <https://www.revistaforum.com.br/contrariando-a-oms-ministerio-da-saude-veta-termo-violencia-obstetrica-por-vies-socialista/>; Acesso em 2/06/2019.

¹⁰⁴ Disponível em <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>; Acesso em 15/06/2019.

¹⁰⁵ Disponível em <http://midianinja.org/natalia-szermeta/ministerio-da-saude-adverte-violencia-obstetrica-nao-existe-ta-k/>; Acesso em 15/06/2019.

¹⁰⁶ Disponível em <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/2019.05.09CNDHaprovaRecomendaosobreviolenciaobstetrica.pdf>; Acesso em 11/06/2019.

Em resposta ao despacho do Ministério da Saúde o Ministério Público Federal emitiu uma recomendação ao MS que afirmava que o termo *violência obstétrica* é usualmente utilizado pela sociedade civil e que no lugar de proibir o uso, deveria articular ações que coibissem “as práticas agressivas”. A recomendação de dez páginas fala das diversas denúncias recebidas pelos MPF de casos de *violência obstétrica*, citando inclusive o inquérito¹⁰⁷ instaurado em fevereiro de 2014 que conta com 1952 páginas. Segundo a Procuradora da República Ana Carolina Previtalli Nascimento o inquérito relata situações de uso de ocitocina sintética de forma irrestrita para acelerar o trabalho de parto, a obrigatoriedade de parir na posição litotômica, situações de negligência, ofensas e ameaças, negativa de analgesia ou métodos não farmacológicos de alívio da dor, episiotomia sem consentimento da parturiente e contra a vontade da mulher, cesarianas desnecessárias por conveniência médica ou por falta de experiência do profissional, manobra de Kristeller, desrespeito à lei do acompanhante, exames de toque constantes e dolorosos realizados por diversos profissionais, e que desconsidera as orientações da OMS.

Além disso, a recomendação considera que o Ministério da Saúde optou por abolir o termo *violência obstétrica*, pretendendo “restringir” a liberdade de manifestação da sociedade. A recomendação considera ainda que a *violência obstétrica* deve ser compreendida como violência de gênero nos termos da Convenção de Belém do Pará e compreende que o termo está “consolidado” em diversas legislações e documentos científicos internacionais. No Brasil, o MPF entende que o termo *violência obstétrica* está “consagrado”, por “diversos diplomas legais estaduais”, se referindo às leis estaduais do Mato Grosso do Sul, de Pernambuco, de Santa Catarina e de Minas Gerais.

Assim, o MPF recomenda:

“RECOMENDA o Ministério Público Federal ao Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Atenção à Saúde ou quaisquer outras Secretarias que tratem do atendimento ao parto no país, que:

- I- esclareça por meio de nota que o termo “violência obstétrica” é expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil, sendo o uso da expressão livremente facultado independentemente de eventual preferência do

¹⁰⁷ Inquérito Civil do MPF: 1.34.001.007752/2013-81

Ministério da Saúde em utilizar expressões alternativas em suas ações específicas;

- II- que se abstenha de empregar quaisquer ações voltadas especificamente à abolição do uso da expressão “violência obstétrica”, empregando, ao invés, ações voltadas a coibir as práticas agressivas, maus tratos e desrespeitos durante o parto, independentemente da intenção dos profissionais em causar danos;
- III- adote as ações positivas recomendadas pela “Declaração de prevenção e Eliminação, de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, publicada em 2014, que reconhece a ocorrência de violência física, verbal e maus tratos durante o parto, independentemente da intencionalidade do profissional em causar dano, e recomenda:
 - 1- apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
 - 2- apoio e manutenção de programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde Materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
 - 3- enfatize os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, independentemente da intencionalidade dos profissionais em causar danos;
 - 4- adote ações positivas para produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de **responsabilização** e apoio aos profissionais;
- IV- Dê ampla divulgação desta RECOMENDAÇÃO às Unidades de Saúde de todo o país”. (Grifos do autor).

O Ministério Público Federal deu um prazo de quinze dias para que o Ministério da Saúde divulgasse a sua posição com relação à recomendação. E em 7 de junho de 2019, o Ministério da Saúde respondeu à recomendação através do Ofício No. 296/2019, apresentando todas as iniciativas que desenvolve visando a melhoria da atenção ao parto. Segundo o secretário de atenção primária à saúde, Erno Harzheim:

“Nesse sentido, o MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em

situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema”.

O Ministério da Saúde compreende como legítimo o uso do termo *violência obstétrica*, entretanto manteve a decisão de não utilizá-lo dentro do Ministério, segundo o secretário:

“Dessa forma, o Ministério da Saúde reitera que a expressão utilizada nos documento e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*’, no qual declara que essas situações nas instituições de saúde afetam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação”.

O Ministério da Saúde reconhece que é legítimo as mulheres usarem o termo *violência obstétrica*, mas afirma que não fará uso do termo, optando pela utilização de “prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Esse posicionamento do MS impacta na visibilidade do termo *violência obstétrica* e deixa claro que apesar das inúmeras iniciativas, inclusive do governo, a *violência obstétrica* ainda está em processo de legitimação como um problema público. De fato, esse é um tema que não se esgota com muitos posicionamentos e reivindicações, gerando o que definiu Martin (2006) como *linha de conflito* para falar da questão entre os defensores e os críticos dos índices de cesariana:

“Enquanto os defensores enfatizam a maior segurança do procedimento hoje em dia, se comparado com o passado, os críticos enfatizam o perigo relativo, tanto para a mãe como para o bebê, de simplesmente realizar o procedimento quando comparado ao parto vaginal. Enquanto os defensores enfatizam o perigo para o bebê de apresentações incomuns (sobretudo a apresentação pélvica) e de trabalhos de parto inusitadamente longos, os críticos enfatizam a possibilidade da utilização de técnicas mais simples e não cirúrgicas

para virar o bebê ou acelerar o parto. Enquanto os defensores enfatizam o conforto da mãe (ela pode muitas vezes evitar completamente a experiência do trabalho de parto) e do bebê (que não precisa se submeter ao processo de se espremer para passar pelo canal de nascimento), os críticos enfatizam o desconforto, por vezes extremo, que as mães sofrem após a operação e a incapacidade relativa da mãe de cuidar do bebê enquanto se recupera de uma cirurgia importante. Enquanto os defensores dizem que são forçados a realizar cesarianas se existir qualquer possibilidade de complicação, de forma a evitar processos por negligência (nesse caso, a realização de mais intervenções, e não menos, protege o médico), os críticos dizem que um consentimento informado pode ser usado para proteger o médico e permitir à mulher maior autonomia para escolher o tipo de parto que deseja” (MARTIN, 2006, p. 139-141).

Ou seja, os lados dessa disputa apresentam muitas argumentações legítimas, pois a *violência obstétrica* não é um problema focado na figura do médico, ela comporta a instituição de saúde como um todo, e por outro lado o sofrimento das mulheres que se compreendem como vítimas de *violência obstétrica* não pode ser diminuído porque muitas vezes as práticas violentas terão impacto pelo resto de suas vidas¹⁰⁸.

Pensando na delimitação do que é a *violência obstétrica*, vimos que se trata de uma categoria que diz respeito às práticas que as mulheres experimentam na gestação, no parto e em situações de abortamento, que até então eram compreendidas como normais ao processo de nascimento, e que foram ressignificadas e atribuídas de valor moral. Entretanto, vimos ao longo do texto também, que não contamos com uma classificação clara e única do que é a *violência obstétrica*, e existem interpretações sobre o tema que podem variar em sua avaliação, não sendo familiar à todas as mulheres. A respeito disso optei por trazer dois casos que evidenciam as questões relatadas acima.

¹⁰⁸ A respeito disso, a CNB divulgou no dia 21 de maio de 2019, que nos quatro primeiros meses do ano de 2018, foram registradas 26 denúncias de “violência obstétrica” pelo 180 (Central de Atendimento à Mulher). No mesmo período em 2019 esse número cresceu para 260 denúncias. Os dados não estão disponíveis do site do Ministério da Mulher. Disponível em <https://www.portalcabcampinas.com.br/2019/05/numero-de-denuncias-de-violencia-obstetrica-ja-e-dez-vezes-maior-esse-ano/>; Acesso em 10/06/2019.

Conheci Bárbara através da campanha de arrecadação de fundos que ela fez para captar recursos para arcar com os honorários de uma perícia assistente técnica especialista em obstetrícia e atendimento no parto, que seria um documento importante na ação que move por negligência contra a médica neonatologista que acompanhou o parto e o hospital em que o seu filho nasceu. Isso porque seu filho João ao nascer não recebeu atendimento adequado e hoje aos 5 anos tem paralisia cerebral grau 5, tetraplegia e uma síndrome epiléptica grave.

Me chamou atenção que em nenhum momento do relato que ela deu no grupo virtual e, também, na página da campanha, ela usasse o termo *violência obstétrica*. Eu a convidei para conversarmos e ela prontamente aceitou. Atualmente reside com o filho na região serrana e ocasionalmente vem ao Rio.

A gestação de João foi absolutamente saudável, sem qualquer intercorrência. A mãe tinha 25 anos, morava no Rio de Janeiro e era estudante de graduação. Como Bárbara não tinha plano de saúde optou por contratar uma equipe médica particular, composta por duas obstetras e uma doula. Fez um plano de saúde já grávida e, por ainda estar no período de carência, Bárbara precisou pagar os gastos do hospital, que incluía a equipe de enfermagem, o anestesista e o pediatra neonatologista – profissionais do próprio hospital. Buscou um acompanhamento humanizado e entrou em trabalho de parto espontaneamente, próximo das 41 semanas de gestação.

Bárbara relata que o processo do trabalho de parto foi muito doloroso e pra ela foi lento, entretanto o trabalho de parto começou as 10 da manhã e às 14 horas já estava com 8 centímetros de dilatação, quando solicitou anestesia. Os batimentos cardíacos de João eram monitorados com frequência e ele se apresentava muito bem e saudável. Além da anestesia, solicitada por ela, não houve nenhum outro tipo de intervenção.

Quando chegou a dilatação total, a equipe mantinha a ausculta sistemática do bebê e a orientavam a fazer força. O período expulsivo foi considerado rápido por Bárbara, mas quando João nasceu não chorou e não se mexia, a pediatra neonatologista o pegou e levou para a mesa de reanimação que ficava atrás da cama que Bárbara estava, e ela não conseguia ver o seu bebê. Ela estava tendo um sangramento pós-parto, mas chamava pelo bebê e ouvia a pediatra dizer para a enfermeira: “Ainda está sem drive¹⁰⁹. Anota aí”, mas não se dirigia a Bárbara. Como o bebê não chorava todos começaram a ficar preocupados:

¹⁰⁹ Sem drive respiratório, portanto, sem respirar.

“Quando o tempo passou sem o João chorar e ao ver todos nervosos, ou mesmo desesperados, eu gritei. Comecei a gritar e tentar me levantar para vê-lo, ele estava na minha lateral, em um ponto cego. Eu não sabia se nada estava sendo feito no momento, mas descobri depois, olhando os documentos que não. Nada do que foi feito estava correto. Nem no tempo correto para salvar meu filho de uma hipóxia¹¹⁰, nem mesmo a ordem dos procedimentos. Eu só percebi que algo estava errado porque ele não chorava. Gritei e tentei me virar. João tinha nascido, estava praticamente azul e já estava há muitos minutos sem respirar, ‘sem drive’ como a médica dizia, de forma insensível, como se tivesse falando de um saco de batatas. Tentei me levantar gritando que ele ia morrer e perguntando porque ele não chorava. Ela [neonatologista] me respondeu: ‘ele não vai chorar agora, pois está intubado’”.

João acabou sendo transferido para a UTI Neonatal, onde chegou em estado grave, conforme os documentos do hospital, “cianótico, taquipnéico, hipoativo e hiporeativo”. Já na UTI teve uma braquicardia¹¹¹ e uma crise convulsiva. Descobriram que havia mecônio nas vias respiratórias, obstruindo a respiração. Lá teve nova privação de oxigênio, precisou ter o tubo trocado, apresentou pneumotórax¹¹² e precisou ser operado para a retirada do mecônio dos pulmões.

Provavelmente a aspiração de mecônio durante o período expulsivo, causou todo esse desenrolar para João, entretanto, segundo Bárbara, para as normas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria¹¹³ o primeiro procedimento que deveria ter sido realizado era a aspiração das vias aéreas, para resolver qualquer possível obstrução. João não foi aspirado em momento nenhum, sendo identificado que havia mecônio fluído¹¹⁴ apenas quando ele foi transferido para a UTI Neonatal. O bebê foi intubado na sala de parto, após permanecer sem respirar por mais de 5 minutos, quando na verdade, a intubação deveria acontecer antes dos 3 minutos, sendo oferecida

¹¹⁰ Hipóxia: privação de oxigênio.

¹¹¹ Braquicardia: frequência cardíaca inferior a 100 bpm.

¹¹² Pneumotórax: descolamento de parte da parede do pulmão que compromete a respiração.

¹¹³ Disponível em

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf; Acesso em 23/0

¹¹⁴ O que sugere que o mecônio foi expelido há pouco tempo.

máscara de oxigênio, massagem cardíaca, nova aspiração e então intubação, o que não aconteceu.

“Ele era perfeito. Tudo foi causado pelo erro no socorro no parto. Uma vez que ele nasceu com batimentos cardíacos fortes (acima de 100 bpm) e se tivesse sido colocado no protocolo corretamente após o corte do cordão umbilical, ele poderia estar bem. O grande ‘X’ da questão é que ele não teve qualquer alteração dentro da barriga, inclusive nasceu com batimentos fortes, mas não respirou e não se mexeu. Então, ele precisava do protocolo imediatamente (...). O caso do João foi negligência mesmo. Era uma criança perfeita, uma mãe sem pressão alta, jovem, ele com os batimentos [cardíacos] ótimos, mas que não conseguiu respirar e que não foi socorrido. Eram os médicos responsáveis ali que tinham de considerar o mecônio e aspirar (...). E viver a realidade todos os dias é bem difícil. Apesar de lembrar ser pior porque podia ser diferente. João é um menino maravilhoso. E é triste saber que ele poderia estar correndo”.

O processo por negligência e demora no socorro corre na justiça, a neonatologista alegou na defesa fatos que não aconteceram e por isso a necessidade da perícia médica para o processo. Bárbara relata que a médica disse para ela: “no parto humanizado as intervenções médicas são mínimas”, justificando a demora pra iniciar o procedimento de reanimação neonatal.

A fala da médica traz uma questão importante relativa à compreensão da categoria *parto humanizado*. Em primeiro lugar, a ideia de *parto humanizado* é comumente confundida como “parto domiciliar”. Além disso, o *movimento do parto humanizado* não defende que as intervenções não devam ser realizadas quando necessárias, os ativistas questionam as práticas de rotina impostas pelo modelo tradicional de assistência ao parto. Bárbara acredita que a médica não prestou o socorro de maneira adequada, por se tratar de um *parto humanizado*, do qual é contra, como Bárbara veio saber posteriormente.

Como citado anteriormente, Bárbara não faz uso do termo *violência obstétrica*, o que me impulsionou a entrevistá-la. Ao final da nossa conversa perguntei se ela considerava que tinham sido vítimas de *violência obstétrica*, e Bárbara definiu como “violência neonatal”. Em especial porque recebeu toda a atenção necessária por parte da

equipe médica que tinha contratado – as duas obstetras e a doula, e não gostaria de vincular a má assistência que a neonatologista prestou às obstetras que a acompanharam. E também afirmou que não compreendia exatamente o termo *violência obstétrica*, achando-o “confuso”. Aqui fica claro que há uma dificuldade na delimitação da *violência obstétrica*, afinal, como vimos anteriormente (cf. capítulo 3) alguns grupos de ativistas consideram como *violência obstétrica* o que Bárbara optou por denominar “violência neonatal”.

A *violência obstétrica* é, sem dúvida, um ponto sensível para os médicos. E a recusa ao termo aparece pautada na liberdade total que o médico deve ter para exercer o seu ofício como julgar necessário em cada caso, sob a justificativa de proteger a mulher e o bebê. Na ocasião da *live* transmitida na rede social Instagram pelo CREMERJ, já citada anteriormente (cf. capítulo 2) a respeito dos planos de parto, o conselheiro-relator da autarquia federal se posicionou com relação aos planos de parto, afirmando que os médicos não poderiam assinar aos planos de parto que os impedissem de atuar durante o parto. A *violência obstétrica* é compreendida pelos médicos como um termo contra eles, que serve para constrangê-los em sua prática e atrapalhar a relação entre médico e paciente. Vimos que a mulher foi compreendida como um ser “estranho” e instável pela literatura médica, entretanto, com um papel social importante para o projeto da sociedade. Sendo sempre alvo de interpretações e patologização da sua condição feminina.

Rohden (2001) traz a ideia de que as concepções morais dos médicos impactavam no estabelecimento da prática médica, segundo ela:

“O interessante é poder se considerar o fato de como esse trabalho já estava, desde o início e em alguma medida, permeado pelas concepções culturais desses médicos. Ou seja, aquilo que percebiam como natural já era fruto de suas visões de mundo, de suas noções morais, de suas referências sobre as relações de gênero”. (ROHDEN, 2001, p. 227)

Considerar o impacto da cultura na prática médica é fundamental para o debate, sobretudo quando, na prática médica a dimensão moral ultrapassa a dimensão técnica. De fato, as subjetividades, do médico e do paciente, estarão sempre em negociação, permeadas pela hierarquia, já que o médico é quem detém o saber. Entretanto, como

vimos anteriormente, nas situações de abortamento (cf. capítulo 3) e no caso de Bárbara, as noções morais dos médicos interferem diretamente na assistência e na saúde dos indivíduos.

Outro relato importante sobre a dificuldade da delimitação do que é *violência obstétrica* é o caso de Nara. Mulher negra, moradora da Tijuca, Zona Norte do Rio de Janeiro, pós-graduada da área de humanas, doula e de classe média. Conheci Nara a partir de um grupo virtual sobre maternidade e quando nos encontramos pela primeira vez, constatamos que ela era natural da mesma cidade de meu marido, no Sul Fluminense. Em algum momento conversamos sobre o tema e ela me contou que considerava que tinha sofrido *violência obstétrica*.

Tentamos marcar a entrevista algumas vezes, mas por conta da gestação da minha segunda filha, eu tinha optado por me afastar das entrevistas naquele momento. Depois que Pilar nasceu, eu tentei fazer uma entrevista que não deu certo e pouco tempo depois considerei que seria interessante conversar com Nara. Em meados de 2017, com Pilar aos 4 meses no colo, fui à casa de Nara, que já estava grávida do seu segundo filho, e comemoraria em poucos dias o aniversário de 3 anos da primogênita.

Nara optou por um parto domiciliar acompanhado por uma enfermeira obstetra e fazia consultas também com uma médica obstetra do *movimento do parto humanizado*, que seria a equipe de backup, caso fosse necessária uma transferência para o hospital. Com 39 semanas de gestação entrou em trabalho de parto, não sentia as contrações, apenas muita dor lombar, seu marido percebeu que a dor piorava de tempos em tempos e optou por chamar a enfermeira obstétrica, que chegou na casa da Nara às duas da madrugada.

O trabalho de parto foi muito longo e progrediu lentamente. Às sete da noite daquele dia, a enfermeira obstétrica sugeriu uma remoção para o hospital, pois acreditava que Nara precisava receber analgesia, pois estava muito cansada e pouco ativa. Nara não queria ir para o hospital porque acreditava que se fosse, seria encaminhada para uma cesárea. Chegando no hospital foi recebida pela obstetra e logo foi realizada a anestesia, e nesse período Nara pôde descansar um pouco. Logo estava com nove centímetros de dilatação e começou a ser incentivada a fazer força, mas a obstetra quis fazer um exame de toque antes. Esse exame de toque foi muito doloroso e fez Nara gritar, e então a médica disse: “agora sim, pode começar a empurrar”.

Nara relata que durante todo o processo do expulsivo a obstetra permaneceu olhando o celular e em alguns momentos olhava pra ela e dizia “com cara de desdém”,

como definiu Nara: “Essa força aí... Não é essa força, não” ou “Ih... assim não vai nascer. Não tá bom não...”. Mas a anestesista e a obstetra auxiliaram a apoiaram nesse momento e logo sua bebê nasceu, após quase 24 horas de trabalho de parto.

Posteriormente, ficou sabendo que a obstetra colocou ocitocina sintética no soro e não a informou, soube que é um procedimento comum em casos de anestesia, mas se queixa de não ter sido informada em nenhum momento a respeito do uso da ocitocina. Nara afirma que voltou pra casa muito cansada, que sentia que o “parto era um evento muito bruto”, nas palavras dela. E viveu com alguns incômodos sobre a experiência povoando seus pensamentos nos meses que se seguiram.

Quando sua filha estava com três meses, marcou uma consulta com a enfermeira obstetra para conversarem sobre o parto – esse é um momento bastante comum nos espaços do *parto humanizado*. A enfermeira obstétrica explicou tudo o que tinha acontecido, justificou o uso da ocitocina sintética e explicou que o toque vaginal que Nara sentiu dor, tinha sido necessário pois ela apresentava rebordo de colo^{*115}, e por isso a médica forçou a dilatação até dez centímetros de forma manual, “ganhou no dedo”, como dizem. Entretanto, Nara não concorda com a necessidade do procedimento:

“A história do rebordo de colo não me desce. E eu tenho noção... disso que eu te disse e repito: não porque foi uma coisa muito grave diante das episiotomias e horrores que as mulheres sofrem, mas por eu ter percebido que aquele momento, é um momento de extrema fragilidade. E que a gente que opta por uma equipe particular, você paga uma fortuna para não ficar suscetível a isso, entendeu? Eu fiz questão. Eu juntei dinheiro dois anos (eu não tenho esse dinheiro), pra escolher a melhor equipe que custou 14 mil reais, pra poder não ter preocupação com isso, pra poder estar entregue (...) Mas não precisava... por que ela tava com pressa de esperar dilatar um centímetro? Eu achei o fim da picada. Eu achei esse um ato de violência de quebra de confiança, que a gente deposita na equipe por ser uma equipe particular, que você espera que vai tá livre do sofrimento desnecessário (...). Eu não tinha como evitar passar as 20

¹¹⁵ A explicação também está presente no “Glossário”, entretanto considero importante assinalar que o rebordo de colo acontece quando o colo do útero não “apagou” completamente, ou seja, não chegou à dilatação total, ainda resta uma “borda”, que impede a passagem do bebê.

horas, foi o meu processo, mas aquilo ali não. Foi desnecessário, nesse sentido que eu considero uma violência, mesmo localizando como infinitamente menor do que as mulheres sofrem”.

Para Nara existem coisas que são compreendidas como *violência obstétrica* que são muito mais sérias do que a que ela experimentou, mas que “não necessariamente fere menos”, nas suas palavras. Ela não atribui a violência que vivenciou como uma questão de racismo, para ela é uma prática que acontece e que deveria ser informada, e foi uma surpresa para ela ter essa experiência com uma equipe particular. Entretanto, quanto ao tratamento que recebeu por parte da obstetra, seu pouco interesse e certo “desprezo”, nas palavras de Nara, é que afirma que fica clara essa delimitação de racismo estrutural.

Assim, fica claro, mais uma vez, que a delimitação da *violência obstétrica* vem seguindo uma lista já estabelecida, a partir da ideia que foi amplamente divulgada, que considera certas intervenções ou tratamento das mulheres como uma forma de violência, especialmente no parto, mas que, na realidade, ainda não agrega todas as sutilezas desse campo em construção, e talvez nunca agregará. O que é *violência obstétrica* e para quem é, foram duas perguntas importantes que busquei responder ao longo da tese e o caso de Nara exemplifica bem esses dois questionamentos. Em primeiro lugar porque era uma assistência “humanizada”, que naturalmente já se faria supor estar livre de qualquer tipo de “violência” e em uma intervenção compreendida como “normal” e “favorável”, uma prática “aceita”, que foi entendida por Nara como uma forma de *violência obstétrica*. Uma violência de caráter moral por representar a quebra da confiança que Nara tinha na equipe.

Além disso, a partir do exemplo de Nara, podemos pensar para quem é a *violência obstétrica*, quem é que legitima certas práticas como violência. De modo geral, podemos dizer que a noção de *violência obstétrica* está presente para quem ressignificou a experiência do parto. Entretanto, no caso de Bárbara, que optou por uma equipe humanizada acreditando que essa seria a melhor assistência, ela não considera a negligência ao socorro do seu filho como *violência obstétrica* falando em “violência neonatal”.

Ainda sobre o relato de Nara, há um aspecto que foi pouco explorado na tese e que me interessa pontuar: a questão racial. Segundo Nara, ela percebeu o racismo na relação entre elas, a mulher negra e a obstetra branca, que a tratou com “desprezo”,

como ela definiu. No capítulo 3, vimos que são as mulheres negras que têm maior prevalência de parto pós-termo, que têm o menor número de consultas e exame pré-natais, esperam mais pra serem atendidas e têm menor tempo de consulta, que se vinculam menos à maternidade para o parto e recebem menos informação, sendo as que mais peregrinam para parir. Além disso, são as mulheres negras que têm menos acesso à anestesia, que mais têm o direito ao acompanhante negado, as que recebem menos analgesia e menos intervenções necessárias, como a cesárea.

O racismo atravessa as relações entre médicos e pacientes, impactando no tratamento que essas mulheres têm no parto, que ao mesmo tempo pode ocasionar riscos para a saúde de mãe e bebê. Segundo Martin (2006):

“Seja a raça ou a classe social o mecanismo dominante que leva ao tratamento diferenciado das mulheres em trabalho de parto, o fato é que ambos afetam profundamente a experiência do parto em nossa sociedade. As maneiras como as mulheres resistem àquilo que as desagrada a respeito do tratamento médico do parto são claramente influenciadas por sua classe e sua raça. As jovens negras, bem concretamente, têm mais a resistir: não apenas têm maior chance de sofrer intervenções e operações, mas também de sentir o peso aviltante do racismo na maneira como são tratadas. Para uma mulher branca de classe média, a questão proeminente pode ser protelar a ida para o hospital, de maneira a não permitir que a cronometragem seja iniciada, ou se organizar e exigir que todos os hospitais das vizinhanças tenham salas de parto; para uma mulher branca da classe trabalhadora, a protelação pode ser uma questão, mas por trás dela espreita um problema maior, que é encontrar uma maneira de pagar pelo atendimento pré-natal, obstétrico e do bebê; para uma mulher negra da classe trabalhadora, as questões da protelação ou de como arcar com as despesas podem ser cruciais, mas, mesmo se ela as desafia, ainda precisará encontrar um meio de evitar ser categoricamente maltratada ou de conseguir que lhe expliquem alguma coisa do que está acontecendo”. (MARTIN, 2006, p. 243)

Evidentemente que a *violência obstétrica* não estaria relacionada apenas à questão de raça e classe, afinal, ela se apresenta de maneiras diferentes para os estratos

da sociedade. Entretanto, a discriminação está expressa nos indicadores sociais quando a mortalidade materna é maior entre mulheres negras.

Segundo a Pesquisa Nascer no Brasil (2014), foram as mulheres brancas, com maior escolaridade e renda, que tiveram mais acesso ao direito do acompanhante, no setor privado e que tiveram cesarianas. Frequentemente, a cesariana eletiva por escolha médica é compreendida como *violência obstétrica* e costuma acontecer em maior porcentagem no setor privado, alcançando mais de 84% segundo a ANS (2012) e 88% segundo a Pesquisa Nascer no Brasil (2014). A questão financeira deve ser levada em conta para se compreender esse cenário.

Anteriormente discutimos as questões orçamentárias que giram em torno do parto, seja no âmbito público ou privado (C.f capítulo 4). Fica claro que os valores pagos aos médicos nos partos via vaginal pelos planos de saúde não são um atrativo para os profissionais, que muitas vezes passam 10, 15, 20 horas acompanhando um único trabalho de parto. Muitas são as críticas a esse sistema de remuneração e isso se expressa nos números de prestadores que atendem ao parto por via vaginal. Existem propostas para a melhoria na remuneração dos obstetras credenciados aos planos de saúde, como por exemplo, remunerar o profissional por turno trabalhado e não por parto, além de dobrar o valor pago pelo parto normal em relação à cirurgia cesariana, entre outras medidas.

Evidentemente a questão monetária do parto no setor privado não é o único problema, e como vimos anteriormente, a formação dos médicos parece ser um divisor de águas na condução da assistência prestada. Já no âmbito do SUS, esbarramos também na reivindicação sobre as questões estruturais que impactam as condições de trabalho, sendo criticado, segundo o CREMERJ, o modelo de contratação dos médicos que dificulta o aperfeiçoamento dos profissionais.

Porém, os relatos de *violência obstétrica* não são só de imprudência, imperícia e negligência médica, eles apresentam também impacto psicológico de que as mulheres se queixam, como vimos anteriormente.

Douglas & Wildavsky (2012) trabalham com a noção do risco a partir da perspectiva dos riscos tecnológicos e ambientais para a sociedade norte-americana. Considerando que a percepção pública de risco e os seus níveis aceitáveis são um constructo coletivo que determina qual é o risco a se enfrentar e qual a ordem. A seleção dos perigos a partir das percepções de “certo” e “errado” dependem de categorias

culturais e o estabelecimento do consenso a respeito das “ameaças mais preocupantes” é básico.

Ainda que não haja garantia de que os riscos que as pessoas buscam evitar não seriam aqueles que causariam mais prejuízo, criando com esse controle, uma falsa sensação de segurança. Os autores ressaltam também o caráter de negociação simbólica dos grupos que coexistem numa mesma sociedade.

A *violência obstétrica* estabelece e, assim, seleciona quais são os riscos e os níveis aceitáveis desses riscos com relação ao parto. É construído socialmente para um grupo o que é “certo” e o que é “errado” no processo de parturição, e, portanto, o que se deve evitar, como a cesárea sem indicação clínica, a episiotomia, a manobra de Kristeller, a ocitocina sintética, a amniotomia, os excessivos toques vaginais, os excessos verbais, como gritos e palavras ofensivas à parturiente, entre outros. E ainda dentro da lista do que deve ser evitado, é possível perceber o que é mais tolerado, baseado no processo de ressignificação do parto que atribuiu valor – positiva ou negativamente – ao processo do parto, a experiência da dor, às intervenções de rotina, à figura do médico – “cesarista”, etc.

O estabelecimento do risco é uma questão de organização social, enquanto a gestão do risco é um problema organizacional, que deve ser compreendido pela instituição com o intuito de lidar com o risco e encontrar mecanismos para preveni-lo. Poderíamos estabelecer muitos riscos a partir dessa temática, inclusive do ponto de vista médico, ou das mulheres que optam pela cesariana, pois o conceito de risco vai variar de acordo com os grupos, entretanto, optei por focar no caso da *violência obstétrica* no parto.

Finalmente, a *violência obstétrica*, como observamos ao longo do texto, pode ser compreendida como um “Drama Social”, conceito elaborado por Victor Turner (2008), definido como unidades de processos desarmônicos que aparecem a partir do conflito.

Os dramas sociais são divididos pelo autor em quatro fases. Primeiro, ocorre a “*ruptura* de relações sociais formais, regidas pela norma, ocorre entre pessoas ou grupos dentro do mesmo sistema de relações sociais” (TURNER, 2008, p.33) Essa *ruptura* marca o rompimento público com uma norma crucial que regule as relações. E, segundo Turner isso não é um crime, é o que abre a possibilidade para o confronto entre as partes.

No segundo momento, temos a fase da *crise*, que com sua característica crescente ganha proporções maiores, e gera uma clivagem nas relações sociais. Nesse

momento, Turner fala em “escalada da crise”, compreendido como momentos drásticos para a sociedade, revelando-se o real estado das coisas: “quando é menos fácil vestir máscaras ou fingir que não há algo podre na aldeia” (TURNER, 2008, p. 34).

Na terceira fase, há a *ação corretiva*, uma tentativa de conter a crise:

“No intuito de limitar a difusão da crise, certos ‘mecanismos’ de ajuste e regeneração, informais ou formais, institucionalizados ou ad hoc, são rapidamente operacionalizados por membros de liderança ou estruturalmente representativos do sistema social perturbado. Os tipos e a complexidade de tais mecanismos variam de acordo com fatores como a profundidade e a importância social compartilhada da ruptura, a inclusividade da crise, a natureza do grupo social no qual ocorreu a ruptura e o grau de sua autonomia no que se refere a sistemas de relações sociais mais amplos ou externos”. (TURNER, 2008, 34-35)

Por fim, o drama social pode ter dois desfechos possíveis: a *reintegração* do grupo ou a legitimação social do *cisma* irreparável entre as partes conflitantes, que pode demarcar a separação dos grupos.

A *violência obstétrica* parece não ter cumprido todas as etapas do processo explicitado por Turner sobre os dramas sociais. Na realidade, diante de tanta movimentação que o tema gera, parece que a *violência obstétrica* estaria mais alternando, ora em um movimento de retrogradação, ora em curso no esquema proposto por Turner, entre a fase de crise e a fase da ação corretiva.

Esse tema não se esgota e poderia ter sido abordado de diversas maneiras, diante de tantas nuances que a noção de *violência obstétrica* nos apresenta. A mim, pareceu mais pertinente para o momento tratar da construção social dessa categoria, como uma base para discussões futuras, com a pretensão de contribuir para o debate.

REFERÊNCIAS

BONETTI, Alinne & FLEISCHER, Soraya. *Entre saias justas e jogos de cintura*. Ed. Mulheres, Florianópolis, Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 2007.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2015.

CHAZAN, Lilian Krakowski. *“Meio quilo de gente”*: um estudo antropológico sobre *ultra-som obstétrico*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

CURY, Luciana e PAULA, Fernando Jorge de. *Análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia e o impacto do laudo pericial nas decisões do magistrado*. Saúde, Ética & Justiça. 2013;18(1):110-5.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley, University California Press, 2003.

DEFENSORIA Pública do Estado de São Paulo. Conversando sobre violência obstétrica. Outubro de 2015, Disponível em <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf>; Acesso em 20/04/2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo (et al). *Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da Pesquisa Nacional Nascido no Brasil*. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014.

_____, & DUARTE, Ana Cristina. *Parto Normal ou Cesárea: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro, Editora UNESP, 2004.

_____. (et al). *Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention*. Journal of Human Growth and Development, 25(3): 377-384, 2015.

DOUGLAS, Mary & WILDAVSKY, Aaron. *Risco e cultura: em ensaio sobre a seleção de riscos tecnológicos e ambientais*. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença*. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1): 173-183, 2003.

DURKHEIM, Émile & MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. In: RODRIGUES, José Albertino (Org.). *Émile Durkheim: Sociologia*. São Paulo, Ática, 1978.

ENTRINGER, Aline. P., PINTO, Márcia, DIAS, Marcos A. B., GOMES, Maria A. S. M. *Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde*. Cad. Saúde Pública, 2018;34(5):e00022517.

FAÚNDES, Aníbal & CECATTI, José Guilherme. *A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7 (2): 150-173, abr/jun, 1991.

FUNDAÇÃO Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Agosto de 2010. Disponível em <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>; Acesso em 5/02/2019.

GEERTZ, Clifford. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis, Vozes, 1997.

KLUJSZA, Stephania G. *“Nascer sorrindo”: reflexões acerca da gravidez enquanto rito de passagem e os modelos de assistência ao parto no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Niterói, PPGA-UFF, 2014.

LANSKY, Sonia (et al). *Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido*. In. Cadernos de Saúde Pública, vol. 30, Rio de Janeiro, 2014.

LEAL, Maria do Carmo (et al). *Nascer no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa*. 2014.

_____. (et al). *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. In. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 33, 2017.

LEBOYER, Frédérick. *Nascer Sorrindo*. São Paulo, Brasiliense, 1996.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural I*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1970.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

MENDONÇA, Sara Souza. *Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do Parto*. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Niterói, PPGA-UFF, 2013.

_____. *Parir na Maria Amélia: uma etnografia dos dilemas, possibilidades e disputas da humanização em uma maternidade pública carioca*. Tese (Doutorado em Antropologia), Niterói, PPGA-UFF, 2018.

_____. *Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto*. Civitas – Revista de Ciências Sociais, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 250-271, set. 2015.

OEA. *Convenção interamericana para prevenir, punir, e erradicar a violência contra a mulher*. 1994. Disponível em <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>; Acesso em 05/02/2019.

ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo, Terceira Margem, 2000.

_____. *Nascimento do homo, o chimpanzé marinho: quando a ferramenta se torna senhor*. Rio de Janeiro, Instituto Michel Odent, 2018.

_____. *O Renascimento do parto*. Florianópolis, Saint Germain, 2002.

ONU. *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher*. 1979. Disponível em <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf>; Acesso em: 5/02/2019.

REZENDE, Jorge. *Obstetrícia*. 11ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001.

SILVA, Edilson Márcio Almeida da. *Em briga de marido e mulher, o poder público mete a colher: mídia, mobilizações coletivas e estratégias de visibilização da violência*

doméstica em Portugal e no Brasil. Revista Antropolítica, Niterói, n. 43 p. 233-250, 2. sem. 2017.

SALEM, Tania. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

SER Mãe é Padecer na Internet. *Estudante de medicina escreve desabafo depois de assistir a parto violento feito por professora*, 26/02/2016. Disponível em <<https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/estudante-de-medicina-escreve-desabafo-depois-de-assistir-a-parto-violento-feito-por-professora-chorei-de-raiva-e-frustracao-no-quarto-dos-internos/>>; Acesso em 20/05/2019.

SILVA, Andreia Mendes. *Caso Alyne Pimentel: análise do direito humano à saúde e à morte materna*. Monografia (Graduação em Direito), Brasília, UniCEUB, 2015.

SIMIÃO, Daniel S. *As donas da palavra: gênero, justiça e a invenção da violência doméstica em Timor Leste*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 2015.

SOUZA, Valéria. *Violência Obstétrica: nota técnica – considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento*. São Paulo, Artemis, 2015.

TURNER, Victor. *Dramas, campos e metáforas: ação simbólica na sociedade humana*. Niterói, EDUFF, 2008.

VALPASSOS, Carlos Abraão Moura. *Abortos: dramas sociais e histórias sobre eles*. Rio de Janeiro, Garamond, 2018.

VENEZUELA. República Bolivariana da Venezuela. *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. 2007. Disponível em <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>; Acesso em 5/03/2019.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002.

WHO. *WHO recommendations: Care in normal birth. A practical guide: maternal and newborn health/safe motherhood unit Family and reproductive health*. Geneva, World Health Organization, 1996.

WHO. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, World Health Organization, 2018.

O RENASCIMENTO do Parto. Direção: Eduard Chauvet. Produção: Érica de Paula. Intérpretes: Michel Odent, Melania Amorim, Heloísa Lessa, Ana Cristina Duarte, Márcio Garcia, Esther Vilela, Ricardo Jones, Ricardo Chaves, Robbie Davis-Floyd e mais. Roteiro: Érica de Paula. Brasil, 2013. Cor, 90 min.

O RENASCIMENTO do Parto 2. Direção: Eduard Chauvet. Produção: Diogo Moyses e Eduardo Chauvet. Intérpretes: Jorge Kuhn, Fernanda Lima, Simone Diniz, Valéria Souza, Lígia Moreiras Sena, Alexandre Coimbra Amaral, Ana Lúcia Keunecke e mais. Roteiro: Eduardo Chauvet Brasil, 2018. Cor, 91 min.

A DOR reprimida: violência obstétrica e mulheres negras. Brasil, 2017, Cor, 26 min. Documentário produzido por Mariana Sales, realizado como Trabalho de Conclusão de Curso da UFBA. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=vSisihZCnHg>>

VIOLÊNCIA Obstétrica – A Voz das Brasileiras. Brasil, 2012, cor, 51min. Produção de Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzo, Kalu Brum e Armando Rapchan. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>>

GLOSSÁRIO DE CAMPO

Amniotomia: procedimento médico que consiste em romper a bolsa d'água de maneira artificial para acelerar o trabalho de parto.

Analgesia: qualquer recurso medicamentoso para aliviar a dor.

Anestesia: utilização de drogas para bloquear a sensibilidade à dor.

Apgar: avaliação da vitalidade do bebê ao nascer. O teste é realizado no primeiro e no quinto minuto de vida e avalia cinco aspectos: tônus muscular, cor, respiração, frequência cardíaca e reflexo ao cateter nasal – quando há necessidade de aspiração. A nota vai de 0 a 10.

Aspiração das vias aéreas: quando se introduz uma sonda nas narinas do recém-nascido para sugar a secreção dos pulmões.

Baixo risco (gestante de, parto de): grávidas ou parturientes que não apresentam fatores de risco como hipertensão, eclampsia, diabetes, parto prematuro, gravidez de gêmeos, entre outros aspectos.

Bolsa d'água: bolsa que envolve o bebê dentro do útero.

Bolsa rota: quando a bolsa se rompe antes do nascimento do bebê.

Cardiotocografia: método não invasivo de avaliação do bem-estar fetal, que avalia a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas.

Canal de parto: caminho que o bebê percorre do útero até a vulva.

Casas de parto: locais onde se realizam partos normais de baixo risco com baixos índices de intervenções. Os partos são acompanhados por enfermeiras obstétricas.

Cefálico (bebê, apresentação cefálica): bebê cefálico, quando o bebê está de cabeça para baixo, posição favorável ao nascimento por via vaginal.

Cesárea eletiva: cirurgia realizada fora do trabalho de parto, com indicação clínica ou não.

Cesárea prévia: quando a mulher tem uma cesariana como desfecho da gestação anterior.

Circular de Cordão: quando o cordão umbilical faz uma ou mais voltas ao redor do pescoço do bebê. Pode ocorrer circular de cordão em qualquer parte do corpo do feto, como nos pés e no tórax.

Colo do útero: parte que separa a vagina do útero e que durante o trabalho de parto deverá atingir a dilatação de 10 centímetros para a passagem do bebê. A medição é realizada a partir da introdução de dois dedos na vagina da mulher.

Contrações uterinas: contrações dos músculos uterinos que fazem o bebê nascer.

COREN: Conselho Regional de Enfermagem.

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

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

CRM: Conselho Regional de Medicina.

Descolamento de membranas: é uma tentativa de acelerar o trabalho de parto ou de provoca-lo, pois durante o exame de toque é realizada uma manobra que descola a bolsa d'água da parede do útero.

Descolamento de placenta: quando a placenta se descola do ponto em que estava fixa à parede interna do útero.

Desproporção céfalo-pélvica: quando a cabeça do bebê é maior do que o espaço existente na pelve da mãe para a passagem do bebê.

Dilatação de colo do útero: abertura gradativa do colo do útero durante o trabalho de parto para o nascimento do bebê. A contagem vai de 1 a 10 cm de dilatação, sendo 10 cm o total, indicando que o momento do expulsivo está próximo.

Doula: profissional que acompanha a mulher em trabalho de parto.

Eclampsia: é uma complicação grave da pré-eclampsia, que coloca em risco a grávida e seu bebê. A pré-eclampsia pode ocorrer decorrente de pressão arterial alta, causando excesso de proteína na urina ou insuficiência hepática, sua forma mais grave, a eclampsia, pode causar convulsões e coma.

Educadora perinatal: é quem atua orientando os casais grávidos sobre a gravidez, o parto e o pós-parto. A educadora perinatal também auxilia a mulher nos cuidados com o bebê e a amamentação.

Enema: lavagem intestinal realizada para que a mulher não evacue durante o trabalho de parto. A lavagem é feita com a aplicação de uma solução que faz com que o conteúdo do intestino seja liberado.

Enfermeira obstétrica: enfermeiras com especialização em obstetrícia, conhecidas como “parteiras profissionais”.

Episiotomia: corte feito no períneo da mulher para facilitar e/ou acelerar o momento do expulsivo.

Equipe de backup: para os partos domiciliares é comum que a gestante tenha articulado uma equipe da área da saúde que a receba no hospital, caso algum tipo de intervenção seja necessário.

Expulsivo é o momento em que o bebê passa pelo canal vaginal da mãe e nasce.

Fórceps: ferramenta médica para extrair o bebê de dentro do canal vaginal da mãe nos partos normais. Atualmente, seu uso é aconselhado apenas como forma de alívio, quando o bebê já está próximo ao final do canal de parto.

Formas não farmacológicas de alívio da dor: são considerados como métodos não farmacológicos para o alívio da dor no parto massagens, exercícios respiratórios, contato com a água através de banho de chuveiro ou banheira, compressa quente aplicada na região lombar e uso da bola suíça.

Indução de parto: uma gestação saudável pode durar entre 38 e 42 semanas de gestação, quando ainda sim a mulher não entra em trabalho de parto, os médicos realizam uma tentativa de dar início ao processo. Além da ocitocina sintética, é utilizado o comprimido de Misoprostol, que é colocado no colo do útero para favorecer a dilatação de colo de útero.

Intraparto: o que ocorre durante o trabalho de parto e parto.

Laceração perineal: lesões que ocorrem naturalmente durante o expulsivo do bebê. A diferença entre a laceração perineais e a episiotomia é, que, por ocorrer naturalmente, a laceração “rasga” apenas os tecidos mais superficiais do períneo, o que facilita a recuperação da mãe. As lacerações podem ocorrer em 4 graus: As lacerações podem ser de quatro tipos ou graus, a saber: 1º grau são lacerações nos pequenos lábios, pele superficial perineal ou mucosa vaginal; 2º grau são lacerações que acontecem nos músculos perineais e fáscia (tecido fibroso) mas não alcançam o períneo; 3º grau de laceração acomete o esfíncter anal; e as lacerações de 4º grau envolvem o esfíncter anal e o epitélio anal.

Lei do acompanhante: Lei federal 11.108/2005 que assegura à parturiente o direito de ser acompanhada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, por uma pessoa de sua escolha.

Líquido amniótico: líquido que preenche o saco amniótico e protege o bebê durante toda a gestação.

Manobra de Kristeller: manobra obstétrica realizada com o intuito de auxiliar o nascimento do bebê. Na manobra de Kristeller, é necessária a ajuda de uma pessoa que se posiciona em cima da parturiente e empurra sua barriga. Essa manobra, além de oferecer risco de ruptura uterina e laceração vaginal em alto grau, pode provocar sofrimento fetal, diminuição da oxigenação do bebê e até a quebra de ossos do nascituro.

Mecônio: é o primeiro conteúdo do intestino do bebê. Esse conteúdo não é considerado como fezes, é denso como uma graxa e tem coloração verde escura. Em alguns casos o feto libera o mecônio ainda dentro da barriga, considerado como um risco para a maioria dos médicos.

Midwife: parteiras profissionais.

Morbidade e mortalidade materna: a mortalidade materna foi definida pela OMS como a morte de uma mulher durante a gravidez ou nos 42 dias após a gestação, independente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez. Sobre o conceito de morbidade, ver “near miss materno”.

Near Miss Materno: Segundo a OMS, é compreendido por “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação”.

Neonatal: diz respeito aos 28 primeiros dias de vida do bebê.

Nitrato de prata: solução pingada nos olhos do recém-nascido, que provoca uma conjuntivite química resultando em um processo inflamatório com efeito antibiótico secundário. O nitrato de prata é usado para prevenir o contato ocasionado pelo canal de parto com a bactéria que causa a gonorreia, caso a mãe esteja infectada – entretanto, seu uso é realizado rotineiramente. Nos bebês do sexo feminino, essa mesma solução é pingada na vagina.

Oligoidramnia: é a redução do volume de líquido amniótico em relação ao volume esperado de acordo com a idade gestacional.

Obstetrícia: especialidade médica que cuida da gravidez, parto e pós-parto.

Obstetrix: pessoa com capacitação em obstetrícia, um curso de formação que tem duração de 3 anos e é oferecido pela USP. Algumas pessoas entendem as obstetrixes como parteiras.

Ocitocina: hormônio que provoca as contrações uterinas. Há também a ocitocina sintética que é utilizada para provocar ou intensificar as contrações em mulheres em trabalho de parto. E ainda é uma maneira de induzir o trabalho de parto.

Parteira: mulher que acompanha o trabalho de parto. Apesar de ser um termo utilizado também para designar as enfermeiras obstétricas, a figura da parteira ainda é vinculada à “parteira tradicional”, que é quem realiza os partos em ambientes rurais, interior dos estados e locais onde os hospitais são de difícil acesso.

Parto domiciliar: parto que acontece no domicílio da mulher.

Parto operatório ou instrumental: parto com utilização de fórceps ou vácuo-extrator.

Pélvico (bebê, apresentação pélvica): bebê pélvico é aquele que se encontra “sentado” no útero. O contrário de pélvico é cefálico, quando o bebê está de cabeça para baixo. Alguns médicos não realizam partos de bebês pélvicos e outros utilizam o recurso da versão fetal por manobra externa.

Perinatal: período que antecede o parto e vai até o 6º dia de vida do bebê.

Períneo: músculo localizado entre a vagina e o ânus.

Placenta: órgão que oferece o suprimento de nutrientes, oxigênio e sangue para desenvolvimento do bebê.

Plano de Parto: é um documento que a mulher prepara onde constam os desejos dela para a assistência ao parto. Lá estão explicitadas intervenções que ela não gostaria que fossem realizadas – por exemplo, episiotomia –, assim como, escolhas que a mulher gostaria que fossem respeitadas – por exemplo, ficar no chuveiro durante as contrações para alívio da dor.

Polidramnia: excesso de líquido amniótico em relação ao volume esperado de acordo com a idade gestacional.

PNAC: Parto Normal Após Cesárea.

Ponto do marido: na sutura da episiotomia, existe a prática do médico dar um ponto a mais que é chamado de ponto do marido, pois é realizado para apertar a entrada da vagina.

Posição Litotômica ou ginecológica: quando a mulher fica deitada, com as costas levemente inclinada e com as pernas apoiadas em suportes presos ao final da mesa. Conhecida também como posição ginecológica, pois é a posição em que as mulheres ficam para a realização do exame preventivo.

Pós-parto imediato: período que compreende da expulsão da placenta até em torno de dez dias de vida do bebê.

Prematuridade: bebê que nasce com menos de 37 semanas de gestação. O contrário de prematuro é “a termo”, que são os bebês que nascem com idade gestacional entre 37 e 42 semanas.

Primigesta ou Primípara: mulher grávida de seu primeiro filho.

Prolapso de cordão: quando, durante o trabalho de parto, o cordão umbilical aparece antes da cabeça do bebê, causando grande risco de morte para o feto.

Puerpério ou pós-parto: consiste no período de 40 dias após o nascimento do bebê.

Rebordo de colo: quando o colo do útero não "apagou" completamente, ou seja, não chegou à dilatação total, ainda resta uma "borda", que impede a passagem do bebê.

Ruptura da bolsa: quando a bolsa que envolve o bebê, que carrega o líquido amniótico se rompe. Pode ocorrer naturalmente ou artificialmente – na tentativa de acelerar o trabalho de parto.

Ruptura uterina: quando o útero se rompe.

Sofrimento fetal: quando o suprimento de oxigênio do bebê é comprometido, podendo ser parcial, total ou definitivo.

Tampão Mucoso: é um conteúdo com aspecto gelatinoso, podendo variar um pouco sua aparência, que serve para proteger a entrada do útero das bactérias presentes no canal vaginal. Com a proximidade do parto, o tampão mucoso tende a se soltar.

Taxa de morbidade neonatal near miss: é compreendido como uma doença ou problema de saúde que o recém-nascido enfrentou e que quase provocou a sua morte.

Toque vaginal (exame de): exame realizado para medir a dilatação e o posicionamento do útero e do bebê.

Tricotomia: raspagem dos pelos pubianos.

Vácuo-extrator: Vácuo Extrator ou “Kiwi”, é um dispositivo que deve ser acoplado na cabeça do bebê em uma ponta e o médico segura a outra ponta fazendo sucção na cabeça do bebê, gerando vácuo para então fazer a tração do feto para fora. Caracteriza “parto instrumental”, assim como fórceps, mas o “Kiwi” é um instrumento de mais fácil utilização, apresentando menos riscos.

VBAC: Vaginal Birth After Cesarean, o mesmo que PNAC

Versão fetal por manobra externa: manobra utilizada para mudar a posição em que o bebê se encontra. No caso do bebê que está sentado, ela é utilizada para torná-lo cefálico para o parto. Alguns profissionais realizam a versão durante o trabalho de parto, se a bolsa estiver íntegra, ou seja, não estiver rompida.

ANEXOS

ANEXO A - CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ (1994)

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ”

(Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994,
no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral)

OS ESTADOS PARTES NESTA CONVENÇÃO,

RECONHECENDO que o respeito irrestrito aos direitos humanos foi consagrado na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Declaração Universal dos Direitos Humanos e reafirmado em outros instrumentos internacionais e regionais;

AFIRMANDO que a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades;

PREOCUPADOS por que a violência contra a mulher constitui ofensa contra a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens;

RECORDANDO a Declaração para a Erradicação da Violência contra a Mulher, aprovada na Vigésima Quinta Assembléia de Delegadas da Comissão Interamericana de Mulheres, e afirmando que a violência contra a mulher permeia todos os setores da sociedade, independentemente de classe, raça ou grupo étnico, renda, cultura, nível educacional, idade ou religião, e afeta negativamente suas próprias bases;

CONVENCIDOS de que a eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para seu desenvolvimento individual e social e sua plena e igualitária participação em todas as esferas de vida; e

CONVENCIDOS de que a adoção de uma convenção para prevenir, punir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher, no âmbito da Organização dos Estados Americanos, constitui positiva contribuição no sentido de proteger os direitos da mulher e eliminar as situações de violência contra ela,

CONVIERAM no seguinte:

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Artigo 1

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 2

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

- a. ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b. ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
- c. perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

CAPÍTULO II

DIREITOS PROTEGIDOS

Artigo 3

Toda mulher tem direito a ser livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 4

Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos. Estes direitos abrangem, entre outros:

- a. direito a que se respeite sua vida;
- b. direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral;
- c. direito à liberdade e à segurança pessoais;
- d. direito a não ser submetida a tortura;
- e. direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e a que se proteja sua família;
- f. direito a igual proteção perante a lei e da lei;

- g. direito a recurso simples e rápido perante tribunal competente que a proteja contra atos que violem seus direitos;
- h. direito de livre associação;
- i. direito à liberdade de professar a própria religião e as próprias crenças, de acordo com a lei; e
- j. direito a ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, inclusive na tomada de decisões.

Artigo 5

Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos.

Artigo 6

O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros:

- a. o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação; e
- b. o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

CAPÍTULO III

DEVERES DOS ESTADOS

Artigo 7

Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:

- a. abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicos ajam de conformidade com essa obrigação;
- b. agir com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher;
- c. incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis;

- d. adotar medidas jurídicas que exijam do agressor que se abstenha de perseguir, intimidar e ameaçar a mulher ou de fazer uso de qualquer método que danifique ou ponha em perigo sua vida ou integridade ou danifique sua propriedade;
- e. tomar todas as medidas adequadas, inclusive legislativas, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes ou modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher;
- f. estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeitada a violência, inclusive, entre outros, medidas de proteção, juízo oportuno e efetivo acesso a tais processos;
- g. estabelecer mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher sujeitada a violência tenha efetivo acesso a restituição, reparação do dano e outros meios de compensação justos e eficazes;
- h. adotar as medidas legislativas ou de outra natureza necessárias à vigência desta Convenção.

Artigo 8

Os Estados Partes convêm em adotar, progressivamente, medidas específicas, inclusive programas destinados a:

- a. promover o conhecimento e a observância do direito da mulher a uma vida livre de violência e o direito da mulher a que se respeitem e protejam seus direitos humanos;
- b. modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres, inclusive a formulação de programas formais e não formais adequados a todos os níveis do processo educacional, a fim de combater preconceitos e costumes e todas as outras práticas baseadas na premissa da inferioridade ou superioridade de qualquer dos gêneros ou nos papéis estereotipados para o homem e a mulher, que legitimem ou exacerbem a violência contra a mulher;
- c. promover a educação e treinamento de todo o pessoal judiciário e policial e demais funcionários responsáveis pela aplicação da lei, bem como do pessoal encarregado da implementação de políticas de prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher;
- d. prestar serviços especializados apropriados à mulher sujeitada a violência, por intermédio de entidades dos setores público e privado, inclusive abrigos, serviços de orientação familiar, quando for o caso, e atendimento e custódia dos menores afetados;

- e. promover e apoiar programas de educação governamentais e privados, destinados a conscientizar o público para os problemas da violência contra a mulher, recursos jurídicos e reparação relacionados com essa violência;
- f. proporcionar à mulher sujeitada a violência acesso a programas eficazes de reabilitação e treinamento que lhe permitam participar plenamente da vida pública, privada e social;
- g. incentivar os meios de comunicação a que formulem diretrizes adequadas de divulgação, que contribuam para a erradicação da violência contra a mulher em todas as suas formas e enalteçam o respeito pela dignidade da mulher;
- h. assegurar a pesquisa e coleta de estatísticas e outras informações relevantes concernentes às causas, conseqüências e freqüência da violência contra a mulher, a fim de avaliar a eficiência das medidas tomadas para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como formular e implementar as mudanças necessárias; e
- i. promover a cooperação internacional para o intercâmbio de idéias e experiências, bem como a execução de programas destinados à proteção da mulher sujeitada a violência.

Artigo 9

Para a adoção das medidas a que se refere este capítulo, os Estados Partes levarão especialmente em conta a situação da mulher vulnerável a violência por sua raça, origem étnica ou condição de migrante, de refugiada ou de deslocada, entre outros motivos. Também será considerada sujeitada a violência a gestante, deficiente, menor, idosa ou em situação sócio-econômica desfavorável, afetada por situações de conflito armado ou de privação da liberdade.

CAPÍTULO IV

MECANISMOS INTERAMERICANOS DE PROTEÇÃO

Artigo 10

A fim de proteger o direito de toda mulher a uma vida livre de violência, os Estados Partes deverão incluir nos relatórios nacionais à Comissão Interamericana de Mulheres informações sobre as medidas adotadas para prevenir e erradicar a violência contra a mulher, para prestar assistência à mulher afetada pela violência, bem como sobre as dificuldades que observarem na aplicação das mesmas e os fatores que contribuam para a violência contra a mulher.

Artigo 11

Os Estados Partes nesta Convenção e a Comissão Interamericana de Mulheres poderão solicitar à Corte Interamericana de Direitos Humanos parecer sobre a interpretação desta Convenção.

Artigo 12

Qualquer pessoa ou grupo de pessoas, ou qualquer entidade não-governamental juridicamente reconhecida em um ou mais Estados membros da Organização, poderá apresentar à Comissão Interamericana de Direitos Humanos petições referentes a denúncias ou queixas de violação do artigo 7 desta Convenção por um Estado Parte, devendo a Comissão considerar tais petições de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos na Convenção Americana sobre Direitos Humanos e no Estatuto e Regulamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, para a apresentação e consideração de petições.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13

Nenhuma das disposições desta Convenção poderá ser interpretada no sentido de restringir ou limitar a legislação interna dos Estados Partes que ofereça proteções e garantias iguais ou maiores para os direitos da mulher, bem como salvaguardas para prevenir e erradicar a violência contra a mulher.

Artigo 14

Nenhuma das disposições desta Convenção poderá ser interpretada no sentido de restringir ou limitar as da Convenção Americana sobre Direitos Humanos ou de qualquer outra convenção internacional que ofereça proteção igual ou maior nesta matéria.

Artigo 15

Esta Convenção fica aberta à assinatura de todos os Estados membros da Organização dos Estados Americanos.

Artigo 16

Esta Convenção está sujeita a ratificação. Os instrumentos de ratificação serão depositados na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos.

Artigo 17

Esta Convenção fica aberta à adesão de qualquer outro Estado. Os instrumentos de adesão serão depositados na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos.

Artigo 18

Os Estados poderão formular reservas a esta Convenção no momento de aprová-la, assiná-la, ratificá-la ou a ela aderir, desde que tais reservas:

- a. não sejam incompatíveis com o objetivo e propósito da Convenção;

- b. não sejam de caráter geral e se refiram especificamente a uma ou mais de suas disposições.

Artigo 19

Qualquer Estado Parte poderá apresentar à Assembléia Geral, por intermédio da Comissão Interamericana de Mulheres, propostas de emenda a esta Convenção.

As emendas entrarão em vigor para os Estados ratificantes das mesmas na data em que dois terços dos Estados Partes tenham depositado seus respectivos instrumentos de ratificação. Para os demais Estados Partes, entrarão em vigor na data em que depositarem seus respectivos instrumentos de ratificação.

Artigo 20

Os Estados Partes que tenham duas ou mais unidades territoriais em que vigorem sistemas jurídicos diferentes relacionados com as questões de que trata esta Convenção poderão declarar, no momento de assiná-la, de ratificá-la ou de a ela aderir, que a Convenção se aplicará a todas as suas unidades territoriais ou somente a uma ou mais delas.

Tal declaração poderá ser modificada, em qualquer momento, mediante declarações ulteriores, que indicarão expressamente a unidade ou as unidades territoriais a que se aplicará esta Convenção. Essas declarações ulteriores serão transmitidas à Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos e entrarão em vigor trinta dias depois de recebidas.

Artigo 21

Esta Convenção entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que for depositado o segundo instrumento de ratificação. Para cada Estado que ratificar a Convenção ou a ela aderir após haver sido depositado o segundo instrumento de ratificação, entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que esse Estado houver depositado seu instrumento de ratificação ou adesão.

Artigo 22

O Secretário-Geral informará a todos os Estados membros da Organização dos Estados Americanos a entrada em vigor da Convenção.

-

Artigo 23

O Secretário-Geral da Organização dos Estados Americanos apresentará um relatório anual aos Estados membros da Organização sobre a situação desta Convenção, inclusive sobre as assinaturas e depósitos de instrumentos de ratificação, adesão e declaração, bem como sobre as reservas que os Estados Partes tiverem apresentado e, conforme o caso, um relatório sobre as mesmas.

Artigo 24

Esta Convenção vigorará por prazo indefinido, mas qualquer Estado Parte poderá denunciá-la mediante o depósito na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos de instrumento que tenha essa finalidade. Um ano após a data do depósito do instrumento de denúncia, cessarão os efeitos da Convenção para o Estado denunciante, mas subsistirão para os demais Estados Partes.

Artigo 25

O instrumento original desta Convenção, cujos textos em português, espanhol, francês e inglês são igualmente autênticos, será depositado na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos, que enviará cópia autenticada de seu texto ao Secretariado das Nações Unidas para registro e publicação, de acordo com o artigo 102 da Carta das Nações Unidas.

EM FÉ DO QUE os plenipotenciários infra-assinados, devidamente autorizados por seus respectivos governos, assinam esta Convenção, que se denominará Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”.

EXPEDIDA NA CIDADE DE BELÉM DO PARÁ, BRASIL, no dia nove de junho de mil novecentos e noventa e quatro.

ANEXO B - PORTARIA Nº 371: ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO**Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde**

PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014

Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando os Art. 196 à 200 da Constituição Federal de 1988, a Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde - Leis Orgânicas da Saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria n.º 2.848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007, que publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atualizações temporais;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 2.351/GM/MS, de 05 de outubro de 2011, que altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-

nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS;

Considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde no que se refere à tecnologia apropriada ao parto e nascimento e, especialmente, em relação às boas práticas do atendimento neonatal, em especial as contidas nas suas publicações: Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996 e Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Washington, 2007 e Brasília, 2011.

Considerando que ao nascimento, segundo evidências científicas, um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, um em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca e um em cada 1.000 necessita de intubação traqueal, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente (Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011);

Considerando que nascem no Brasil cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais, estima-se que, a cada ano, 300.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer (Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011);

Considerando que manobras de reanimação neonatal podem ser necessárias de maneira inesperada, torna-se essencial o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal pelos profissionais que atendem ao recém-nascido em sala de parto (Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011);

Considerando que a asfixia perinatal, incluindo a aspiração de líquido meconial, está presente em 20% dos óbitos neonatais precoces (Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011);

Considerando os compromissos firmados pelo Brasil junto à Organização Mundial de Saúde, de cumprimento da meta número quatro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, de redução da mortalidade na infância em 2/3, entre 1990 e 2015; e

Considerando a necessidade de organização e melhoria da qualidade da atenção ao recém-nascido no momento do nascimento, com vistas à redução da morbimortalidade neonatal, resolve:

Art. 1º Ficam instituídas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos.

Parágrafo único. O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao

Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

Art. 2º Para prestar este atendimento o profissional médico ou de enfermagem deverá exercitar as boas práticas de atenção humanizada ao recém-nascido apresentadas nesta Portaria e respaldadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde e ser capacitado em reanimação neonatal.

Art. 3º Considera-se como capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme orientação ser publicizada, por expediente específico, pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde.

Art. 4º Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

II - proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato;

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos;

Art. 5º Para o RN pré-termo ou qualquer RN com respiração ausente ou irregular, tônus diminuído e/ou com líquido meconial seguir o fluxograma do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Art. 6º O estabelecimento de saúde que mantenha profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal na sala de parto, deverá possuir em sua equipe, durante as 24 (vinte e quatro) horas, ao menos 1 (um) médico que tenha realizado treinamento teórico-prático conforme previsto no artigo 3º desta Portaria.

Art. 7º O estabelecimento de saúde deverá dispor no ambiente de parto (sala ou quarto de parto) ou em ambiente próximo, das condições necessárias para reanimação neonatal, acessíveis e prontas para uso, constantes no Anexo desta Portaria.

Art. 8º Fica alterado ,na tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM e Materiais Especiais do SUS os atributos do procedimento abaixo

Procedimento: 03.10.01.002-0	ATENDIMENTO AO RECEM NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO
Descrição:	O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto, junto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.
CBO	INCLUIR: 2231-F9 - Médico Residente 2235-45 - Enfermeiro 3222-05 - Técnico de Enfermagem 3222-30 - Auxiliar de Enfermagem 2251 - Todos os CBO's da Família 2251 - Todos os médicos clínicos 2252 - Todos os CBO's da Família 2252 - Todos os médicos cirúrgicos

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais nos sistemas de informação para competência seguinte à sua publicação.

Art. 10 Fica revogada a Portaria nº 31/SAS/MS, de 15 de fevereiro de 1993, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 33, de 17 de fevereiro de 1993, seção 1, página 2.111 e a Portaria nº 96/SAS/MS, de 14 de junho de 1994, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 112, de 15 de junho de 1994, seção 1, página 8.689.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

ANEXO

CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (que precisarão estar acessíveis e prontas para uso na sala/quarto de parto, ou em ambiente próximo a estes)

I - Ambiente de parto/nascimento e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 26°C e:

- a) Berço aquecido por sistema de calor irradiante, com acesso por 3 lados, tendo como opção de leito mesa e não cesto/cuba de acrílico;
- b) Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros;
- c) Blender para mistura oxigênio/ar;

- d) Aspirador a vácuo com manômetro;
- e) Oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura.
- f) Relógio de parede com ponteiro de segundos;
- g) Termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente.

II - Material para aspiração

- a) Sondas: traqueais nº 6, 8 e 10 e gástricas curtas nº 6 e 8;
- b) Dispositivo para aspiração de mecônio;
- c) Seringa de 20 ml.

III - Material para ventilação

- a) Reanimador manual neonatal (balão auto-inflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de O₂ e válvula de escape com limite de 30-40 cm H₂O e/ou manômetro);
- b) Ventilador mecânico manual neonatal em T, com circuitos próprios;
- c) Máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e para termo tamanho 1;

IV - Material para intubação traqueal

- a) Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0 e 1;
- b) Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0 mm;
- c) Material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com SF 0,9%;
- d) Pilhas e lâmpadas sobressalentes para laringoscópio;
- e) Detector colorimétrico de dióxido de carbono expirado (desejável).

V - Medicções

- a) Adrenalina a 1/10.000 em seringa de 5,0 ml para uso endotraqueal;
- b) Adrenalina a 1/10.000 em seringa de 1,0 ml para uso endovenoso;
- c) Expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em 2 serings de 20 ml.

VI - Material para cateterismo umbilical

- a) Campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze;

- b) Pinça tipo Kelly reta de 14 cm e cabo de bisturi com lâmina nº 21;
- c) Porta agulha de 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0;
- d) Cateter umbilical 5F ou 8F de PVC ou poliuretano;
- e) Torneira de três vias.

VII - Outros

- a) Luvas e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde;
- b) Compressas e gazes esterilizadas;
- c) Estetoscópio neonatal;
- d) Termômetro clínico digital
- e) Saco de polietileno de 30x50cm e touca para proteção térmica do prematuro;
- e) Tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

**ANEXO C - SENTENÇA DA 2ª VARA FEDERAL EM 09/2014 SOBRE A
AÇÃO CIVIL DO COREN/RJ.**

Processo n. 0041307-42.2012.4.02.5101 da 2a Vara Federal do TRF-2



2a Vara Federal

BOLETIM: 2014000244

FICAM INTIMADAS AS PARTES E SEUS ADVOGADOS DAS SENTENÇAS/DECISÕES/DESPACHOS NOS AUTOS ABAIXO RELACIONADOS PROFERIDOS PELO MM. JUIZ FEDERAL MAURO LUIS ROCHA LOPES

6001 - AÇÃO CIVIL PÚBLICA

23 - 0041307-42.2012.4.02.5101 (2012.51.01.041307-8) (PROCESSO ELETRÔNICO) CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO - COREN-RJ (ADVOGADO: RJ160102 - JUSSARA FILARDI DA SILVA, RJ133099 - GRAZIELA ERNESTO DE OLIVEIRA DA SILVA, RJ159773 - FABIA SUZANA ABREU DOS SANTOS SOUZA, RJ156131 - OTTO GUILHERME MATOS ALMEIDA DO AMARAL, RJ069386 - PATRICIA VAIRAO CARELLI VIEIRA, RJ106784 - LUCIANA OLIVEIRA SANTOS ROMULO, RJ126196 - JOSE LUIZ BAPTISTA DE LIMA JUNIOR, RJ130500 - CAROLINA CARVALHO EFFGEN.) x CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN (ADVOGADO: DF027395 - Roberto Martins de Alencar Nogueira, RJ102299 - BRUNO SAMPAIO DA COSTA, PR031099 - FABIANO ASSAD GUIMARAES, RJ127547 - FABRICIO BRITO LIMA DE MACEDO, GO030057 - FABRICIO RORIZ BRESSAN, DF026293 - CAMILLA DEL'ISOLA E DINIZ, DF033722 -Rafael de Jesus Rocha, DF030799 - JOSÉ LEANDRO TEIXEIRA BORBA, RJ113920 - JULIO LIMA TOLEDO.) x MUNICIPIO DO RIO DE JANEIRO (PROCDO: ANDRE TOSTES.) x CREMERJ - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO

DE JANEIRO (ADVOGADO: RJ020986 - PAULO SERGIO DA COSTA MARTINS, RJ114419 - AMANDA ROCHA AGUIAR BETTIM, RJ047916 - MARCONDE ALENCAR DE LIMA, RJ097163 -KATIA CHRISTINA OLIVEIRA E SILVA, RJ058327 - CARLOS ALEXANDRE FIAUX RAMOS.). SENTENÇA TIPO: A - FUNDAMENTAÇÃO INDIVIDUALIZADA REGISTRO NR. 000618/2014 Custas para Recurso - Autor: R\$ 0,00. Custas para Recurso - Réu: R\$ 0,00. .

Processo nº 0041307-42.2012.4.02.5101 (2012.51.01.041307-8)

02ª Vara Federal do Rio de Janeiro

Sentença A

Trata-se de ação civil pública ajuizada pelo CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO – COREN/RJ em face do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CREMERJ/RJ pleiteando a anulação das Resoluções CREMERJ nº 265/2012 e 266/2012. Afirma que as referidas resoluções, editadas pelo réu, ao proibirem a participação do médico em ações domiciliares relacionadas ao parto e vedarem a participação de profissionais não habilitados ou de profissões não reconhecidas na assistência perinatal acabam por inviabilizar a realização do parto domiciliar pelas parturientes que por ele optarem e restringir o exercício de profissão, violando a Constituição e a Lei nº 3.268/1957.

Antecipação dos efeitos da tutela deferida às fls. 277/279.

Contestação do CREMERJ às fls. 345/372.

Às fls. 941, 1049 e 1132 foram admitidos como assistentes litisconsorciais a Defensoria Pública da União, o Conselho Federal de Enfermagem e o Município do Rio de Janeiro, respectivamente.

Ata de audiência às fls. 1261/1262.

Alegações finais das partes e assistentes às fls. 1292/1315, 1316/1321, 1322/1323 e 1324.

Parecer do MPF opinando pela procedência do pedido às fls. 1327/1333.

É o sucinto relatório.

Decide-se.

A questão relacionada à legitimidade ativa já foi decidida pelo juízo à fl. 277. Além disso, a admissão da Defensoria Pública da União ao polo ativo torna vazia de efeito a preliminar arguida pelo CREMERJ.

Adentrando o mérito da causa, percebe-se que a discussão que se travou nos autos acerca das (des) vantagens do parto domiciliar em nada se relaciona com a lide posta à apreciação deste juízo. Os inúmeros pareceres e artigos científicos que as partes trouxeram foram lidos e compreendidos, tendo sido absorvidos os inúmeros benefícios que o parto em casa pode trazer à parturiente e ao bebê, assim como as contraindicações e os riscos relacionados a essa opção. As testemunhas ouvidas em audiência também ofereceram importantes luzes sobre a matéria e, nesse específico debate, a opinião pessoal do julgador é desimportante ao deslinde da controvérsia.

O fato é que, seguindo – ao que parece dos elementos trazidos aos autos – tendência mundial, o ordenamento jurídico brasileiro não veda a realização do parto no próprio domicílio da gestante. Para além disso, o Ministério da Saúde não apenas enaltece a importância da assistência de parteiras e doulas, fruto de reconhecimento da pura realidade de diversos locais do país, como ainda realiza programas de capacitação de tais profissionais, de forma a cada vez mais integrá-las ao SUS (fl. 528).

Portanto, não se trata, como pretendeu fazer crer o CREMERJ em suas razões finais, de impor ao juízo que decida se pode uma mulher decidir, arguindo direito ao próprio corpo, ter um parto domiciliar (fl. 1.318). Essa opção, como visto, não é vedada pela ordem jurídica brasileira. Deveras, não há dispositivo de lei impedindo a gestante de decidir pelo parto domiciliar, do que resulta, com a natural observância do postulado constitucional da legalidade (CF, art. 5º, II), reconhecer a ilicitude de qualquer instrumento normativo subalterno – caso em que se enquadram as resoluções do CREMERJ postas em discussão – que, direta ou indiretamente, venha a tolher o exercício desse direito de escolha.

A comparação da situação enfocada com as cirurgias plásticas (fl. 1.320) é infeliz. Gravidez não é doença, tampouco seria o parto a sua cura. Na verdade, as alegações apresentadas pelo CREMERJ na defesa de suas resoluções bem expõem o desiderato indisfarçado relacionado à edição delas: inviabilizar o parto domiciliar. É que, como destacado percutientemente pelo COREN, a comunidade

usuária e os profissionais envolvidos não irão se submeter ao parto humanizado domiciliar sem a assistência médica complementar, ou seja, sem a integralidade da equipe de saúde (fls. 4/5).

Ação adequada ao caso e idealizada com a necessária observância do panorama normativo brasileiro e da realidade fática de nosso país foi adotada pelo Conselho Federal de Medicina, que se limitou a recomendar que partos sejam realizados preferencialmente em ambiente hospitalar, de forma a proporcionarem mais segurança à mãe e ao bebê (Recomendação 001/2012 - fls. 381/384). Aliás, no primeiro item da exposição dos motivos (consideranda) do citado ato já aparece uma lição que há de ser bem absorvida pelo CREMERJ: a autonomia do médico e da mulher deve ser respeitada no âmbito da relação médico-paciente.

Na mesma senda, o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM n.º 1931/2009, contém, dentre outras previsões, as de que:

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

É dizer, o CREMERJ não pode tolher a legítima opção pelo parto domiciliar, tampouco esvaziá-la, impedindo os médicos que assim desejarem de participarem de tal procedimento, sobretudo criando a insubsistente situação de —infração ética passível de competente processo disciplinar em caso de descumprimento da abusiva determinação. Considerar a conduta de um médico que aceita prestar assistência a uma gestante em parto domiciliar como ofensiva à ética da profissão configura rematado absurdo.

A participação dos médicos no atendimento e acompanhamento das mulheres que optam pelo parto domiciliar só traz benefícios às últimas. A presença de

profissionais da medicina nos partos realizados fora do ambiente hospitalar não é só recomendada, como necessária, de forma a viabilizar socorro adequado à parturiente em casos de complicações no procedimento.

Ao vedar a participação dos médicos no parto domiciliar, inibe o CREMERJ o exercício legal da medicina, atentando contra o direito fundamental previsto no art. 5º, inciso XIII, da Constituição, a par de obstruir a consecução de seu próprio mister, agindo contraditoriamente: se visa assegurar situação de menor risco possível e se não tem competência para impedir a realização de partos domiciliares, impedir que médicos acompanhem o evento significa admitir que a gestante e a criança fiquem entregues à própria sorte em caso de alguma intercorrência.

A edição da Lei nº 12.842/2013, que regula o exercício da medicina, agrava a ilicitude residente na Resolução nº 265/2012 do CREMERJ, já que não estabelece qualquer tipo de óbice à atuação do médico no acompanhamento e atendimento a atividades de pré-natal e parto domiciliar. Demais, prevê o diploma, em seu art. 2º, que o objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Igual entendimento se aplica à Resolução nº 266/2012, que veda a participação de —pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar (art. 1º). O art. 3º da Lei nº 12.842/2013 dispõe que o médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

A prova colhida na fase de instrução demonstrou que a atuação das parteiras, obstetrites e doulas não usurpa do médico o seu munus. Ao contrário, tais profissionais auxiliam o profissional da medicina no acompanhamento e desenvolvimento saudável da gravidez, permanecendo o médico essencial no processo de acompanhamento da mulher em sua gestação.

Acresce que a Lei nº 8.080/90, em seu art. 19-J, § 1º estabelece que é direito da parturiente indicar pessoa a lhe acompanhar durante todo o período de trabalho de

parto e pós-parto imediato, disso resultando que se a escolha recair sobre doula, por exemplo, nenhum fator infralegal pode representar empecilho a que se atenda a vontade da gestante. Na mesma trilha, a Lei nº 7.498/86 assegura às enfermeiras, às parteiras e às obstetizas o direito de realizar atividade de assistência ao parto, onde quer que seja realizado.

Não fosse bastante, a previsão do art. 7º, parágrafo único, da Lei nº 12.842/2013 não respalda competência do Conselho Regional de Medicina para editar resolução dispondo acerca da admissão, ou não, de pessoas em ambientes hospitalares. Confira-se:

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

O conteúdo das desastradas resoluções também não se insere dentre as atribuições que o art. 15 da Lei nº 3.268/57 reserva aos Conselhos Regionais de Medicina, como se vê da transcrição do comando normativo:

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;
- f) expedir carteira profissional;
- g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos;

- h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

O MPF concluiu com precisão acerca dos efeitos nocivos que ambas as resoluções gerariam ao sistema de saúde:

Na hipótese de permanecerem em vigor as Resoluções CREMERJ nº 265/2012 e 266/2012, suas disposições acarretariam como resultado prático a inexistência de equipes multidisciplinares de apoio ao parto, quer em âmbito domiciliar (já que os médicos estariam vedados de participar de partos domiciliares), quer na seara hospitalar (eis que doulas, parteiras e obstetizes estariam impossibilitadas de acompanhar as gestantes na sala de parto). (fl. 1.333)

Assim, ficam ratificadas as conclusões iniciais expostas pelo juízo na decisão de fls. 277/279, ora incorporadas à sentença, concluindo-se pela ilicitude presente nas Resoluções nº 265/2012 e 266/2012.

Ante o exposto, JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS para anular as Resoluções nº 265/2012 e 266/2012 editadas pelo CREMERJ. Sem custas e sem honorários advocatícios (art. 18 da Lei nº 7.347/1985).

P.R.I. Ciência ao MPF.

Rio de Janeiro, 02 de setembro de 2014.

MAURO LUIS ROCHA LOPES

Juiz Federal

ANEXO D - PETIÇÃO PÚBLICA CONTRA A DENÚNCIA DO CREMERJ

“Nós, médicos humanistas, enfermeiras-obstetras e obstetrizes, todos os profissionais, entidades civis, movimentos sociais e usuárias envolvidos com a Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil, vimos através desta presente Carta manifestar o nosso repúdio à arbitrária decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) de encaminhar denúncia contra o médico e professor da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Jorge Kuhn, por ter se pronunciado favoravelmente em relação ao parto domiciliar em recente reportagem divulgada pelo Programa Fantástico, da TV Globo. Acreditamos estar vivenciando um momento em que nós todos, que atendemos partos e/ou que defendemos o atendimento ao parto dentro de um paradigma centrado na pessoa, na defesa dos direitos humanos da parturiente e com embasamento científico, estamos provocando a reação violenta dos setores mais conservadores da Medicina. Pior, uma parcela da corporação médica está mostrando sua face mais autoritária e violenta, ao atacar um dos direitos mais fundamentais do cidadão: o direito de livre expressão. Esse cerceamento da liberdade remete aos sombrios tempos da ditadura militar e não pode ser admitido na atual sociedade democrática. Médicos (como no recente caso no Espírito Santo) podem ir aos jornais bradar abertamente sua escolha pela cesariana, cirurgia da qual nos envergonhamos de ser os campeões mundiais e que comprovadamente produz malefícios para o binômio mãe bebê em curto, médio e longo prazo. No entanto, não há nenhuma palavra de censura contra médicos que ESCOLHEM colocar suas pacientes em risco deliberado através de uma grande cirurgia desprovida de justificativas clínicas. Bastou, porém, que um médico de reconhecida qualidade profissional se manifestasse sobre um procedimento que a Medicina Baseada em Evidências COMPROVA ser seguro para que o lado mais sombrio da corporação médica se evidenciasse. Não é possível admitir o arbítrio e calar-se diante de tamanha ofensa ao direito individual. Não é admissível que uma corporação persiga profissionais por se manifestarem abertamente sobre um procedimento que é realizado no mundo inteiro e com resultados excelentes. A sociedade civil precisa reagir contra os interesses obscuros que motivam tais iniciativas. Calar a boca das mulheres, impedindo que elas escolham o lugar onde terão seus filhos é uma atitude inaceitável e fere os princípios básicos de autonomia. Neste momento em que o Brasil ultrapassa inaceitáveis 50% de cesarianas, sendo mais de 80% no setor privado, em que a violência institucional leva à

agressão de mais de 25% das mulheres durante o parto, em vez de se posicionar veementemente contrários a essas taxas absurdas, conselhos e sociedades continuam fingindo que as ignoram, ou pior, as acobertam e defendem esse modelo violento e autoritário que resulta no chamado "Paradoxo Perinatal Brasileiro". O uso abusivo da tecnologia é acompanhado por taxas gritantemente elevadas de mortalidade materna e perinatal, isso em um País onde 98% dos partos são hospitalares!

Escolher o local de parto é um DIREITO humano reprodutivo e sexual, defendido pelas grandes democracias do planeta. Agredir os médicos que se posicionam a favor da liberdade de escolha é violar os mais sagrados preceitos do estado de direito e da democracia. Em vez de atacar e agredir, os conselhos de medicina deveriam estar ao lado dos profissionais que defendem essa liberdade, vez que é função da boa Medicina o estímulo a uma "saúde social", onde a democracia e a liberdade sejam os únicos padrões aceitáveis de bem estar. Não podemos nos omitir e nos tornar cúmplices dessa situação. É hora de rever conceitos, de reagir contra o cerceamento e a perseguição que vêm sofrendo os profissionais humanistas. Se o CREMERJ insiste em manter essa postura autoritária e persecutória, esperamos que pelo menos o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) possa responder com dignidade, resgatando sua função maior, que é o compromisso com a saúde da população.

Não aceitaremos que o nosso colega Jorge Kuhn seja constrangido, ameaçado ou punido. Ao mesmo tempo em que redigimos esta Carta aberta, aproveitamos para encaminhar ao CREMERJ, ao CREMESP e ao Conselho Federal de Medicina (CFM) nossa Petição Pública em prol de um debate cientificamente fundamentado sobre o local do parto. Esse manifesto, assinado por milhares de pessoas, dentre os quais médicos e professores de renome nacional e internacional, deve ser levado ao conhecimento dos senhores Conselheiros e da sociedade. Todos têm o direito de conhecer quais evidências apoiariam as escolhas do parto domiciliar ou as afirmações de que esse é arriscado - se é que as há".

Fonte: Carta divulgada através da página pessoal da rede social Facebook do médico obstetra Ricardo Herbert Jones

ANEXO E - RELEASE DA MARCHA DO PARTO EM CASA

“Nos dias 16 e 17 de junho, mulheres ocuparão as ruas de várias cidades brasileiras em defesa dos seus direitos sexuais e reprodutivos, entre eles a escolha pelo local de parto. No último domingo, dia 10 de junho, o Fantástico veiculou matéria sobre o parto domiciliar, o que causou bastante repercussão. O médico-obstetra e professor da UNIFESP, Jorge Kuhn, foi entrevistado e defendeu o domicílio como um local seguro para o nascimento de bebês de mulheres saudáveis com gravidezes de baixo risco, segundo preconiza a própria Organização Mundial de Saúde. No dia 11/06, dia seguinte à matéria, o CREMERJ publicou nota divulgando que fará denúncia ao CREMESP para punir o médico-obstetra Jorge Kuhn por ter se posicionado favorável ao parto domiciliar nas condições acima detalhadas. O estudo mais recente publicado no British Journal of Obstetrics and Gynecology (2009) analisou a morbimortalidade perinatal em uma impressionante coorte de 529.688 partos domiciliares ou hospitalares planejados em gestantes de baixo-risco: Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. Nesse estudo, mais de 300.000 mulheres planejaram dar à luz em casa enquanto pouco mais de 160.000 tinham a intenção de dar à luz em hospital. Não houve diferenças significativas entre partos domiciliares e hospitalares planejados em relação ao risco de morte intraparto (0,69% VS. 1,37%), morte neonatal precoce (0,78% vs. 1,27% e admissão em unidade de cuidados intensivos (0,86% VS. 1,16%). O estudo concluiu que um parto domiciliar planejado não aumenta os riscos de mortalidade perinatal e morbidade perinatal grave entre mulheres de baixo-risco, desde que o sistema de saúde facilite esta opção através da disponibilidade de parteiras treinadas e um bom sistema de referência e transporte. Em repúdio à decisão arbitrária dos Conselhos de Medicina em punir profissionais que compreendem como sendo da mulher a decisão sobre o local do parto foi idealizada a MARCHA DO PARTO EM CASA. Entre as reivindicações, além da defesa pelo direito à liberdade de escolha, pela humanização do parto e nascimento e pela melhoria das condições da assistência obstétrica e neonatal no país, também está a denúncia às altas taxas de cesarianas que posicionam o Brasil entre os primeiros colocados do ranking mundial”.

Fonte: Release recebido via e-mail do grupo de discussão “PartoNatural”.

ANEXO F - RESOLUÇÕES 265/12 E 266/12 DO CREMERJ**RESOLUÇÃO CREMERJ N. 265/12**

Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 15 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6821 de 14 de abril de 2009.

CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente, e asseguram a estes atendimento médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1641/02, de 12 de julho de 2002 veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1627/01, de 23 de outubro de 2001 e a Resolução CREMERJ nº 121/98, de 25 de março de 1998, que disciplinam o Ato Médico;

CONSIDERANDO que cerca de 25% dos partos ocorrem em adolescentes, segundo dados epidemiológicos do Estado do Rio de Janeiro, e que estes estão sujeitos a maiores complicações;

CONSIDERANDO que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é um evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos;

CONSIDERANDO que para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, os partos, mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais e;

CONSIDERANDO o artigo 18 do Código de Ética Médica que veda aos médicos "Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los."

CONSIDERANDO o artigo 6º da Constituição Federal, que estabelece que a saúde e a proteção à maternidade e à infância são direitos sociais;

CONSIDERANDO a Lei Estadual nº 3.613/01, que garante direitos aos usuários do SUS no Estado do Rio de Janeiro, dentre eles a realização de parto em hospital devidamente equipado;

CONSIDERANDO que os partos realizados fora do ambiente hospitalar normalmente ocorrem em locais inóspitos e sem a devida assepsia;

CONSIDERANDO as recomendações do Conselho Federal de Medicina e da FEBRASGO no sentido de que os partos devem ser realizados em ambiente hospitalar;

CONSIDERANDO, finalmente, o deliberado em 370ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 13 de julho de 2012.

R E S O L V E:

Art. 1º É vedada a participação do médico nas chamadas ações domiciliares relacionadas ao parto e assistência perinatal.

Art. 2º É vedado ao médico participar de equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas, a partos domiciliares.

Art. 3º Ficam excetuadas as situações de urgência/emergência obstétrica, devendo ser feita a notificação compulsória ao CREMERJ, circunstanciando o evento.

Art. 4º É compulsória a notificação ao CREMERJ, pelos Diretores Técnicos e plantonistas de unidades hospitalares, do atendimento a complicações em pacientes submetidas a partos domiciliares e seus conceitos ou oriundas das chamadas "Casas de Parto".

Art. 5º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2012.

Consª Márcia Rosa de Araujo
Presidente

Consº Sergio Albieri
Diretor Primeiro Secretário

Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 19 de julho de 2012, Parte V, p. 10.



RESOLUÇÃO CREMERJ N. 266/12

Dispõe sobre a responsabilidade do Diretor Técnico em relação a assistência perinatal prestada por pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 15 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto n.º 6821 de 14 de abril de 2009.

CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente, e asseguram a estes atendimentos médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1641/02, de 12 de julho de 2002 veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1627/01, de 23 de outubro de 2001 e a Resolução CREMERJ nº 121/98, de 25 de março de 1998, que disciplinam o Ato Médico;

CONSIDERANDO que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é um evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos;

CONSIDERANDO o artigo 18 do Código de Ética Médica que veda aos médicos "Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los."

CONSIDERANDO o artigo 19 do Código de Ética Médica "Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina".

CONSIDERANDO o artigo 6º da Constituição Federal, que estabelece que a saúde e a proteção à maternidade e à infância são direitos sociais;

CONSIDERANDO o artigo 24 do Decreto 20.931/32, que determina que os institutos hospitalares só poderão funcionar sob a responsabilidade e direção técnica de médicos;

CONSIDERANDO o artigo 15 da Lei nº 3.999/61, que dispõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos;

CONSIDERANDO a Lei Estadual nº 3.613/01, que garante direitos aos usuários do SUS no Estado do Rio de Janeiro, dentre eles a realização de parto em hospital devidamente equipado;

CONSIDERANDO que no decorrer do trabalho de parto e até 24 horas após podem ocorrer eventos adversos, que representem risco à parturiente e ao recém nato;

CONSIDERANDO, finalmente, o deliberado em 370ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 13 de julho de 2012.

R E S O L V E:

Art. 1º É vedada a participação de pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar, ressalvados os acompanhantes legais.

Parágrafo único. Estão incluídas nesta proibição as chamadas "doulas", "obstetizes", "parteiras", etc.

Art. 2º Esta Resolução não se aplica às enfermeiras obstetizes legalmente reconhecidas conforme disposto nos incisos II e III do artigo 6º da Lei nº 7.498/86.

Art. 3º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Parágrafo único. É responsabilidade do Diretor Técnico da unidade o cumprimento desta Resolução.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2012.

Cons^a Márcia Rosa de Araujo
Presidente

Cons^o Sergio Albieri
Diretor Primeiro Secretário

Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 19 de julho de 2012, Parte V, p.10.

**ANEXO G - Decisão Proferida Pelo MM Juiz Federal Gustavo Arruda Macedo.
02ª Vara Federal do Rio de Janeiro**

Processo nº 0041307-42.2012.4.02.5101 (2012.51.01.041307-8)

Trata-se de ação civil pública proposta pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro COREN/RJ em face do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro CREMERJ pleiteando, em sede liminar, a suspensão dos efeitos das Resoluções CREMERJ nº 265 e nº 266, de 2012, que proibiram a participação de médicos nas chamadas ações domiciliares relacionadas ao parto e assistência perinatal, em equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas, em partos domiciliares, assim como a participação de pessoas não habilitadas e/ou profissões não reconhecidas na área de saúde (entre elas, doulas, obstetizas e parteiras) durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar, ressalvados os acompanhantes legais. Sustenta como fundamento do pedido, em suma, ofensa a diversos dispositivos constitucionais, legais e infralegais arrolados no bojo da exordial, que garantem à mulher o direito ao parto domiciliar, assim como ao acompanhamento, em ambiente hospitalar, de pessoa de sua livre escolha.

Inicialmente, afigura-se incontestável a legitimidade do Conselho Regional de Enfermagem na propositura da presente ação civil pública, porquanto disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, bem como zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam, encontram-se entre suas atribuições legais (art. 15, II e VIII, da Lei nº. 5.905/73), sendo certo que a harmônica interação entre os profissionais envolvidos no trabalho de parto, seja domiciliar ou em ambiente hospitalar, revela-se essencial para o efetivo e satisfatório desempenho da profissão submetida à fiscalização da autarquia. Em outras palavras, é inegável que as proibições emanadas do diploma normativo ora guerreado trarão enormes repercussões ao cotidiano exercício da profissão de enfermeira (Lei nº 7.496/86), cuja proteção encontra-se entre as atribuições do COREN/RJ. Por outro lado, a Lei nº 7.347/85 expressamente atribui às autarquias a legitimidade para propor ações civis públicas (art. 5º., IV).

Como notório, a decisão liminar antecipatória dos efeitos da tutela se caracteriza pela superficialidade da cognição exercida pelo magistrado, que se limita a analisar a existência da verossimilhança das alegações e do perigo inerente à espera pelo provimento judicial definitivo sobre a matéria em debate.

No caso ora analisado, verifico presentes os requisitos autorizadores da medida, pelas razões que passo a expor: Inicialmente, salta aos olhos a incompatibilidade entre as Resoluções CREMERJ nº 265 e nº 266 e o tratamento dado à matéria pelos diplomas normativos federais. Em termos práticos, as resoluções terminam por dificultar, senão inviabilizar, o exercício da atividade de parteiras, porquanto ao mesmo tempo em que proíbem a atuação de médicos em partos domiciliares, com exceção das situações de emergência, também vedam a participação das aludidas profissionais em partos hospitalares. Entretanto, a Lei nº. 7.498/86 define que: Art. 9º São Parteiras: I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959; II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta lei, como certificado de Parteira. Nessa senda, aparentam conflitar com diploma normativo hierarquicamente superior as resoluções da Autarquia Estadual que praticamente inviabilizam o exercício de profissão regulamentada por lei federal especial válida e vigente.

Destaque-se, ainda, que a proibição inserta no art. 1º, parágrafo único, da Resolução CREMERJ nº 266/12 estende-se às obstetrizas, indo de encontro ao previsto no Decreto Federal nº. 94.406/87, regulamento da lei supra mencionada, que dispõe: Art. 9º Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe: I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico; III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Sob uma ótica constitucional, destarte, na qual se prestigia o livre exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer, não cabe ao CREMERJ impedir que as parteiras e obstetrizas exerçam seu mister que, além de contar com muitos anos de existência, é regulamentado por lei e decreto federais (art. 5º, XIII, da Carta Magna).

Obstar sua participação nesse procedimento ainda conflita, na perspectiva da mulher em trabalho de parto, com a mens legis subjacente à previsão contida no §1º, da Lei nº

8.080/90:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Noutro giro, ainda naquela ótica, a República Federativa do Brasil se fundamenta, entre outras axiomas, na dignidade da pessoa humana (art 1º, III). Do ponto de vista da parturiente, as limitações impostas pelo CREMERJ parecem ignorar ou, ao menos, desconsiderar o inegável suporte emocional, psicológico e físico dado por parteiras, doulas, obstetrizes e etc., no parto hospitalar ou domiciliar. Ressalte-se que, malgrado a controvérsia atinente aos perigos inerentes ao parto domiciliar, matéria a ser pormenorizadamente debatida por ocasião da prolação da sentença de mérito, a escolha deve ser, em princípio, da mulher gestante. E as resoluções do CREMERJ, ao vedarem a participação de médicos no parto domiciliar, acabam por impossibilitar essa escolha. Nesse diapasão, os estudos anexados à prefacial atribuem densidade suficiente aos argumentos do autor na defesa da segurança e benefícios do parto domiciliar, aptos a consubstanciar o *fumus boni iuris*.

É de se considerar, ainda, que a vedação à participação de médicos em partos domiciliares, ao que tudo indica, trará consideráveis repercussões ao direito fundamental à saúde, dever do Estado, porquanto a falta de hospitais fora dos grandes centros urbanos é muitas vezes suprida por procedimentos domiciliares, nos quais é indispensável a possibilidade de participação do profissional da Medicina, sem que sobre ele recaia a pecha de infrator da ética médica.

O *periculum in mora* decorre das graves conseqüências que as resoluções atacadas podem trazer ao, destaque-se, antiquíssimo e tradicional exercício das profissões de parteira, doulas, obstetrícias e etc., que restou sobremaneira tolhido com a norma e, ainda, ao direito à saúde constitucionalmente assegurado.

Por todo o exposto, DEFIRO A LIMINAR para suspender os efeitos das Resoluções CREMERJ nº 265 e nº 266, de 2012, até ulterior decisão deste juízo ou até que o E. Tribunal Regional Federal da 2ª Região e instâncias superiores se manifestem em sentido contrário.

Intime-se, com urgência.

Sem prejuízo, cite-se. P.R.I.(iyv)

Rio de Janeiro, 30 de julho de 2012.

GUSTAVO ARRUDA MACEDO

Juiz Federal Substituto no Exercício da Titularidade

ANEXO H - RESOLUÇÃO CREMERJ n. 293/2019

RESOLUÇÃO CREMERJ n. 293/2019

CNPJ: 31.027.527/0001-33

Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Federal n. [3.268](#), de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei Federal nº [11.000](#), de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto n. [44.045](#), de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto n. [6.821](#), de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que o médico deverá atuar com autonomia, sem renunciar à liberdade profissional, auxiliando o paciente no processo de tomada de decisões de acordo com os ditames de sua consciência, observando as previsões legais e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Capítulo, I, incisos VII, VIII e XXI do CEM);

CONSIDERANDO que o médico pode se recusar a praticar atos médicos com os quais não concorda, ressalvados os casos de risco de morte do paciente;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico permitir que interesses de terceiros interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade (Art. 20, do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios científicos disponíveis à realização de diagnóstico e tratamento deste (Artigo 32, do CEM);

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 2.144/2016;

CONSIDERANDO que a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, conforme disposto no artigo 3º, a Lei nº 9.263/1996, que trata do planejamento familiar;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 32/2018;

CONSIDERANDO, finalmente, a aprovação em sessão plenária realizada em 23/01/2019.

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal.

Art. 2º A vedação contida no art. 1º não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019.

SYLVIO SERGIO NEVES PROVENZANO

Presidente

RICARDO FARIAS JÚNIOR

Diretor Primeiro Secretário

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 293/2019

Vem crescendo, nos últimos anos, modismos na obstetrícia que são deletérios à boa prática médica e que colocam em risco a gestante e o concepto, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico. A situação se tornou tão grave que, atualmente, quem muitas vezes decide os procedimentos a serem tomados pelos obstetras são pessoas sem preparo para decisões que envolvem vida e morte.

Esse panorama se tornou um verdadeiro suplício para médicos, que ficam temerosos de serem processados caso não sigam estas orientações. Muitas delas, completamente sem fundamento científico, com viés antimédico. O trabalho de parto e o parto são situações permanentes de risco de morte. A mulher somente por estar grávida tem risco muitas vezes maior de morrer que uma mulher não grávida, sendo o parto o ápice deste risco. Não à toa, era a morte no parto uma das principais causas de óbito até tempos passados, não muito longínquos.

Esta pressão tem como consequência impedir a realização de procedimentos necessários e cientificamente validados e, com isso, restringir o papel do médico. Ao fim e ao cabo, o resultado disso é o abandono da obstetrícia por médicos competentes que não aceitam se submeter a isso; maternidades públicas tomadas por não médicos realizando partos, com o objetivo de baratear a assistência em demérito da qualidade; e aumento das mortalidades materna e infantil nos últimos anos no Brasil e no Rio de Janeiro. Dentre estes meios idealizados, temos o chamado PLANO DE PARTO. Este documento entende-se para fim desta Resolução como uma série de normas ditadas pela gestante, ou feitas em conjunto com o médico, comumente retiradas de modelos disponíveis em sítios eletrônicos que determinam o que o médico pode ou não fazer.

A não aceitação do médico em assinar este documento pode causar inúmeros problemas para o profissional, inclusive sendo passível de ser denunciado por “violência obstétrica”, outro termo inventado para difamar médicos, dando a impressão que as violências que as gestantes sofrem são por culpa dos obstetras, sendo estes tão vítimas do sistema quanto as grávidas.

Procedimentos salvadores são restritos ou proscritos sem quaisquer evidências para tal. Como alguns dos exemplos temos: a episiotomia; a manobra de Kristeller, a cesariana; a analgesia de parto; o uso de ocitocina; posições de assistência ao parto, dentre muitos outros.

É obrigação do obstetra estar atualizado sobre as melhores evidências médicas. A episiotomia é recomendada somente em casos selecionados. A cesariana tem diversas indicações relativas e absolutas e Guideline de 2019 do American College of Obstetricians and Gynecologists- ACOG mostrou que no atual nível de conhecimento não se pode dizer que há uma via de parto mais segura; é

desprovido de evidência científica ser dito que o parto vaginal é melhor que a cesariana em situações em que não haja indicação de cesariana; a Resolução CFM nº 2.144/2016 libera a cesariana a pedido materno acima de 39 semanas. Importante também sempre orientar nesses casos que a mulher que deseja uma prole maior deve preferir tentar o parto vaginal e mais importante ainda, é que a mulher que manifesta seu desejo de tentar o parto vaginal, deve ter esta vontade totalmente respeitada, se possível.

A manobra de Kristeller muitas vezes está equivocadamente classificada como violência obstétrica e como “proscrita”. Não há qualquer evidência científica de que não deva ser utilizada em situações necessárias. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO, ratificou a manobra de Kristeller para situações necessárias e excepcionais. Acrescente-se a estes equívocos as interferências sobre a assistência neonatal, incluindo o retardo nos cuidados ao bebê e a negação quanto à utilização de medidas preventivas e imunizações.

É importante lembrar que os tratamentos de saúde geram obrigação de meio, não de resultado. A banalização de processos contra médicos e profissionais da saúde tem alguns motivos; um deles é a confusão pelos pacientes entre erro médico e mau resultado. A insatisfação decorrente de um tratamento, por si só, não gera responsabilidade. Em outras palavras, o profissional deve atuar eticamente da melhor forma para tentar melhorar a saúde de seu paciente, observando critérios técnicos e a boa relação médico-paciente, evitando a imposição de barreiras.

Conquanto não fosse preciso escrever isso, tempos estranhos nos obrigam: não é razoável se solicitar autorização para medidas de emergência em situações de risco iminente de morte materna ou fetal. Pelo exposto, não cabem planos de partos impeditivos de medidas extremas e salvadoras nem de Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos para cesarianas de emergência ou para partos vaginais já em trabalho de parto avançado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve, obrigatoriamente, ser feito para a cesariana a pedido materno sem causa médica e para cesarianas eletivas, conforme regramento e boa prática vigentes.

A autonomia da gestante pode e deve ser respeitada, mas jamais trazendo riscos ao binômio materno-fetal.

RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE

Conselheiro-Relator

Referências:

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (EUA - Washington DC). The American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean delivery on maternal request: ACOG Committee Opinion. Women, Washington - DC, v. 133, ano 2018, n. 761, p. 73-77, 20 dez. 2018.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros et al. Cesariana a pedido materno. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro-RJ, n. 4, p. 301-310, 28 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília - DF, 2016.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. Recomendações Febrasgo parte II - Cuidados Gerais na Assistência ao Parto (assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito). São Paulo - SP, 2018.

ANEXO I - LEI Nº 7191 DE 06 DE JANEIRO 2016.

DISPÕE SOBRE O DIREITO AO PARTO HUMANIZADO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º- Fica assegurado, a toda gestante, o direito a receber assistência humanizada durante o parto na rede pública de saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º- Para efeitos desta Lei, ter-se-á, por parto humanizado ou assistência humanizada ao parto, o atendimento que:

I - não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;

II - só adotar rotinas e procedimentos, cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor;

IV - garantir assistência integral à gestante que seja deficiente além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, quando necessário;

V - todos os profissionais envolvidos no procedimento terão que respeitar a autonomia da mulher e toda gestante deve ser ouvida e fazer parte do processo de tomada de decisões;

VI - os procedimentos realizados deverão resguardar a vida da mulher e do conceito e os procedimentos para alívio da dor, tais como a raquianestesia, anestesia peridural e a inalação de Entonox podem ser recursos utilizados de acordo com critérios clínicos, com conhecimento da mulher a cerca dos efeitos adversos para mãe e bebê.

Art. 3º - São princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada, durante o parto:

I - a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante ou parturiente, assim como do nascituro;

- II – a mínima interferência por parte de todos os profissionais envolvidos na cena do parto;
- III – a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, respeitado o processo natural e fisiológico do parto;
- IV - a oportunidade de escolha dos métodos natais, por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;
- V - o fornecimento de informações à gestante ou parturiente, assim como ao pai ou acompanhante, dos métodos e procedimentos eletivos.

~~Art. 4º - V E T A D O -~~

* Art. 4º - Diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual deverão ser indicados:

- I - o estabelecimento onde será prestada a assistência pré-natal, nos termos da Lei;
- II - a equipe responsável pela assistência pré-natal;
- III - o estabelecimento hospitalar onde o parto será preferencialmente realizado;
- IV - a equipe responsável, no plantão, pelo parto;
- V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, pelos quais a gestante fizer a opção.

* Veto derrubado pela ALERJ. DO II 15/07/2016.

Art. 5º - A elaboração do Plano Individual de Parto deverá ser precedida de avaliação do profissional médico ou enfermeiro que acompanha a gestante, na qual serão identificados os fatores de risco da gravidez, reavaliados a cada contato da gestante com o sistema de saúde durante o pré-natal, inclusive quando do atendimento preliminar ao trabalho de parto.

~~Art. 6º - V E T A D O -~~

* Art. 6º- No Plano Individual de Parto, a gestante manifestará sua opção sobre:

- I - a presença, durante todo o processo ou em parte dele, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante;
- II - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- III - a administração de medicação para alívio da dor;
- IV - a administração de anestesia peridural ou raquidiana, e
- V - o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos fetais.

Parágrafo único - Na hipótese de risco à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções de que trata este artigo.

* Veto derrubado pela ALERJ. DO II 15/07/2016.

~~Art. 7º - V E T A D O -~~

Art. 7º - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser assistida por um profissional médico ou enfermeiro, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade.

* Veto derrubado pela ALERJ. DO II 15/07/2016.

Art. 8º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.

~~Art. 9º - V E T A D O -~~

* Art. 9º - A Secretaria Estadual de Saúde publicará, periodicamente, protocolos, descrevendo as rotinas e procedimentos de assistência ao parto, descritos de modo conciso, claro e objetivo, bem como dados estatísticos atualizados sobre as modalidades de parto e os procedimentos adotados por opção da gestante.

Parágrafo único - Os protocolos tratados neste artigo serão informados a todos os médicos, enfermeiros e demais funcionários habilitados pelo Sistema Único de Saúde - SUS no Estado do Rio de Janeiro para a realização de partos e ao atendimento à gestante, além das instituições que mantenham cursos de medicina, enfermagem ou administração hospitalar.

* Veto derrubado pela ALERJ. DO II 15/07/2016.

Art. 10 - Será objeto de justificção por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta Lei classifiquem como:

I - desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro;

II - eficácia carente de evidência científica;

III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

§1º - A justificação de que trata este artigo será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou a seu cônjuge, companheiro ou parente.

§2º - Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitos à justificação de que trata este artigo:

- a)- a administração de enemas;
- b) a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto;
- c) os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo;
- d) a amniotomia, e
- e) a episiotomia, quando indicado.

§3º - É vedada a realização da manobra de kristeller.

Art. 11- A equipe responsável pelo parto deverá:

I - utilizar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis;

II - utilizar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;

III - esterilizar adequadamente o corte do cordão;

IV - examinar rotineiramente a placenta e as membranas;

V - monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, fazendo uso do partograma recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS;

VI - cuidar para que o recém-nascido não seja vítima de hipotermia.

§1º - Ressalvada a prescrição médica em contrário, durante o trabalho de parto, será permitido à parturiente:

- a) manter liberdade de movimento durante o trabalho de parto;
- b) escolher a posição física que lhe pareça mais confortável durante o trabalho de parto;
- c) ingerir líquidos e alimentos leves.

§2º - Ressalvada prescrição médica em contrário, será favorecido o contato físico precoce entre a mãe e o recém-nascido após o nascimento, especialmente para fins de amamentação.

~~Art. 12 - V E T A D O .~~

* Art. 12 - A Secretaria Estadual de Saúde deverá estipular, por meio de regulamento,

as condições em que o parto domiciliar poderá ser realizado por decisão voluntária da gestante.

§1º - A decisão a que se refere o caput deste artigo deverá merecer menção expressa no Plano Individual de Parto, vinculando, nesta hipótese, o Poder Público, que garantirá o aceite das solicitações de exames e a prescrição de medicamentos por enfermeiros obstetras, segundo os protocolos ministeriais, garantida a assistência segura e o cumprimento da Lei 7498/86.

§ 2º - O Plano Individual de Parto deverá estipular, pormenorizadamente, os cuidados necessários ao êxito e à segurança do processo.

§ 3º - As instituições de saúde públicas deverão receber as mulheres, encaminhadas em decorrência de distorcia em parto domiciliar, constatada pelo profissional de saúde habilitado para condução do parto domiciliar, garantido o direito de escolha da mulher pela Constituição Federal.

§ 4º - O poder público criará cadastro de profissionais enfermeiros e médicos obstetras que atuam em parto domiciliar, fornecendo a Declaração de Nascido Vivo, para o registro de nascimento em cartório.

* Veto derrubado pela ALERJ. DO II 15/07/2016.

Art. 13 - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.

Art. 14 - Esta Lei entra em vigor 90 (noventa) dias após a sua publicação.

Rio de Janeiro, em 06 de janeiro de 2016.

LUIZ FERNANDO DE SOUZA

Governador

ANEXO J - **Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015

Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 4º, incisos XXI, XXIV, XXXVII e XLI alínea "a", e no inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e na alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 15 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

~~Parágrafo único. Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I.~~

§ 1º Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde

suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I. (Parágrafo único transformado em § 1º pela RN nº 398, de 05/02/2016)

§ 2º Esta Resolução atende à determinação judicial expedida nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região. (Incluído pela RN nº 398, de 05/02/2016)

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Do Direito de Acesso à Informação Das Beneficiárias aos Percentuais de Cirurgias Cesáreas e de Partos Normais

Art. 2º Sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias ou seu representante legal, a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde deverá disponibilizar o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais, da própria operadora, estabelecimentos de saúde e médicos nominados pela beneficiária ou seu representante legal.

§1º A consolidação das informações a serem prestadas pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde refere-se ao total de cirurgias cesáreas e de partos normais por ela efetuados à rede própria, cooperada, credenciada, referenciada ou por reembolso.

§2º O percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais a ser disponibilizado pela operadora abrangerá os seguintes períodos:

I - quando solicitado após 31 de março do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais relativos ao ano imediatamente anterior à solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação; e

II- quando solicitado entre o período de 01 de janeiro até 31 de março (inclusive) do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais do segundo ano imediatamente anterior ao pedido de solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação.

§3º Caberá à Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, ao disponibilizar a consolidação das informações solicitadas pela beneficiária ou seu representante legal, ressaltar que estas informações referem-se aos dados vinculados apenas aos partos efetuados pela Operadora, e não ao total de partos realizados pelos médicos ou estabelecimentos cooperados, credenciados ou referenciados a mais de uma Operadora.

Art. 3º A Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde não poderá criar ou divulgar qualquer sistema de ranqueamento dos médicos ou estabelecimentos de saúde com base no percentual de cirurgias cesáreas ou no percentual de partos normais.

Art. 4º A Operadora de Planos Privados de Planos Privados à Saúde deverá fornecer número de protocolo gerado por ocasião da solicitação à beneficiária ou ao seu representante legal, bem como apresentar a resposta em linguagem clara e adequada, por escrito, presencialmente, por correspondência ou por meio eletrônico conforme escolhido pela beneficiária ou seu representante legal.

Art. 5º O não atendimento da solicitação da beneficiária, no prazo fixado nos §§ 1º e 2º, art. 2º desta Resolução, poderá sujeitar a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde à sanção estabelecida nos normativos vigentes.

Seção II

Do Cartão da Gestante, Da Carta de Informação à Gestante e da Utilização do Partograma

Art. 6º O Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

§ 1º O cartão da gestante deverá conter a Carta de Informação à Gestante e no mínimo os dados constantes do Cartão da Gestante do Ministério da Saúde, conforme o Anexo II, desta RN.

§ 2º A ausência do Cartão da Gestante não é impeditivo para qualquer tipo de atendimento.

Art. 7º O Cartão da Gestante deverá ser disponibilizado pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias que esteja em período gestacional.

Art. 8º O partograma é um documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, conforme o Anexo III, desta RN, podendo ser utilizado qualquer modelo de partograma, desde que contenha os dados mínimos indicados pela OMS .

Parágrafo único. Nos casos em que, por imperativo clínico, o partograma não for utilizado, este deverá ser substituído por um relatório médico detalhado.

Art. 9º Considera-se parte integrante do processo para pagamento do procedimento parto, o partograma citado no art. 8º desta Resolução Normativa.

Art. 10 Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 11 Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
DIRETOR PRESIDENTE

ANEXO K - Lei 23.175/18 do Estado de Minas Gerais

O Governador do Estado de Minas Gerais, O Povo do Estado de Minas Gerais, por seus representantes, decretou e eu, em seu nome, promulgo a seguinte lei:

Art. 1º O Estado assegurará às mulheres o direito de receber atendimento humanizado durante o pré-natal, o parto, o puerpério e as situações de abortamento, a fim de prevenir a violência na assistência obstétrica nas redes pública e privada de serviços de saúde.

Art. 2º Para os fins desta lei, considera-se violência na assistência obstétrica a prática de ações, no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia, tais como:

I - utilizar termos depreciativos para se referir aos processos naturais do ciclo gravídico-puerperal;

II - ignorar as demandas da mulher relacionadas ao cuidado e à manutenção de suas necessidades básicas, desde que tais demandas não coloquem em risco a saúde da mulher e da criança;

III - recusar atendimento à mulher;

IV - transferir a mulher para outra unidade de saúde sem que haja garantia de vaga e tempo hábil para chegar ao local;

V - impedir a presença de acompanhante durante o pré-parto, o parto, o puerpério e as situações de abortamento;

VI - impedir que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, impossibilitando-

a de conversar e receber visitas quando suas condições clínicas permitirem;

VII - deixar de aplicar, quando requerido pela parturiente e as condições clínicas permitirem, anestesia e medicamentos ou métodos não farmacológicos disponíveis na unidade para o alívio da dor;

VIII - impedir o contato da criança com a mãe logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira hora de vida, salvo se a mulher ou a criança necessitar de cuidados especiais;

IX - submeter a mulher a exames e procedimentos cujos propósitos sejam pesquisa científica, salvo quando autorizados por comitê de ética em pesquisa com seres humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

X - manter algemada, durante o trabalho de parto e o parto, a mulher que cumpre pena privativa de liberdade, exceto em casos de resistência por parte da mulher ou de perigo a sua integridade física ou de terceiros e em caso de fundado receio de fuga.

Parágrafo único. A exceção prevista no inciso X será justificada por escrito, sob pena de responsabilidade disciplinar, civil e penal do agente ou da autoridade, sem prejuízo da responsabilidade civil do Estado.

Art. 3º No atendimento pré-natal, a gestante será informada sobre:

I - os riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e o parto;

II - a possibilidade de escolha de um acompanhante para o apoio durante o parto;

III - as estratégias e os métodos para controle da dor disponíveis na unidade, bem como os riscos e os benefícios de cada método;

IV - os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe em cada estágio para auxiliar as mulheres em suas escolhas;

V - o direito gratuito à realização de ligadura de trompas nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS - para os casos previstos em lei.

Art. 4º O profissional de saúde responsável pela assistência à mulher em situação de abortamento garantirá o sigilo das informações obtidas durante o atendimento, salvo para proteção da mulher e com o seu consentimento.

Art. 5º A prática da violência na assistência obstétrica nos termos do art. 2º sujeitará o responsável, nos casos em que couber, a sanções previstas em lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio da Liberdade, em Belo Horizonte, aos 21 de dezembro de 2018; 230º da Inconfidência Mineira e 197º da Independência do Brasil.

FERNANDO DAMATA PIMENTEL

ANEXO L - LEI ESTADUAL Nº 7314 DE 15 DE JUNHO DE 2016.

DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DAS MATERNIDADES, CASAS DE PARTO E ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES CONGÊNERES DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM PERMITIR A PRESENÇA DE DOULAS DURANTE O PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO, SEMPRE QUE SOLICITADAS PELA PARTURIENTE.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Ficam, as maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado do Rio de Janeiro, obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente, sem ônus e sem vínculos empregatícios com os estabelecimentos especificados.

§ 1º - Para os efeitos desta lei e em conformidade com a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), código 3221-35, doulas são acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que “visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante”, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

§ 2º - A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante instituído pela Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005.

§ 3º - Os serviços privados de assistência prestados pelas doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como as despesas com paramentação, não acarretarão quaisquer custos adicionais aos estabelecimentos hospitalares, maternidades e casas de parto.

§ 4º - A presença das doulas depende de expressa autorização da parturiente que, deverá informar previamente à unidade de saúde, que comunicará ao profissional médico, desde que não seja parto normal.

Art. 2º - As doulas, para o regular exercício da profissão, estão autorizadas a entrar nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede

pública e privada do Estado do Rio de Janeiro, com seus respectivos materiais de trabalho, condizentes com as normas de segurança e ambiente hospitalar.

§ 1º – Entende-se como materiais de trabalho das doulas, a serem utilizados no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato:

I - bolas de fisioterapia;

II - massageadores;

III - bolsa de água quente;

IV - óleos para massagens;

V - banquetas auxiliar para parto;

VI – demais materiais considerados indispensáveis na assistência do período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 2º - Os materiais a serem utilizados nas salas de parto normal não necessitam de esterilização.

§ 3º - Quando no trabalho de parto o médico decidir pela intervenção cesárea, a doula ingressará no centro cirúrgico devidamente paramentada.

Art. 3º - Fica vedada às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoração de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, entre outros, mesmo que estejam legalmente aptas a fazê-los.

Art. 4º – As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado, farão a sua forma de admissão das doulas, respeitando preceitos éticos, de competência e das suas normas internas de funcionamento, com a apresentação dos seguintes documentos:

I - carta de apresentação, contendo nome completo, endereço, número do CPF, RG, contato telefônico e correio eletrônico;

II - cópia de documento oficial com foto;

III – enunciado de procedimentos e técnicas que serão utilizadas no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como descrição do planejamento das ações que serão desenvolvidas durante o período de assistência;

IV - termo de autorização assinado pela gestante para a atuação da doula no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

V - cópia do certificado de formação profissional, segundo o Certificado Brasileiro de Ocupação - CBO.

Art. 5º - O não cumprimento da obrigatoriedade instituída no “caput” do artigo 1º

sujeitará os infratores às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - se órgão público, o afastamento do dirigente e aplicação das penalidades previstas na legislação;

III – se estabelecimento privado, multa de 1.665,38 UFIR/RJ (hum mil, seiscentos e sessenta e cinco vírgula e trinta e oito UFIRs). Em caso de reincidência a multa será cobrada em dobro, até o limite de 6.661,55 UFIR/RJ (seis mil, seiscentos e sessenta e um vírgula cinquenta e cinco UFIRs).

§ 1º - Competirá, ao Órgão Gestor da saúde da localidade em que estiver situado o estabelecimento, a aplicação das penalidades de que trata este artigo, conforme estabelecer a legislação própria, a qual disporá, ainda, sobre a aplicação dos recursos dela decorrentes.

§ 2º - Os recursos provenientes das multas aplicadas nos termos desta lei reverterão ao Fundo Estadual de Saúde - FES, para a capacitação das doulas.

Art. 6º - O não cumprimento da vedação instituída no caput do artigo 3º sujeitará às doulas:

I - advertência por escrito, na primeira ocorrência;

II - multa de 66,61 UFIR/RJ (sessenta e seis vírgula sessenta e um UFIRs), a partir da segunda ocorrência.

Art. 7º - O cumprimento do disposto nesta lei não acarretará despesas para o Estado do Rio de Janeiro.

Art. 8º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, em 15 de junho de 2016.

FRANCISCO DORNELLES

Governador em exercício

ANEXO M - LEI MUNICIPAL Nº 6305 DE 26 DE DEZEMBRO DE 2017.

Permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O Presidente da Câmara Municipal do Rio de Janeiro nos termos do art. 56, IV combinado com o art. 79, § 5º, da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, de 5 de abril de 1990, não exercida a disposição do § 7º do art. 79, promulga a Lei nº 6.305, de 26 de dezembro de 2017, oriunda do Projeto de Lei nº 1646-A de 2015, de autoria do Senhor Vereador Renato Cinco.

Art. 1º Ficam obrigadas as maternidades, as casas de parto e os estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.

§ 1º Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, código 3221-35, doulas são acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

§ 2º A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante instituído pela Lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

§ 3º As doulas integram a equipe de assistência à parturiente e as despesas com paramentação e outras não acarretarão quaisquer custos adicionais à parturiente

§ 4º A presença das doulas depende de expressa autorização da parturiente, que deverá informar previamente à unidade de saúde, que comunicará ao profissional médico, desde que não seja parto normal.

Art. 2º As doulas, para o regular exercício da profissão, estão autorizadas a entrar nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, com seus respectivos instrumentos de trabalho, condizentes com as normas de segurança em ambiente hospitalar, sem custo adicional à parturiente.

§ 1º Entende-se como instrumentos de trabalho das doulas:

- I - bolas de fisioterapia;
- II - massageadores;
- III - bolsa de água quente;
- IV - óleos para massagens;
- V - banqueta auxiliar para parto;
- VI - demais materiais considerados indispensáveis na assistência do período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 2º Para fins do disposto neste artigo, fica vedada a cobrança de qualquer taxa adicional vinculada à presença da doula em todos os tipos de trabalho de parto, durante o período de trabalho de parto, vias do nascimento, pós-parto imediato, em casos de intercorrências e aborto legal.

Art. 3º Fica vedada às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoramento de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, entre outros, mesmo que tenham formação profissional em saúde que as capacite para tais atos.

Art. 4º A doulagem será exercida privativamente pela doula, cujo exercício é livre em todo território municipal, observadas as disposições desta Lei.

§ 1º As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Município do Rio de Janeiro, farão a sua forma de admissão das doulas, respeitando preceitos éticos, de competência e das suas normas internas de funcionamento, com a apresentação dos seguintes documentos:

- I - carta de apresentação, contendo nome completo, endereço, número do Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, Registro Geral - RG, contato telefônico e correio eletrônico;
- II - cópia de documento oficial com foto;
- III - enunciado de procedimentos e técnicas que serão utilizadas no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como descrição do planejamento das ações que serão desenvolvidas durante o período de assistência;
- IV - termo de autorização assinado pela gestante para a atuação da doula no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- V - cópia do certificado de formação profissional, segundo o Certificado Brasileiro de Ocupação - CBO.

§ 2º Os documentos exigidos nos incisos I ao V poderão ser substituídos por carteira de identificação de associação ou instituição congênera, desde que exclusiva da categoria, devidamente cadastrada junto aos órgãos de saúde.

Art. 5º O não cumprimento da obrigatoriedade instituída no "caput" do art. 1º sujeitará os infratores às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - se estabelecimento privado, multa no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), corrigido anualmente, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo Especial - IPCA-E, acumulado do ano anterior;

III - multa em dobro diante de reincidência;

IV - se órgão público, o afastamento do dirigente e aplicação das penalidades previstas na legislação.

Parágrafo único. Competirá à Secretaria Municipal de Saúde a aplicação das penalidades de que trata este artigo, conforme estabelecer a legislação própria, a qual disporá, ainda, sobre a aplicação dos recursos dela decorrentes.

Art. 6º A doula deve ser regularmente cadastrada, via instituições de classe oficializadas como associações, federação, cooperativas, sindicatos e afins, desde que exclusiva da categoria, devidamente cadastrada junto aos órgãos de saúde, ou de forma individual, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos congêneres da rede pública e privada onde atuarem.

Art. 7º Os sindicatos, associações, órgãos de classe dos médicos, enfermeiros e entidades similares de serviços de saúde deverão adotar, de imediato, as providências necessárias ao cumprimento da presente Lei.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 26 de dezembro de 2017.

Vereador JORGE FELIPPE

Presidente

ANEXO N - LEI ESTADUAL Nº 8307 DE 28 DE FEVEREIRO DE 2019.**CRIA NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO O PROGRAMA TODA MULHER MERECE UMA DOULA.****O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Faço saber que a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Cria, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, o Programa Toda Mulher Merece uma Doula, que reunirá e formulará políticas públicas referentes à atuação destas profissionais na atenção à saúde no ciclo gravídico-puerperal, em atendimento às recomendações da Organização Mundial de Saúde, atualizadas em 2018, e às Diretrizes para Parto do Ministério de Saúde, de 2017, que reforçam a importância da doula no suporte contínuo à gestante.

Parágrafo único. Para os efeitos desta lei e em conformidade com a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações – código 3221-35), doulas são acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

Art. 2º São objetivos deste Programa:

- I** – desenvolver políticas de inclusão de Doulas na atenção na gestação, parto e puerpério no Estado do Rio de Janeiro;
- II** – articular a presença de políticas de inclusão de Doulas entre os órgãos municipais de saúde na atenção básica e atenção multidisciplinar no ciclo gravídico-puerperal;
- III** – implementar a formação e capacitação de Doulas, contendo em suas coordenações político-pedagógicas profissionais Doulas com experiência mínima de 3 anos de atuação;
- IV** – desenvolver material informativo sobre a atenção multidisciplinar no ciclo gravídico-puerperal que oriente sobre os direitos da pessoa gestante e puérpera;

V – incluir indicadores de boas práticas a partir da presença de Doulas e/ou outros instrumentos como Plano de Parto pela gestante.

Parágrafo único. Os objetivos supracitados devem contar com a participação de doulas e serem acompanhadas por instituições de classe, formadas exclusivamente por doulas, em conformidade com o previsto na [Lei Estadual nº 7314, de 15 de junho de 2016](#).

Art. 3º Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênios e parcerias com instituições públicas e privadas para fins de cumprimento dos objetivos deste programa.

Art. 4º O Poder Executivo baixará os atos que se fizerem necessários para a regulamentação da presente Lei.

Art. 5º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, em 28 de fevereiro de 2019.

WILSON WITZEL

Governador

ANEXO O - Posicionamento do Ministério da Saúde em face a Recomendação do Ministério Público Federal.

OFÍCIO Nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

Brasília, 07 de junho de 2019.

À Senhora

Ana Carolina Previtalli Nascimento

Procuradora da República

Ministério Público Federal

Assunto: Recomendação nº 29/2019. IC 1.34.001.007752/2013-81.

Senhora Procuradora,

Em resposta à recomendação nº 29/2019 do Ministério Público Federal de São Paulo, a Coordenação de Saúde das Mulheres tece as seguintes considerações:

As Políticas de atenção ao parto e nascimento fomentadas pelo Ministério da Saúde estão em consonância com o documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”.

Tal referencial também está presente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2004, cujos objetivos centrais são promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da garantia dos direitos legalmente constituídos em todo território nacional e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Em consonância com esses princípios e diretrizes, em junho de 2011, o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando 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. O Ministério da

Saúde (MS), por meio da Rede Cegonha, tem adotado e orientado que as políticas e ações relacionadas à atenção obstétrica no Brasil sigam as recomendações do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".

Para tanto, o MS tem investido na atenção qualificada, segura e humanizada ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, priorizando ações na assistência à saúde que buscam garantir os direitos fundamentais de mulheres e crianças ao acesso a tecnologias apropriadas, com adoção de práticas baseadas em evidências, e a organização e adequação das ofertas de serviços em conformidade às diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal.

A Rede Cegonha articula diretrizes e dispositivos, tanto no sentido de uma ética de atendimento e prestação de serviço quanto de reorganização das práticas, processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso e cobertura assistencial. Ao mesmo tempo, é norteada pelos princípios, diretrizes, dispositivos e métodos da Política Nacional de Humanização. A humanização é compreendida como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde.

Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção no SUS implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos das mulheres, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

A prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, com uma maior ênfase na promoção e no resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Com isso, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados pela carência de evidências científicas que os suportem, existência de evidências que os contraindiquem e por trazerem desconforto à mulher.

Nesse sentido, foram realizados consensos e pactuações entre especialistas, instituições de saúde de órgãos de classe para publicação dos Protocolos de Parto Normal e de Cesarianas. Participaram desse processo, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, Agência Nacional de Saúde – ANS, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec, Organização Pan- Americana da Saúde – Opas/OMS, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras – Abenfo, AMIL, ARTEMIS, Associação

Brasileira de Enfermagem –ABEn, Associação Médica Brasileira –AMB, Cochrane Brasil, Conselho Federal de Enfermagem–Cofen, Conselho Federal de Medicina–CFM, Conselho Nacional de Saúde-CNS, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia –Febrasgo, Federação Brasileira de Hospitais, FENASAÚDE, GEAP, Hospital Albert Einstein, Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz, Parto do Princípio, REHUNA, Sociedade Brasileira de Pediatria, Unimed, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP, Universidade Federal de Campina Grande e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/ IMIP, Universidade Estadual de Campinas/Unicamp.

Assim, fruto desse processo, em 2016, foi publicada a Diretriz de Atenção à Gestante: A Operação Cesariana e, em 2017, foi publicada a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal como uma prioridade do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil, por meio da orientação às mulheres brasileiras, profissionais de saúde e gestores, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Esse documento busca promover mudanças na prática clínica, diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto, reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e, conseqüentemente, os seus agravos, difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

Assim, entender as mulheres como sujeitos de direitos significa respeitar sua autonomia, suas necessidades, considerá-las nas decisões e cuidados que afetam a sua saúde, de modo que as escolhas sejam realizadas de maneira informada e as decisões de maneira conjunta, representa, na implementação da política, ações desde o pré-natal que promovam a inclusão da mulher e sua família no cuidado compartilhado na atenção ao parto e nascimento, sendo possível, por exemplo, utilizar a caderneta da gestante como uma ferramenta de conhecimento de direitos e de saúde.

Nesse sentido, o MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema.

Em continuidade aos processos de fortalecimento e qualificação da gestão do cuidado e atualização das práticas clínicas, em 2017, o Ministério da Saúde lançou o projeto

Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE, MEC e Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Esse projeto tem como objetivo qualificar e ampliar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e atenção integral às mulheres em situação de violência sexual nos Hospitais Universitários e de Ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.

O MS também tem investido na atuação da enfermeira obstetra e da obstetrix na atenção ao parto e nascimento de risco habitual, num modelo de atendimento que é consenso entre especialistas de todo o mundo. Como uma das ações estratégicas propostas, no período de 2013 a 2015, foram realizadas as Ouvidorias Ativas e Auditorias Formativas nas maternidades aderidas à Rede Cegonha com vistas a identificar as ações em não conformidade com os princípios de diretrizes da atenção ao parto e nascimento. Essas informações serviram como subsídios para apoio do MS às secretarias da saúde e maternidades para qualificação da gestão do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascidos.

Além disso, foram realizados, de forma tripartite, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, dois ciclos avaliativos das maternidades aderidas à Rede Cegonha, totalizando 626 serviços obstétricos e neonatais avaliados no último ciclo, no ano de 2017. Neste 2º ciclo, foram avaliadas as diretrizes de Acolhimento em Obstetrícia; Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento; Monitoramento do Cuidado e Vigilância da Mortalidade Materna e Neonatal; Gestão Participativa e Compartilhada; e Ambiência. Os resultados serviram como instrumentos de qualificação da gestão do cuidado das maternidades que podem ser utilizados como referencial para as contratualizações das maternidades, como também para implementação da cultura institucional de monitoramento e avaliação nos serviços obstétricos e neonatais.

Em 2017 e 2018, com intuito de fortalecer as ações de gestão do cuidado na atenção à saúde materna e neonatal foram lançadas as estratégias *QualiNeo* e *Parto Cuidadoso*. *Parto Cuidadoso* é uma estratégia que visa apoiar as práticas clínicas

através da cultura institucional de monitoramento e avaliação de indicadores de qualidade no cuidado ao parto e nascimento. Esta estratégia, em fase de implementação, disponibilizará uma plataforma *online* de indicadores de atenção ao parto e nascimento e de gestão, que poderão ser monitorados pelos gestores das respectivas unidades de saúde, secretários municipais e estaduais de saúde, bem como pela equipe técnica do MS. *O QualiNeo* é uma estratégia de gestão do cuidado que visa reduzir as taxas de mortalidade neonatal, a partir da prática clínica sistematizada do cuidado neonatal e qualificação da atenção ao recém-nascido nas maternidades brasileiras.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e individualidade dos sujeitos. Portanto, o MS tem investido na aquisição de equipamentos e no repasse de recursos para realização de obras nas maternidades, assim como a construção de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, o que reforça a importância dos serviços oferecerem às mulheres e seus acompanhantes a ambiência e assistência adequada para favorecer a vivência e experiência positiva do momento do parto.

Em dezembro de 2018, diante das taxas preocupantes de Morte Materna e na Infância, a Comissão Intergestores Tripartite publicou a Resolução nº 42 que “*Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e dá outras providências*”.

Diante das principais causas de mortalidade materna, o MS, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde –Opas/OMS e o Centro Latino-Americano para Perinatologia, Saúde das Mulheres e Reprodutiva (CLAP/SMR), reiniciou em 2019, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia - 0MMxH, uma iniciativa, em parceria com as secretarias de saúde e maternidades de referências, que se destina a qualificar e consolidar os processos de atenção voltados à prevenção, diagnóstico e ao tratamento da hemorragia obstétrica e ao fortalecimento da redução da morbimortalidade materna por hemorragia obstétrica e a qualificação da resposta rápida e eficaz às emergências obstétricas. Futuramente, a Estratégia será ampliada para as duas outras principais causas de mortalidade materna, hipertensão e infecção puerperal.

Diante do desafio da disseminação do conhecimento e atualização das práticas clínicas baseadas em evidências científicas, o IFF-Fiocruz-MS, em parceria com o

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES/SAPS/MS, lançou em 2018, o Portal de Boas Práticas de Saúde em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>). Nesse portal é possível acessar aulas e referências atualizadas e sistematizadas de acordo com as principais temáticas mobilizadas pelas questões da clínica nas maternidades; e encontro com especialistas.

Desta forma, o MS compreende que sua atuação está centrada em superar as situações de maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, através de ações positivas e em parceria com secretarias de saúde e instituições envolvidas com a temática, pois entende que a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, incluindo o respeito à autonomia das mulheres, o acolhimento e o cuidado seguro e humanizado e condições de trabalho à equipe multiprofissional são fundamentais para redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Superar as dificuldades e situações de atendimento inadequado perpassa pela necessidade de um investimento da gestão na mudança do modelo de atenção à saúde das mulheres, pela adequação das práticas obstétricas àquelas baseadas em evidências científicas, assim como pela valorização do ensino multiprofissional, transdisciplinar, em obstetrícia e neonatologia e pela adequação da ambiência das maternidades.

Dessa forma, o Ministério da Saúde reitera que a expressão utilizada nos documentos e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, no qual declara que essas situações nas instituições de saúde afetam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação.

O Ministério da Saúde coloca-se à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

ERNO HARZHEIM

Secretário de Atenção Primária à Saúde