



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

RELVA CAROLINA VIANA NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: MÚLTIPLAS REPERCUSSÕES NO
ÂMBITO JURÍDICO.**

Juazeiro do Norte - CE
2019

RELVA CAROLINA VIANA NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: MÚLTIPLAS REPERCUSSÕES NO
ÂMBITO JURÍDICO.**

Monografia apresentada à Coordenação
do Curso de Graduação em Direito do
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio,
como requisito para a obtenção do grau
de bacharelado em Direito.
Orientador: Prof. Me. Danielly Clemente

Juazeiro do Norte
2019

RELVA CAROLINA VIANA NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: MÚLTIPLAS REPERCURÇÕES NO
ÂMBITO JURÍCO.**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Direito.

Orientador: Prof. Me. Danielly Pereira Clemente.

Data de aprovação: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.(a)Me. Danielly Pereira Clemente
Orientadora

Prof. Esp. Clauver Rennê Luciano Barreto
Examinador

Prof.(a) Dra. Clarissa de Pontes Vieira Nogueira
Examinadora

Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso. (Organização Mundial de Saúde)

*A minha filha, Anne Sophie,
tudo é por você, por nós.*

AGRADECIMENTOS

O fim de mais ciclo está próximo, a graduação no curso de Direito é mais que uma meta ou um dever cumprido, é a realização de um sonho que fora colocado no papel no primeiro ano do ensino médio quando fiz o primeiro teste vocacional no colégio. Desde então vivi para colocar em prática esse sonho. Vários foram os fatores que influenciaram negativamente a execução da faculdade de forma satisfatória, mas a cada semestre eu me renovava com uma energia inexplicável que me fez continuar e só parar quando tudo estivesse concluído. Para os dois últimos semestres a energia passou a chamar-se Anne Sophie, quando uma mulher torna-se mãe, a força passa a ser uma qualidade, habilidade intrínseca, assim, primeiramente gostaria de agradecer a todos os meus familiares que contribuíram para minha formação como ser humano, vovó, mãe e pai. Agradecer a minha filha pela mulher que fez transformar possibilitando que pudesse concluir esse trabalho. As amigas Sandy, Kathyanne, Ludimila e Jacinta que me acolheram sempre que necessário cada uma a sua maneira especial provando que os amigos são irmãos filhos de outra mãe. A todos os funcionários da Unileão que direta ou indiretamente proporcionou um ambiente adequado para conclusão dessa etapa. A todos os professores que com sua pluralidade ensinaram-me muito mais que conhecimento científico, conhecimento de mundo. A minha orientadora por todo empenho para construção desse trabalho e por ter literalmente segurado minha mão para dar vida a esse projeto.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral compreender a incidência da violência obstétrica no Brasil e suas motivações, analisar a responsabilização cível, bem como sua eficácia tendo como norte o ordenamento jurídico brasileiro, suas Leis e jurisprudências. A pesquisa tem como objetivos específicos, traçar o panorama histórico da violência obstétrica no Brasil, apresentar a responsabilidade civil consequente da prática dessa violência. E, propor reflexões à sociedade em geral em especial, aos agentes de saúde, aos agentes dos sistemas de justiça, e às parturientes, estabelecendo desse modo efetiva visibilidade a problemática. O desenvolvimento metodológico da pesquisa foi desenvolvido pelo estudo bibliográfico, fazendo uso de livros, revistas científicas, artigos da plataforma Scielo e sites relacionados ao estudo e debate da temática. No primeiro capítulo, foi dado especial destaque a violência obstétrica empregada em mulheres negras, e como as suas origens históricas pintaram a mulher negra como mais resistente a dor. Atentamos também em como a violência é cometida em mulheres negras a partir do momento em que esta busca apoio médico no seu pré-natal, ou em uma situação em que busca ajuda médica por motivos de aborto. No segundo capítulo nos aprofundamos no conceito de violência obstétrica no Brasil e os direitos da parturiente, as principais práticas que são consideradas como Violência obstétrica, tais como podemos citar o abuso físico, intervenções não consentidas no plano de parto, abusos verbais, entre outros. No terceiro capítulo abordamos os apontamentos jurídicos através da análise de jurisprudências, projetos de Lei e decisões que versam sobre a temática, investigando o que vem sendo feito por parte dos Órgãos Federais para conter a incidência de violência obstétrica.

Palavras chave: Violência obstétrica. Responsabilidade Civil. Jurisprudência.

SUMMARY

The objective of this study is to understand the incidence of obstetric violence in Brazil and its motivations, to analyze civil responsibility, as well as its effectiveness, with the Brazilian legal system, its Laws and jurisprudence. The research has as specific objectives, to draw the historical panorama of obstetric violence in Brazil, to present the civil responsibility consequent to the practice of this violence. And, to propose reflections to society in general, health workers, agents of justice systems, and parturients, thus establishing a visible profile of the problem. The methodological development of the research was developed by the bibliographic study, making use of books, scientific journals, articles of the platform Scielo and sites related to the study and debate of the theme. In the first chapter, particular attention was paid to obstetric violence employed in black women, and as their historical origins painted the black woman as more resistant to pain. We also look at how violence is committed in black women from the moment they seek medical support in their prenatal care, or in a situation where they seek medical help for reasons of abortion. In the second chapter we look at the concept of obstetric violence in Brazil and the rights of the parturient, the main practices that are considered as Obstetric violence, such as physical abuse, interventions not allowed in the birth plan, verbal abuse, among others. In the third chapter we approach the legal notes through the analysis of jurisprudence, draft laws and decisions that deal with the issue, investigating what has been done by the Federal Bodies to contain the incidence of obstetric violence.

Keywords: Obstetric violence. Civil responsibility. Jurisprudence.

SUMÁRIO

	Páginas
1	INTRODUÇÃO..... 10
2	MEU CORPO, MEU PARTO, MINHAS ESCOLHAS: A VIOLENCIA OBSTÉTRICA EM LINHAS GERAIS..... 13
2.1	DIGRESSÃO HISTÓRICA..... 14
2.2	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL..... 17
2.3	A DESIGUALDADE NA MATERNIDADE NEGRA..... 18
3	DEFINIÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DOS DIREITOS DA PARTURIENTE..... 21
3.1	DEFINIÇÕES..... 21
3.2	DIREITOS DA PARTURIENTE..... 22
3.3	MEDIDAS ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA..... 25
3.2	PROIBIÇÃO DO USO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA..... 26
4	POSICIONAMENTOS JURISPRUDENCIAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 29
4.1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO PONTO DE VISTA DA RESPONSABILIDADE CIVIL..... 29
4.2	LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DEDICADA À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA..... 32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 34
	REFERÊNCIAS..... 37
	ANEXOS..... 40

1 INTRODUÇÃO

Desde muito tempo a mulher tem sido um alvo fácil, vítima da violência, seja ela intrafamiliar, física, psicológica, por causa de sua cor ou raça, de sua opção religiosa, ou gênero. No presente estudo, abordaremos um tipo de violência muito específico, a violência obstétrica, imputada à mulher gestante em uma ou em todas as fases da sua gestação (pré-natal, parto e/ou pós-parto). Violência essa que há pouco passou a ser reconhecida e penalizada no nosso país, e que lhe causa um trauma perpetuo naquele que deveria ser o dia mais feliz e realizado da sua vida: a chegada de um filho.

Contudo, existe uma problemática na presente circunstância de violência obstétrica: a identificação da violência. Haja vista que, desde muito tempo, o parto é considerado um sinônimo de dor e o sofrimento vivido pela parturiente é tratado com naturalidade.

Os Direitos Humanos Universais, conhecidos pela sua inerência e indisponibilidade recaem sobre qualquer pessoa, e dispõem sobre inúmeras garantias disponíveis, tais como: a liberdade, a igualdade, entre esses direitos encontra-se também o direito à integridade e o direito à dignidade humana, que são violados a partir do momento que submetem a parturiente a condições humilhantes onde sua vontade não é considerada, causando traumas permanentes e em casos extremos levam a morte. Isto posto, busca-se como objetivo geral do presente estudo compreender os meios pelos quais os direitos humanos podem ser aplicados em defesa das vítimas da violência obstétrica.

O presente estudo dedica-se e tem como objetivo geral compreender a incidência da violência obstétrica no Brasil e suas motivações, analisar a responsabilização cível, bem como sua eficácia tendo como norte o ordenamento jurídico brasileiro, suas Leis e jurisprudências.

A violência obstétrica tem se perpetuado ao longo da história e na atualidade ganhou caráter endêmico, tendo em vista que está cotidianamente presente nas comunidades de todo Brasil, independentemente da classe social, raça, idade, sexo ou religião. Tendo se expandido de maneira preocupante e silenciosa, haja vista que as mulheres vítimas desta prática não a percebem

como tal diante desse cenário foi recentemente reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde.

Justifica-se o estudo desse tema, a partir do pressuposto que a violência obstétrica é uma das formas de se cometer violência contra a mulher e não deixa de ser também uma forma de violência de gênero, haja vista a constante utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde frente a pessoas desprovida de conhecimento, e não podem dispor do domínio dos corpos e da sexualidade das parturientes.

Deve-se levar em consideração que a mortalidade materna constitui um importante problema social e de saúde pública e reflete diretamente a qualidade assistencial.

A pesquisa tem como objetivos específicos, traçar o panorama histórico da violência obstétrica no Brasil, apresentar a responsabilidade civil e penal consequente da prática dessa violência. E, propor reflexões à sociedade em geral em especial, aos agentes de saúde, aos agentes dos sistemas de justiça, e às parturientes, estabelecendo desse modo efetiva visibilidade a problemática.

O desenvolvimento metodológico da pesquisa será desenvolvido pelo estudo bibliográfico, fazendo uso de livros, revistas científicas, artigos da plataforma Scielo e sites relacionados ao estudo e debate da temática.

O método utilizado será o exploratório, através de análise de conteúdo e coleta de dados. Quanto à pesquisa documental, estará baseada em dados primários, quais sejam a lei, doutrina, jurisprudência, entre outros. No que tange aos resultados os mesmos serão apresentados de modo qualitativo, pois reunirão os dados de fontes já publicadas que são de forma de narrativa e não serão codificadas usando um sistema numérico.

No capítulo primeiro, intitulado como “meu corpo, meu parto, minhas escolhas: a violência obstétrica em linhas gerais”, retrata acerca dos primeiros registros de parto e as práticas que eram utilizadas à época, a partir dessa digressão histórica, é possível notar as influencias que alguns procedimentos médicos carregam até os dias atuais. Nesse primeiro momento, foi dado especial destaque a violência obstétrica empregada em mulheres negras, e como as suas origens históricas pintaram a mulher negra como mais resistente a dor. E também como a violência é praticada em mulheres negras a partir do

momento em que esta busca apoio médico no seu pré-natal, ou em uma situação em que busca ajuda médica por motivos de aborto.

No segundo capítulo nos aprofundamos no conceito de violência obstétrica no Brasil e os direitos da parturiente, as principais práticas que são consideradas como Violência obstétrica, tais como podemos citar o abuso físico, intervenções não consentidas no plano de parto, abusos verbais, entre outros.

No terceiro capítulo abordamos os apontamentos jurídicos através da análise de jurisprudências, projetos de Lei e decisões que versam sobre a temática, investigando o que vem sendo feito por parte dos Órgãos Federais para conter a incidência de violência obstétrica.

2 MEU CORPO, MEU PARTO, MINHAS ESCOLHAS: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM LINHAS GERAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência obstétrica como imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia.

A violência obstétrica pode ocorrer em diversos momentos: durante a gestação, durante o parto e no atendimento em situações de aborto. Comumente praticadas pelos agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar, quanto pelo estabelecimento de saúde.

A violência obstétrica durante a gestação, entre outras coisas, pode se caracterizar por: negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal; comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc., ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família, negligenciar o atendimento de qualidade, agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo aos interesses e conveniência do médico.

Nesse sentido, a violência obstétrica no parto se caracteriza por: recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito); impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso) (OMS, 2019, online)

Podemos exemplificar a situação pelo soro com ocitocina que se utiliza para acelerar o trabalho de parto, usado apenas por conveniência médica, exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas, privação de alimentos, episiotomia (corte vaginal), imobilização (braços e pernas), etc.; toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio; cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher; impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o

alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição; impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

A Organização Mundial de Saúde alerta que em casos de abortamento:

a violência obstétrica poderá ser observada quando ocorre; negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento; questionamento à mulher quanto à causa do abortamento (se intencional ou não); realização de procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento e, frequentemente, sem anestesia; ameaças, acusação e culpabilização da mulher; coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia da mulher em situação de abortamento. (OMS, 2019, online)

Entretanto, para chegar nesse momento da história onde conseguimos identificar a maior parte dos atos de violência praticados à parturiente, um longo caminho foi trilhado, e por rigor metodológico se faz necessário relembrar historicamente o caminho percorrido na obstetrícia até o reconhecimento dos direitos da parturiente, em nome da sua dignidade.

2.1 DIGRESSÃO HISTÓRICA

Inicialmente, faz-se necessária a conceituação do tema e a realização de uma breve análise sobre o panorama da violência obstétrica no Brasil, verificando os fatores que proporcionaram a prática dessa violência, bem como a observação da evolução histórica do parto no período do século XX ao século XXI para obter uma visão extensiva acerca do assunto.

O primeiro relato histórico sobre a dor e o sofrimento do parto, encontramos em Gênesis, quando como castigo a Eva pela desobediência, o Deus do antigo testamento avisa-a que irá sentir dores como punição, a mulher era tratada como uma vítima do seu próprio estado de natureza (DINIZ, 2005).

Nesse sentido, a igreja católica sempre foi contra todo e qualquer meio que fosse capaz de retirar da mulher o sofrimento ou ameniza-lo, chegava até a proibir que seus fiéis se valessem dessas alternativas (DINIZ, 2005). Diante de fatos como esse, a obstetrícia médica, tomou para si, o compromisso de cuidados com a mulher gestante.

A medicina do século XVII voltou sua atenção ao parto a partir da descoberta do sistema de ovulação feminino, tratava o estudo do corpo humano como o estudo de uma máquina, sendo, portanto, o homem considerado como a máquina perfeita, enquanto a mulher (tendo em vista seu sistema reprodutivo) um desvio padrão, cheio de anormalidades, defeitos e imprevisibilidades (DEL PRIORE, 1995).

Até meados do Século XIX, mesmo em casos mais delicados e perigosos para a gestante e o bebê, a via cirurgia não era uma opção, todos os partos eram realizados por parteiras ou curandeiras, o parto era considerado um ato sagrado e não se permitia a participação de homens. (ibid., p. 31)

Nesse sentido, Del Priore (1995), aduz que

A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras. (1995, p. 297)

A pré-modernidade ainda trazia consigo muitos preconceitos em relação ao parto, um dos principais seria que a realização de um parto era um procedimento simples demais, para tomar o tempo de um homem da medicina.

No Brasil, Século XX, um dos primeiros a desenvolver uma técnica obstétrica foi Fernando Magalhães, que mais tarde ficou conhecido como pai da obstetrícia, que defendia o uso de uma mistura de morfina e cafeína, essa mistura conhecida como “Lucina”, era utilizada para diminuir a sensação de dor para a mulher parturiente, mas seu resultado não era de diminuição dos machucados, e seu efeito era apenas temporário. No cenário Mundial, Joseph Delee era referência na obstetrícia, e seu método utilizado era a introdução de narcóticos e o uso do fórceps. (DINIZ, 2005)

Não muito longe da nossa realidade, nas primeiras décadas do século XX, perdia a força o parto realizado por parteiras em casa. A obstetrícia experimentava uma nova modalidade de realização do parto, que oferecia uma experiência sem dores... e sem lembranças. Sono crepuscular foi como ficou conhecido a prática de dar à luz inconsciente. Diniz explica,

Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (WERTZ, 1993 apud DINIZ, 2005, p.628)

Apesar de ser a melhor forma de lidar com os partos, o sono crepuscular ainda empregava uso de violência às mulheres que ali estavam, e pior não tinham a mínima condição de alegarem que a força empregada foi além, silenciadas, tinham que lidar com os danos ao acordar.

Essa técnica foi responsável por aumentar consideravelmente o índice de mortalidade no parto, tanto da criança quanto da parturiente. (DINIZ, 2005)

O suporte médico era muito oneroso, e por este motivo só usufruíam destes às pessoas da classe média e alta. Portanto, nenhuma melhoria foi aplicada às pessoas de classe pobre, que continuavam vítimas da sua própria sorte.

Na segunda metade do século XX, o parto era exclusivamente realizado em hospitais com a inserção de técnicas mais seguras, anestésias mais eficientes e seguras (DINIZ, 2005). A grande problemática dessa época consistia na forma de tratamento imputado as mulheres, utilizavam o sistema linha de montagem de Henri Ford para assistir a mulher, pré-parto, parto e pós-parto, sem cuidado, sem sensibilidade.

Nesse mesmo século, foi adicional às rotinas de parto, a abertura, que consistia em imobilizar a mulher, mantê-las em estado de consciência, com a assistência apenas da equipe médica, e de forma cirúrgica rompia-se a musculatura e tecido erétil da vulva e da vagina, essa técnica é nomeada de episiotomia. Em seguida, o bebê é retirado com o auxílio de um fórceps. (DINIZ, 2005). Essa é a técnica ainda utilizada no Brasil nos partos do Sistema Único de Saúde [SUS], sem a opção de cesárea. Apenas por direcionamento médico.

A cirurgia cesárea, amplamente utilizada no Brasil, e estatisticamente índice de incidência ultrapassa 56% dos partos (OMS, 2018), tem seu surgimento desconhecido, mas suas primeiras evidências remetem a Babilônia (PARENTE et al, 2010) segundo os autores, a cesariana só ocorria, em casos extremos, onde as gestantes morriam durante o parto.

É certo, como já apontado, que as primeiras cesarianas foram realizadas em gestantes mortas. Antes de 1500, a cesariana era realizada em benefício da criança com o sacrifício da mãe, apesar de referências ocasionais a mães que sobreviveram. (PARENTE, et al, 2010, online)

Atualmente cirurgia cesárea é uma forma de contornar a mortalidade materna, apesar de ter uma recuperação mais dolorosa e demorada que o parto normal, tem sido utilizada a critério médico e em também a pedido da parturiente.

2.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Conforme foi abordado no início deste capítulo, a violência obstétrica ainda é uma realidade presente no Brasil, e pode ser desferida à parturiente de inúmeras formas, desde o mal tratamento no pré-parto, a desinformação, ou tratamento com grosseria, desrespeito a sua saúde sexual, quando ao aplicar a episiotomia asseguram a mulher no mínimo um ano inteiro de vida sexual acompanhada de dor.

No Brasil, segundo dados do Instituto Artemis, 25% das mulheres sofre violência obstétrica, ou seja, num grupo de 20 mulheres, 5 sofreram violência durante uma das fases da gestação. (INSTITUTO ARTEMIS, 2019) Esse dado é alarmante, pois independente da forma de parto escolhida, a mulher em estado de vulnerabilidade, sofre agressores que podem tanto ser físicas como psicológicas, contudo, na busca de diminuir as complicações, muitas (principalmente na rede particular de saúde) acabam optando por um procedimento cirúrgico, a cesariana.

Em relação ao parto Cesariano, o percentual chega a 56%, e dessas até 80% das gestantes queriam o parto normal durante a gravidez¹, a violência

¹ Dados oferecidos pelo site Sentidos do nascer, link <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>

obstétrica também é identificada quando por coação ou ainda informações que fogem da realidade dos fatos que induzem a gestante a não manter sua escolha pelo parto normal, também é classificada como violência obstétrica.

É muito comum relatos de situações em que momentos antes do parto, as parturientes são informadas que não tem dilatação suficiente, ou que o médico que acompanhou o parto não estará disponível para um parto normal, somente cesariana, que não haverá anestesia, ou mesmo que o parto normal irá trazer riscos ao bebê, que a gestante não aguentará a dor.

Se faz necessário inserir o conhecimento e a conscientização dentro do ambiente médico, mas igualmente importante é a conscientização as mulheres, para que estas possam aumentar sua capacidade de tomar decisões sobre seu corpo, escolher a melhor forma de parto numa eventual gravidez, saber sobre a prevenção sexual, evitando uma gravidez indesejada o que ensejaria na diminuição das tentativas de aborto, entender também como funciona o parto, e ter conhecimento sobre os seus direitos enquanto paciente. E devem ser inseridas ainda dentro da adolescência, através da educação sexual, afinal a prevenção ainda é a melhor estratégia para reduzir os danos.

2.3 A DESIGUALDADE NA MATERNIDADE NEGRA

A sociedade brasileira construiu sua base a partir da escravidão e mesmo que o grito de abolição da escravatura ocorrido a centenas de anos atrás, ainda verificamos vestígios da escravidão, seja na forma de tratamento, seja no racismo estruturado e enraizado no convívio social, ou no caso das gestantes, em acreditar que a cor da sua pele representa menos suscetibilidade a dor seja ela física ou psicológica.

Quando se fala em desigualdade na maternidade da mulher negra, se faz necessário também retratar acerca do racismo, e sobre os privilégios ainda hoje travados dentro da nossa sociedade.

Madeira e Gomes (2018), retratam o racismo estruturado enfrentado até hoje pela nossa sociedade, no sentido que, o governo tenta camuflar através de políticas sociais que na prática não funcionam, e relatam que mesmo com Leis, políticas públicas, não é interesse das classes mais favorecidas que população negra seja tratada como igual, e que,

a população negra do país tem sido subjugada, violentada e criminalizada desde a escravidão para saciar os interesses sociais e econômicos das classes ricas — fenômeno acolhido por leis cujos efeitos camuflam, revalidam e perpetuam a opressão. (2018, p. 464)

E não é diferente na área da saúde, a mulher negra enfrenta discriminações em todas as fases da sua sexualidade, a começar quando são taxadas como “fáceis”, quando ao chegar num hospital para realizar um pré-natal e não são atendidas adequadamente, ou mesmo quando um funcionário da saúde pressupõe que a mulher que chega para realizar um parto, irá retornar anualmente. Que ao entrar em eclampsia ou “pré-eclâmpsia é resultado do uso contínuo de drogas” (GOES, 2016, online), etc. Todas essas pressuposições são consideradas como violência obstétrica, e agravam-se ainda mais pela violência racial.

Sobre a violência obstétrica especificamente contra as mulheres negras, Goes retrata que,

São as mulheres negras que mais sofrem violência obstétrica, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, ficam mais tempo em espera para serem atendidas, tem menos tempo de consulta, estão submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia, estão em maior risco de morte materna. Cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras. É importante ressaltar que a morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado. (GOES, 2016)

Muitos transtornos, cesarianas de urgência, e mortes (tanto da criança quanto da mãe) poderiam ser evitados se o preparo adequado de pré-natal tivesse sido realizado, a mulher apenas pelo fato de ser negra tem menos sessões de pré-natal e muitas doenças comuns e tratáveis durante o parto, tais como a hipertensão, não são diagnosticadas pelo simples motivo de o médico não solicitar todos os exames na rede pública de saúde. (GOES, 2016)

Nesse sentido, sobre a mortalidade gestacional,

Aliada à discriminação de sexo, a da raça produz efeitos perversos na saúde das mulheres negras grávidas. O racismo resulta em violência obstétrica, morte e dor. E expõe a “desassistência da cor”. A mortalidade materna entre elas é sete vezes maior do que nas brancas. No Estado, 70,5% dos óbitos gestacionais foram de pretas e pardas segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, o maior inquérito nacional sobre parto e nascimento, realizado em 2013. As causas dessas perdas de vidas são variadas, mas refletem uma

negligência histórica sobre doenças prevalentes nessa população, como anemia falciforme, hipertensão arterial e diabetes II. Denunciam o preconceito institucionalizado na saúde. (COUTINHO, 2015)

É possível notar através do relato trazido pela autora que, o racismo é muito presente na medicina, que é em sua maioria branca, é uma das causas responsáveis pelo tratamento inadequado dos negros, estes não estão nas faculdades de medicina, que não tem privilégios, ou estão dentro dos centros de pesquisas, e menos ainda com representantes da classe negra dentro do Ministério da Saúde, ou enquanto representantes do governo, defendendo políticas públicas efetivas para a população, que já existem, mas não são aplicadas como deveriam.

A falha também se encontra dentro da própria graduação de medicina, que numa grade curricular tão extensa não há espaço para o trabalho da questão de gênero e de raça. Saem médicos, mas não muito mais humanos. (LEÃO; MONTE, 2013)

A violação à dignidade sexual e aos direitos reprodutivos, deveria ser uma característica inerente a qualquer mulher, independentemente de sua raça, ou cor, idade ou situação socioeconômica, partindo desse pressuposto de igualdade, e garantindo minimamente a assistência pré-natal, muitas mortes poderiam ser evitadas e com o preparo adequado na rede de saúde (seja ela pública ou particular) atentando para a educação de gênero, a violência obstétrica reduziria significativamente. (LEÃO; MONTE, 2013)

3 DEFINIÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DOS DIREITOS DA PARTURIENTE

“Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência.” (OMS, 201-?)

No capítulo anterior, foram traçadas em linhas gerais diálogos a respeito do que se trata a violência obstétrica, e a partir desse momento, o estudo pretende se aprofundar nos conceitos do termo Violência Obstétrica [VO], e seus reflexos na sociedade.

3.1 DEFINIÇÕES

Segundo Tesse (2015, p. 2) a “violência obstétrica é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos), durante o cuidado obstétrico profissional”. Na concepção do autor, a violência se expande além dos maus tratos físicos, podem ser considerados atos de VO também a violência de cunho psicológico bem como verbais, e ainda a inserção de atos cirúrgicos que para a paciente são desnecessários.

São exemplos de atos cirúrgicos desnecessários: clister, tricotomia, ocitocina de rotina, cesariana em casos onde o parto normal não se apresenta como um risco para a parturiente, entre outros. (TESSE, 2015)

É errôneo dizer que a VO é praticada apenas por Médicos Obstetras, não só médicos cometem atos de violência, pode ser cometida por qualquer pessoa da área da saúde que esteja encarregado da paciente gestante. Ou seja, a responsabilidade de zelo e cuidado é de todos os profissionais, desde a enfermeira que conduz o pré-natal à auxiliar de enfermagem que está auxiliando no pós-operatório, toda a equipe médica deve adotar um padrão de conduta adequado e com respeito, proibidade, da forma mais “humana” possível.

Também se considera VO, além de atos de violência física ou psicológica, a proibição de acompanhante junto com a gestante no momento do parto, haja vista colocar a parturiente em situação de fragilidade. E, apesar de existir Lei Federal que formaliza esse direito, são recorrente as situações onde a parturiente tem seu direito furtado.

Como tentativa de ilustrar algumas das possibilidades de VO, reproduzimos tabela de Tesser (2015) em anexo (anexo 1), classificando as categorias de VO, os direitos que estão sendo violados e as situações exemplares de cada situação elencada.

3.2 DIREITOS DA PARTURIENTE

A Organização Mundial de Saúde [OMS], divulgou em vários países do mundo, incluindo o Brasil, uma lista de práticas que deveriam ser evitadas, dentre elas destaca-se a restrição aos movimentos corporais, restrição alimentar, amniotomia, que é responsável para agilizar o início do trabalho de parto, a episiotomia, e a proibição de que a parturiente possa levar consigo um acompanhante para a sala de parto. (TESSER *apud* OMS, 2015)

A OMS, indica a utilização de um plano de parto, desde 1986, contudo, essa prática não é aplicada em sua predominância, sendo ainda um serviço pouco utilizado no Sistema Único de Saúde [SUS] brasileiro.

Um dos 56 passos apontados pela Organização Mundial de Saúde [OMS], que podem ser efetivas para a diminuição de violência obstétrica é combinar juntamente com a gestante durante o pré-natal, um plano de parto.

O plano de parto é um planejamento realizado com o consentimento e opinião da gestante durante o pré-natal. Nele, está escrito quais são as preferencias da gestante no momento do parto, suas opções entre parto normal e parto induzido, a utilização de substâncias capazes de acelerar o parto, anestesia aplicada no parto normal, etc.

Algumas questões devem ser conversadas com a gestante, durante o seu pré-natal, para que esta esteja segura, e acolhida num momento tão delicado pelo qual passará.

Segundo Miranda Lima (2019), o plano de parto “serve para conscientizar a mulher de que ela pode se orientar a respeito das opções exigentes e definir o que ela deseja. No fundo, é um incentivo para o aumento do número de partos normais”, nesse sentido, a intenção do plano de parto é conhecer a gestante e suas preferencias, passando segurança, e é uma forma de garantir que a gestante terá suas preferencias respeitadas durante o

momento que irá parir. Em anexo (anexo 2) reproduzimos a cartela de plano de parto disponibilizada atualmente pelo SUS.

Entretanto, a caderneta de plano de parto (disposta em anexo) não atende as recomendações básicas que oferecem o mínimo de dignidade à gestante, haja vista, que existem algumas questões básicas a serem discutidas ainda no pré-natal a respeito das preferências da gestante, que irão lhe trazer mais conforto no momento do parto.

Tesser (2015, p. 8), enumera algumas indicações que deveriam ser discutidas antes do parto, são elas:

Escolha do local de parto: domicílio, centro de parto normal, casa de parto, maternidade.
Procedimentos: tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), jejum, amniotomia. Estes o quais, já foi constatado cientificamente não haver benefício algum.
Liberdade de escolher a posição do parto.

A Organização Sem fins lucrativos Pastoral da Criança, através de uma cartilha, aponta quais são os principais direitos das gestantes e parturientes, durante o parto e também após o parto, reproduzimos as recomendações na tabela em anexo (anexo 3).

A Lei Federal nº 11.108 de 2005, é responsável por permitir a parturiente o direito a um acompanhante durante o período do parto. (sendo considerado para tanto o pré-parto, durante o parto dentro da sala de cirurgia.

Segundo Clóvis Bouffleur, diretor de relações institucionais da Pastoral da Criança,

Está comprovado que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto traz mais segurança para a gestante viver essa experiência tão importante na sua vida. Contar com uma pessoa de sua confiança por perto, pode deixar a gestante menos ansiosa e facilitar o processo de trabalho de parto. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2019, online)

O intuito da Lei Federal, que é vigente desde 2005, é possibilitar a parturiente um ambiente mais “a vontade” no momento do seu parto. Essa atenção oferecida pelo acompanhante, no plano das ideias também facilitaria o trabalho dos médicos, tendo em vista que a presença de um acompanhante possibilita uma melhor comunicação entre a parturiente e a equipe médica.

As técnicas de humanização do trabalho de parto (SUS), também incentivam a permanência de um acompanhante não necessariamente um familiar juntamente com a gestante.

É importante ressaltar que, o direito a ter um acompanhante, condiciona-se a livre escolha da gestante, se ela quer usufruir desse direito, e quem ela deseja que a acompanhe durante o parto.

A Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, tem como ementa, "garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2005), e dentre suas garantias, tem como especificação o asseguração de que a gestante no momento do parto, tenha direito a ter um acompanhante consigo.

Essa prerrogativa é constantemente violada, e a omissão desse direito, e o texto da Lei 11.101/2005, que dispunha no artigo 1º² do projeto de lei, aplicava sanções administrativas para aquele que impedisse que a parturiente exercesse seu direito, contudo, o mencionado artigo, sofreu veto, pelas seguintes razões:

Ressalta-se que a Constituição, em seu art. 85, estabelece que são crimes de responsabilidade os atos que atentem contra: a existência da União; o livre exercício do Poder Legislativo, do Poder Judiciário, do Ministério Público e dos Poderes constitucionais das unidades da Federação; o exercício dos direitos políticos, individuais e sociais; a segurança interna do País; a probidade na administração; a lei orçamentária; o cumprimento das leis e das decisões judiciais. Destarte, não há como enquadrar a norma prevista no art. 19-L do projeto de lei em tela em qualquer das hipóteses constitucionais. Por isso, afirma-se que o preceito em estudo viola o art. 85 da Constituição, haja vista não se tratar de uma infração político-administrativa. Do mesmo modo, a regra proposta no art. 19-L não encontra respaldo em nenhum diploma legal infraconstitucional que discipline delitos de responsabilidade. Além do que, o dispositivo em foco não define um novo ilícito penal. Falta-lhe tipificar a conduta a ser incriminada, já que permite ao regulamento a referida tarefa. Ademais, não comina

² "Art. 19-L. O descumprimento do disposto no art. 19-J e em seu regulamento constitui crime de responsabilidade e sujeita o infrator diretamente responsável às penalidades previstas na legislação."

a pena a ser aplicada. Dessa forma, não observa a estrutura da norma penal. (BRASIL, 2005)

Pelos motivos apresentados na mensagem de veto, cito: falta de respaldo legal, a omissão em permitir que a parturiente tenha consigo um acompanhante, não apresenta nenhuma punição nos dias atuais.

3.3 MEDIDAS ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Já restou comprovado que muitas mulheres não recebem os cuidados os quais precisam por inúmeros fatores, a organização PAHO/OMS (2019, online) enumera alguns fatores pelos quais as mulheres que sofrem VO não procuram assistência adequada e tampouco reclamam seus direitos, são eles: a pobreza, a distância, a falta de informação, serviços inadequados, praticas culturais.

Os motivos levantados pela Organização Mundial de Saúde [OMS], são responsáveis por milhões de nascimentos que sequer são acompanhados através de pré-natal, onde muitas mulheres por não conhecer seus direitos, ou por acreditar na normalidade do sofrimento trazido pelo momento do parto não entendem que estão tendo sua identidade e dignidade enquanto mulher e enquanto ser humano violadas.

Dessa forma, a indicação da OMS, é acrescentar o máximo de informação possível nos países onde ainda vivem pessoas inalcançadas pelo sistema de saúde, que vivem à mercê da desinformação.

Tesser (2015), aponta medidas que aplicadas nas Unidades de Saúde que podem reduzir significativamente o índice de violência obstétrica, são elas:

- (1) Elaboração individual e coletiva de planos de parto orientados pelas equipes de APS no pré-natal (para os quais se oferece um roteiro).
- (2) A introdução de outros profissionais qualificados no cuidado ao parto de risco habitual, incluindo MFC capacitados.
- (3) A participação dos MFC e profissionais da APS e suas associações no movimento social e político pela “humanização do parto”, com apoio às mudanças nas maternidades já em

funcionamento e às novas iniciativas de serviços de cuidado ao parto. (p.1)

As medidas trazidas pelo autor, sugerem a efetiva participação do Estado através do Ministério da Saúde, como incentivador de métodos preventivos capazes de diminuir a VO, estes que precisam ser trabalhados diretamente com os profissionais da saúde, tecendo orientações acerca do trato com a gestante desde os cuidados pré-natais, construindo uma relação sólida e harmoniosa com a gestante, para que ela se sinta segura em escolher suas preferências de parto. E no caso em que a situação não permitir que a parturiente escolha a logística de seu parto, que estes profissionais sejam igualmente qualificados, para respeitar a escolha da gestante por outros procedimentos, designando a cirurgia de parto cesárea para casos específicos.

3.4 PROIBIÇÃO DO USO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O Ministério da Saúde através da Secretaria de atenção à saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas emitiu um Despacho oficial, após o recebimento do Ofício nº 17/2019, dispondo que o termo violência obstétrica deveria ser retirado das pautas por ter “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.” (BRASIL, 2019)

Justificando no fato de que, “a impropriedade da expressão ‘*violência obstétrica*’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto profissional da saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (BRASIL, 2019). E acrescenta, “A 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”. (BRASIL, 2019)

Dessa forma, o mencionado despacho, retira da pauta do Ministério da Saúde a menção a VO, e com isso limita as intervenções que continuamente são feitas na tentativa de melhorar o trato para com as gestantes e parturientes e também impede que a VO seja encarada como um problema que requer a adoção de medidas voltadas para a contenção da violência que comumente ocorre.

A grande surpresa, entretanto, foi a justificativa do Ministério da Saúde, no item 9, ter se respaldado na informação que o termo “violência obstétrica” não agrega valor. A questão intrínseca a essa afirmação por parte do Ministério da Saúde é a de que a alteração do termo, diminuiria ou faria com o que o problema se extinguísse.

Conforme foi abordado, muitas são as medidas e providências preventivas que podem ser tomadas à nível de prevenção dessa prática dentro de Unidade de saúde, hospitais, centro médicos e maternidades.

O Ministério Público Federal [MPF], através da Recomendação nº. 29/2019, publicado em 07 (sete) de maio de 2019, representado pela Procuradora Ana Carolina Previtalli Nascimento, com referência aos autos de inquérito civil nº 1.34.001.007752/2013-81 aborda relatos de violência obstétrica. No mencionado Inquérito civil, consta cerca de 1920 (mil novecentas e vinte) páginas e mais 40 (quarenta) anexos referentes a relatos onde as vítimas de violência obstétrica, contam o que passaram em hospitais e maternidades públicas e particulares (BRASIL, 2019).

Entre os abusos sofridos pelas vítimas, constam no inquérito que: a) as vítimas tinham seus atendimentos negados se demonstrassem dores de parto. b) mulheres seguradas por enfermeiros contra a vontade, obrigadas a parir em litotomia, não escolher a posição melhor para o parto. c) negligência durante o pós-parto. d) incidência de cesariana desnecessárias. e) cesarianas contra sua vontade. (BRASIL, 2019)

O MPF, relata que a justificativa trazida pelo Ministério da Saúde, “é inconsistente do ponto de vista ético” vez que a violência obstétrica não é sempre pela vontade do agente, deve ser considerada nesses casos como dolo eventual.

Segundo o Código penal artigo 18, I, primeira parte, o dolo eventual decorre de quando o agente quis o resultado ou *assumiu o risco de produzi-lo*. (BRASIL, 1973)

Então, ainda que o funcionário hospital não tivesse real intenção em praticar atos de violência contra a gestante ou a parturiente, sua conduta continua sendo classificada como VO pois assumiu o risco de produzir o resultado danoso.

Vale a pena ressaltar que para o Ministério Público Federal,

Negar a violência obstétrica, vinculando-se a prova de intenção do profissional em causar dano, equivale a enfraquecer as ações positivas do Estado e de toda a sociedade para que a violência no parto seja combatida, bem como contribui para amparar teses defensivas de médicos e enfermeiros que, não obstante atuem de forma agressiva, abusiva e desrespeitosa em atendimentos obstétricos, confiam na impunidade, em especial por parte dos Conselhos Profissionais. (BRASIL, 2019, online)

Nesse sentido, a pauta levantada pelo Ministério da Saúde, onde apontam a intencionalidade do agente para que realmente ocorra a prática da VO é infundamentada, e deve ser considerado como um posicionamento desfundado de razões por parte do Ministério da Saúde brasileiro, nesse interim, aponta o Ministério Público Federal,

Ao vincular a ocorrência da violência obstétrica à intencionalidade de causar dano por parte do profissional, o Ministério da Saúde desconsidera às experiências e consequências traumáticas e danosas causadas às mulheres, tanto em aspectos físicos quanto emocionais, bem como agora que há crimes perpetrados por profissionais da saúde durante o parto que não exigem a intencionalidade de causar dano, como constrangimento ilegal, lesões corporais e ameaças. (BRASIL, 2019, online)

Nesse sentido, não merece prosperar o argumento levantado pelo Ministério da Saúde, que apontou a VO como intencionalidade no agir, deve ser considerado não só o aspecto de intenção em violar, mas toda uma cultura construída na omissão de direitos, onde diariamente direitos humanos básicos são violados, desde sobrecarga de trabalho, até os paciente que não tem sua saúde física e mental priorizada.

4 POSICIONAMENTOS JURISPRUDENCIAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O terceiro capítulo do presente estudo, tem como abordagem principal a investigação jurisprudencial, através de julgados, onde se buscará averiguar se a violência obstétrica tem espaço e é discutida em âmbito judicial, e ainda se a inserção de políticas públicas de prevenção a violência sugeridas pela Organização Mundial de Saúde [OMS] estão sendo devidamente aplicadas no Sistema de Saúde brasileiro, seja ele público ou particular.

Conforme aponta Serra (2018, p. 108) “a violência obstétrica, pode ser perpetrada tanto pelos agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar, quanto pelo estabelecimento de saúde”.

E essa responsabilidade pode ser de natureza civil, quando se tratar de conduta que resultou em reparação de danos (sejam eles danos morais, materiais ou estéticos), bem como pode resultar em uma responsabilização criminal. Vejamos do ponto de vista jurídico, em que caso cada situação se aplica.

4.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO PONTO DE VISTA DA RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL

A responsabilização civil, advém de fundamentos básicos do direito civil, conforme disposto no artigo 186 do CC, que aponta “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.” (BRASIL, 2002)

Do dispositivo jurídico acima, coletamos algumas informações basilares para a compreensão da violência obstétrica que resulta em responsabilidade civil. O caput do artigo 186, define práticas que quando praticadas no meio hospitalar, durante um processo gestacional (seja ele pré-parto, parto ou pós-parto) configuram violência, e se constatados que o resultado danoso se deu por ação ou omissão voluntário (no sentido de fazer ou deixar de fazer), ou ainda negligencia, imprudência ou imperícia, ter-se-á direito a reparação de danos, por parte de quem os causou.

Nesse sentido, a seguir demonstramos um caso retirado do TJAM, Processo de Apelação Civil nº 0620886-58.2015.8.04.0001 AM 0620886-

58.2015.8.04.0001, Terceira Câmara Cível, julgado em 19 de Abril de 2019, onde o objeto da apelação é a busca pela responsabilidade civil, pautada em violência obstétrica, onde a autora não logrou êxito pois, não juntou aos autos provas capazes de demonstrar que houve culpa (através dos pressupostos negligência, imprudência e imperícia) por parte equipe médica que a atendeu.

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESPONSABILIDADE CIVIL. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E NEGLIGÊNCIA MÉDICA. ATIVIDADE MÉDICA. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE CULPA. 1. A responsabilidade do médico é apurada mediante a verificação da culpa, nas modalidades de negligência, imperícia e imprudência, devendo o autor demonstrar a presença dos requisitos da responsabilidade civil (conduta culposa, dano e nexo causal entre a conduta e o dano). 2. A análise das provas constantes nos autos evidencia a inexistência de culpa em quaisquer de suas modalidades. 3. Recurso conhecido e não provido. (BRASIL, 2019) (grifamos)

Para justificar a improcedência do pedido, o Relator justifica-se no fato de que a responsabilidade médica é subjetiva, e requer que seja comprovado pela parte autora que houve culpa, nesse sentido, aduz o Relator Airton L. C. Gentil na AC: 06208865820158040001 AM 0620886-58.2015.8.04.0001 da Terceira Câmara Cível,

É por isso que em relação à atividade médica prevalece a teoria da responsabilidade subjetiva, sendo necessária a demonstração da culpa dos profissionais citados. Eles, em regra, assumem obrigação de meio, e não de resultado, incumbindo-lhes prestarem o serviço com cuidado e diligência necessários ao exercício da profissão. (BRASIL, 2019)

Contudo, em muitos casos como o apresentado acima, o ideal seria a inversão do ônus da prova, haja vista que independe de a parte ter boas condições financeiras, é hipossuficiente de capacidade técnica para que possa juntar os dados necessários para a comprovação da culpa, a vítima nesse momento delicado, só carrega consigo as próprias lembranças do que sofreu, e muitas vezes a violência obstétrica não deixa marcas físicas, apenas emocionais e psicológicas, portanto, como poderá a vítima ser a responsável pela demonstração do fato atípico?

Outra situação bastante parecida, pode ser verificada no Tribunal de Justiça de São Paulo- SP 1002589-57.2014.8.26.0292, Relator: José Carlos Ferreira Alves, 2ª Câmara de Direito Privado, que decidiu no sentido de não verificar o nexo de causalidade entre a conduta denunciada pela autora da ação e a conduta do médico durante o momento do parto. Segue a ementa,

APELAÇÃO CÍVEL – RESPONSABILIDADE CIVIL – ERRO MÉDICO – Ação de reparação por danos morais – Sentença de improcedência – **Autora que afirma ter sofrido "violência obstétrica" durante o parto, devido a insistência da requerida na realização de parto normal, o que teria desencadeado depressão pós-parto e síndrome do pânico – Decisum de improcedência mantido por seus próprios e jurídicos fundamentos – Perícia realizada por profissional do IMESC que concluiu pela ausência de nexo de causalidade entre os supostos danos causados e o atendimento médico-hospitalar dispensado à autora – Recurso não provido. (BRASIL, 2018)**

Para o direito civil, nexo de causalidade, nada mais é do que o elo de ligação entre a conduta e o resultado. Gagliano e Pamplona (2017), definem nexo de causalidade como, “o elo etiológico, do liame, que une a conduta do agente (positiva ou negativa) ao dano. Por óbvio, somente se poderá responsabilizar alguém cujo comportamento houvesse dado causa ao prejuízo. (p. 157)

Contudo, apesar de haver uma definição doutrinária para o que significa nexo de causalidade, trata-se de um conceito extremamente subjetivo, e que nem sempre pode ser verificado de forma objetiva dentro de um processo, principalmente como é o caso em tela, onde as queixas versam sobre síndrome do pânico, e depressão pós-parto, onde a origem da falha humana, ocorreu em momentos antes do parto da autora que sofreu forte influência sobre a sua escolha pelo tipo de parto desejado, o que foi possível observar no capítulo III, que o desrespeito a decisão da gestante, quando não põe em risco sua saúde e a do bebê, configura-se violência obstétrica, contudo, o relator do caso, baseou-se unicamente nos fatos apontados no processo, sem considerar a subjetividade da situação sofrida pela vítima, que foi de conhecimento do Relator José Carlos Ferreira Alves no momento do julgamento no Tribunal de

Justiça de São Paulo TJ-SP 10025895720148260292 SP 1002589-57.2014.8.26.0292, 2ª Câmara de Direito Privado:

busca reparação por toda angústia, sofrimento, humilhação, dano, desrespeito e arbitrariedade no atendimento tido por si durante o parto de seu filho, consubstanciados na conduta vexaminosa, desmedida e excedida do hospital apelado” (fls. 539). Alega que, “mesmo sentindo fortes contrações de cinco em cinco minutos, a apelante não possuía dilatação suficiente para parto normal (assim como no parto anterior, que se deu por cesárea), razão pela qual requereu o procedimento cesariano, para atenuar seu sofrimento, dada peculiaridade de seu caso. (BRASIL, 2018)

Em tempo, ressalta-se que nos autos processuais não constam o auxílio de psicólogos ou psiquiatras, e nenhum momento, a autora da ação foi acompanhada ou periciada por profissionais da área que pudessem constatar os danos psicológicos sofridos, e o Relator, ao decretar seu voto, se justifica em falta de comprovação nos autos.

4.2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DEDICADA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Quando a violência obstétrica, resulta em morte ou danos permanentes, o autor do dano, não responde de maneira específica ao caso, e sim, através dos Códigos vigentes, não sendo empregada nenhuma majorante. Ainda que fatores específicos interfiram no resultado obtido pelo profissional da saúde.

Até o presente momento, não verificamos no nosso sistema brasileiro Legislação específica que puna a incidência de violência obstétrica, contudo verificamos a existência de Projeto-Leis em tramitação, que trazem definições acerca do que é a VO, e punições cabíveis aos profissionais que empregam seu uso.

O projeto Lei 7.633 de 2014, tramita na Câmara Legislativa, desde 2014, contudo, até os dias atuais não obteve aprovação. Foi proposta pelo ex-Deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ), que: "Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências".

O referido Projeto Lei define a configuração de violência obstétrica, quando

Art. 13 Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das

mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério. (BRASIL, PL. 7.633/14)

O projeto traz no seu texto (integra em anexo) a proibição de práticas costumeiras sem o consentimento da vítima, entre elas como exemplo podemos citar a pratica da episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia (art. 14, XV); Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade (art. 14, XVI).

Quanto às crianças o PL informa que é proibido, “Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico (art. 14, XIX)”. Todas essas especificações do PL estão de acordo com as especificações trazidas pela Organização Mundial de Saúde.

Contudo, o referido Projeto Lei, segue em tramitação, não tendo sido aprovado. Dessa forma, todas essas especificações, são orientadas e aplicadas pelas iniciativas da Organização Mundial de Saúde, através de parcerias com o Ministério da Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral: compreender a incidência da violência obstétrica no Brasil e suas motivações, analisar a responsabilização cível, bem como sua eficácia tendo como norte o ordenamento jurídico brasileiro, suas Leis e jurisprudências, objetivo este que se encontra atingindo.

No presente estudo, verificamos algumas das linhas de estudo que versam sobre a Violência Obstétrica com ênfase no Brasil, esta que por sua vez prejudica a vida e a saúde de milhares de gestantes. Causando traumas, provocando cirurgias e procedimentos invasivos que podem ser em muitos casos evitados.

Em nenhum momento, no presente estudo, pretendeu-se agir de maneira tendenciosa contra os profissionais de saúde. E sim, avaliar os meios de intervenções praticados por estes, haja vista, o objeto do estudo retratar a violência obstétrica, nossa pretensão primordial foi identificar os procedimentos realizados de forma contrária ao estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, haja vista não ser possível avaliar apenas o Brasil, haja vista as inúmeras omissões do Ministério da Saúde Brasileiro ao que diz respeito à saúde e proteção da gestante em todas as fases da sua gestação, até o momento do pós parto.

O grande cerne da questão também é o fato de que nem todas as gestantes que sofrem violência obstétrica tem a capacidade de discernimento, para entender que o que passaram não era pra ter acontecido, isso ocorre por que não são orientadas adequadamente, e acabam por acreditar piamente que o que passaram foi algo normal, totalmente natural de quem está na condição de parturiente, os danos psicológicos? Acreditam que foi interferência hormonal, isso tudo acaba resultando num trauma as vezes irreversível que pode atrapalhar todos os aspectos da mulher violentada.

No primeiro capítulo, realizou-se uma digressão histórica, percebendo desde logo que são as mulheres negras as principais vítimas de violência obstétrica, levando em consideração seu histórico errôneo de serem mais resistentes a dor, e também em razão de que as mulheres negras em sua grande maioria não tem as melhores condições de acesso à saúde, e uma vez

que sofrem maus tratos no ambiente de pré-natal não retornam pra realizar o acompanhamento durante a gestação e por consequência disso, tem fortes tendências de complicações no parto, isso quando levado em consideração os índices entre mulheres de outras etnias. É um Estado alarmante, que merece um maior cuidado pelos entes estatais, ignorar esse fato é dar as costas as prerrogativas constitucionais de igualdade, e os direitos fundamentais ao livre acesso à saúde.

O estudo do histórico, se foi necessário no presente estudo, para compreender a origem da violência obstétrica, que não é muito distante da nossa realidade, conforme vimos, deu-se início, quando o parto deixou de ser realizado em casa e passou a ser realizado em unidades hospitalares, onde do ponto de vista de alguns autores, o parto passou a ser uma linha de produção, e o médico, dificilmente aceitava que a mulher gestante obedecesse a seu curso e seu tempo para ter o bebê, a prioridade era liberar-la em busca de um leito vazio que rapidamente seria ocupado por outra gestante. Nessa presumida linha de produção, a intervenção no ciclo natural do parto era constante, inclusive a o uso de métodos de aceleração do parto.

No segundo capítulo, buscou-se esclarecer do que se trata a Violência Obstétrica propriamente, como identificar em cada momento da gestação até o momento do pós-parto. Parto como um evento natural

Foi possível observar a necessidade de assistência de monitoramento adequado durante os momentos pré-parto, para que quaisquer complicações consigam ser evitadas garantindo que a gestante, e também seu bebê possam passar pelo momento do parto sem sequelas. A omissão a uma assistência adequada, através da informação e trato com a paciente no momento do pré-natal, do parto e do pós-parto condiciona a mesma a uma situação de fragilidade e faz dela uma vítima de violência, haja vista que a violência obstétrica se qualifica pelo agir, mas também pelo não agir.

Nesse sentido, foi possível realizar uma avaliação acerca dos procedimentos que podem e devem ser realizados sempre buscando oferecer o máximo de dignidade à gestante.

O Brasil, continua sendo um dos países onde mais se pratica a cesariana em mulheres parturientes, ainda que este não tenha sido seu plano

de parto inicial, e não necessariamente não resulta a partir de complicações no parto, muitas vezes é executada por mera conveniência médica.

Entendemos nesse capítulo as formas de violência, em suas mais variadas formas de abordagem

No terceiro capítulo, se buscou uma abordagem jurisprudencial, e foi possível constatar que no Brasil, os Tribunais encaram a violência obstétrica tão somente do ponto de vista de erro médico.

A incompetência médica em relação à gestante, a parturiente, leva a inúmeras situações de desconforto, constrangimentos e traumas que podem se perpetuar ao longo da vida da pessoa, e pelo que foi possível constatar, o sistema judiciário ainda não tem armas suficientes para responsabilizar equipes médicas que usam a violência obstétrica dentro de seu cotidiano.

Uma vez que não é levado em consideração os aspectos subjetivos da situação e não se considera a fragilidade do momento no qual a parturiente sofreu a violência, não tem como atingir o nível de compreensão necessário para a aplicação de sanções cabíveis ao agressor.

Não localizamos entendimentos firmados, nem jurisprudências que fossem a favor da vítima de violência obstétrica, e quando resignadas pelo resultado do seu pleito, buscavam através de Recurso reformas das decisões, estas tinham seu Recurso improvido.

O entendimento firmado é que, para que haja a configuração de violência obstétrica, se requer provas, provas estas que não podem ser produzidas, pois, os procedimentos (citados no capítulo 2) são realizados, no seu prontuário médico constará como necessário, imprescindível. Então, de que forma, uma parturiente, irá perante um Tribunal conseguir provar que foi agredida, humilhada e chantageada, se se encontra diante de tantos casos silenciados, ou até mesmo se, não possui conhecimento de que o constrangimento que passou sequer é um constrangimento? Falta educação, falta orientação na Saúde Pública brasileira, o SUS não está preparado o suficiente para atender de forma adequada tantas e tantas gestantes que chegam diariamente buscando ter uma gravidez tranquila.

Nem todo procedimento ou intervenção durante o parto são consideradas violência obstétrica, apenas àquelas intervenções e procedimentos desnecessários. Então, o objetivo desse estudo não é condenar

as práticas médicas em relação ao parto, é alertar às más práticas médicas que causam danos permanentes na parturiente.

REFERÊNCIAS

A dor além do parto. Direção Amanda Rizério, Letícia Campos, Nathália Machado e Raísa Cruz. Disponível em:
<<https://www.youtube.com/watch?v=clrlgx3TPWs>> Acesso 09 maio 2018

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.633/2014, de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.. **Das Diretrizes e dos Princípios Inerentes aos Direitos da Mulher Durante a Gestaçã, Pré-Parto, Parto e Puerpério.** Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=6CE7851B345A0C7FE39083E95F8F7D23.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em: 01 maio 2019.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Amazonas. **Apelação Cível. Ação de Indenização por Danos Morais. Responsabilidade Civil. Violência Obstétrica e Negligência Médica. Atividade Médica. Responsabilidade Subjetiva. Ausência de Comprovação de Culpa.** Apelação nº 0620886-58.2015.8.04.0001. Relator: Desembargador Aírton Luís Corrêa Gentil. Manaus, AM, 22 de abril de 2019. Manaus, 29 abr. 2019. Disponível em:
<<https://tj-am.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/713045015/apelacao-civel-ac-6208865820158040001-am-0620886-5820158040001/inteiro-teor-713045045?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 01 maio 2019.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (Org.). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=7B6ED6B01E203121F9E1F424B8C2F7AA?sequence=3>. Acesso em: 23 maio 2019.

BRASIL. Código Civil nº 10.406, de 10 de fevereiro de 2002. **Institui O Código Civil.** Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11 de março de 1991. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e das outras providências.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm> Acesso em: 12 mar. 2019

BRASIL, Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **A Violência Obstétrica existe.** Disponível em:
<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>> Acesso em 14 maio 2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Recomendação Nº 29**. 2019. Elaborada por Ana Carolina Previtalli Nascimento. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

COUTINHO, Renata. **O racismo começa na gravidez**. 2015. <<https://www.geledes.org.br/o-racismo-comeca-na-gravidez/>> acesso em 29 mar 2019.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627- 637, Sept. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em: 20 mar 2019.

INSTITUTO ARTEMIS (Brasil) (Org.). **Saiba mais sobre a violência obstétrica**. 2019. Disponível em: <<https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Manual de direito civil: Volume Unico**. São Paulo: Saraivajus, 2017. 1768 p.

GOES, Emanuelle. **A violência obstétrica e o viés racial**. 18-ago 2016 disponível em <<https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>> acesso em: 29 Mar 2019.

LEÃO, Renata Almeida; MONTE, Angélica Augusta Linhares do. Direitos Sexuais E Reprodutivos das Mulheres no Brasil. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, IV, 2013, São Luiz. **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2013. p. 1 - 10. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaegeracao/direitossexuaisereprodutivosdasmulheresnobra-sil-notasparaodebate.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane de Oliveira. **Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n133/0101-6628-sssoc-133-0463.pdf>> Acesso em 29 de Março de 2019.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto**. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-diretrizes-para-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias-no-parto/>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

O Renascimento do Parto. Direção: Érica de Paula e Eduardo Chauvet. Disponível em: <https://www.netflix.com/br/>. Acesso 28 abr. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS; 2014.

OPAS/OMS BRASIL. **Folha informativa - Mortalidade materna.** 2018.

Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 09 maio 2019.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (Org.). **OAB repudia despacho do Ministério da Saúde que elimina o termo violência obstétrica.** 2019.

Disponível em: <<http://www.oabsp.org.br/noticias/2019/05/nota-de-repudio-2013-violencia-obstetrica.12972>>. Acesso em: 09 mai 2019.

ORGANIZAÇÃO PASTORAL DA CRIANÇA. **Plano de parto:** o planejamento que faz a diferença. Disponível em:

<<https://www.pastoraldacrianca.org.br/preparacao-para-o-parto/plano-de-parto>> acesso em 05 mai 2019.

PARENTE, RCM, Moraes Filho OB , Rezende Filho J , Bottino NG, Piragibe P, Lima DT, Gomes DO. **A história do nascimento (parte 1):** cesariana. Femina. Setembro 2010 | vol 38 | nº 9 disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>>

PEREIRA, Priscila Krauss et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Revist. Psc. Clinq.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 37, p.216-222, 29 dez. 2009

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. **Parto:** Novas recomendações da OMS. 2018. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SERRA, Maiane Cibele Mesquita. **Violência obstétrica em (des)foco:** Uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ. 2018. 227 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2018.

TESSER, C.D.; KNOBEL R; ANDREZO HFA; DINIZ SD. **Violência obstétrica e prevenção quaternária:** o que é e o que fazer. Ver. Bras. Med. Farm. Comunidade. 2015; 10 (35): 1-12. disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>> acesso em 02 abr. 2019

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. **A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online] 2004.

ANEXOS

Anexo 1

Quadro 1. Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos.

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente "já está sentindo dor mesmo".
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, "pós-datismo" na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para "prevenir danos sexuais", etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo "quando você fez você achou bom, agora está aí chorando".
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: elaborado a partir de Bowser e Hill.⁸

Anexo 2**PLANO DE PARTO**

Gestante, organizar o que você vai usar no hospital previne o corre-corre e esquecimentos de última hora. Você deve:

- **preparar uma sacola ou bolsa grande com roupas para você e o bebê saírem do hospital.**
- **levar documento de identidade ou certidão de nascimento ou de casamento.**
- **levar a sua Caderneta da Gestante.**

Em que hospital você terá o bebê? _____

Endereço: _____

Telefones: _____

7B

Anexo 3

Pré-parto	Durante o parto	Pós-parto
Receber orientações sobre o aleitamento materno exclusivo e suas vantagens.	Ter um acompanhante	Na maternidade, ter a criança ao seu lado, em alojamento conjunto
Pré-natal durante todo o período gestacional.	Se o parto for normal, escolher a posição que irá parir.	No momento de alta, receber orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e do acompanhamento do bebê.
		Licença maternidade de 120 dias, paga mensalmente pelo empregador ou pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).
		Dois períodos de meia hora por dia, durante a jornada de trabalho, para amamentar seu bebê até os seis meses.
		Estabilidade no emprego até cinco meses após o parto.