

A VIOLÊNCIA DA OMISSÃO: SILENCIAMENTOS NA QUESTÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

*Bruna Bastos*¹, *Emanuel Nunes*²

Resumo:

A violência obstétrica não é uma problemática desconhecida no Brasil. Entretanto, é uma violência silenciada e marginalizada. Neste sentido, o presente artigo tem por objetivo contribuir na discussão sobre o tema, trazendo ao centro as omissões e silenciamentos do Estado brasileiro na prevenção e reparação dos direitos humanos das mulheres. Para tanto, serão abordados os conceitos de saúde como um direito humano e de omissão como violência. A partir desses referenciais, serão analisadas as consequências do posicionamento do governo ou de sua ausência no enfrentamento à violência obstétrica e seu reflexo na construção da formação educacional dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Direitos humanos. Formação médica.

1 Bacharel em Relações Internacionais e Mestranda em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

E-mail: brunastefanibastos@gmail.com.

2 Graduando em Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: emanuellguimel@gmail.com.

THE VIOLENCE OF OMISSION: SILENCE ON THE ISSUE OF OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL

Bruna Bastos, Emanuel Nunes

Abstract:

Obstetric violence is not an unknown problem in Brazil. However, it is a kind of silenced and marginalized violence. In this sense, this article aims to contribute to the discussion on public health and to bring to the focus the omission and silence of the Brazilian State in the prevention and reparation of the human rights of women. For this, the concepts of health as a human right and of omission as violence will be presented. Based on these considerations, the consequences of the non government's position on confronting obstetric violence and its reflection on the training of health professionals will be analyzed.

Keywords: Obstetric violence. Human rights. Medical training.

Introdução

O direito à saúde é um direito humano. No Brasil, desde a Constituição de 1988, um direito fundamental. O Estado brasileiro tem atuado para garantir que esses direitos sejam respeitados, a partir da criação de órgãos públicos especializados, do acesso universal a um sistema de saúde pública e da implementação de políticas públicas. Não obstante, esses direitos são constantemente violados e estas violações são agravadas mediante recortes de renda, gênero, raça e orientação sexual, como é o caso da violência obstétrica. Quanto a esta temática, o que vem acontecendo no país são silenciamentos e omissões. Em diversos momentos, a violação de direitos humanos não é apenas uma ação do Estado, mas a falta dela.

Ratificada pelo Brasil em 1984, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) reconhece em seu Artigo 10 que os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher, se comprometendo a prover o acesso de material informativo específico que contribua para assegurar a saúde e o bem-estar da família (CEDAW, 1979). Em 1994, ao assinar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também chamada de “Convenção de Belém do Pará”, o país reconhece em seu Artigo 2 que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica ocorrida nos serviços de saúde (CIDH, 1994).

Desde o reconhecimento de tais obrigações, já foram passados trinta e quatro anos. Durante este período, o governo brasileiro concentrou suas ações e esforços no combate à violência doméstica e à redução de desigualdades entre homens e mulheres na esfera política. Através da Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 e da Lei nº 13.165, de 29 de setembro de 2015, o país almejou coibir a violência doméstica contra a mulher e incentivar a participação feminina na política, respectivamente.

No que se refere à saúde da mulher e especificamente à violência obstétrica, o Brasil não possui lei federal. Não há nem mesmo levantamentos de dados atualizados e concretos para se iniciar um debate político eficiente sobre o tema. Além disto, o país enfrenta problemáticas na questão de reparação desses direitos humanos violados e não apresenta ações efetivas na boa qualificação de profissionais de saúde da mulher, desde o ensino superior à prática profissional.

Neste sentido, este artigo tem por objetivo a contribuição na discussão sobre violência obstétrica no Brasil, trazendo ao centro as omissões e silenciamentos do Estado na prevenção e reparação dos direitos das mulheres. Para tanto, serão abordados os conceitos de saúde como um direito humano e de omissão como violência. A partir desses referenciais, serão analisadas as consequências do posicionamento do governo ou de sua ausência no enfrentamento à violência obstétrica e seu reflexo na construção da formação dos profissionais de saúde da mulher.

Violências, saúde pública e obstetrícia

A violência, mesmo que enraizada nas relações interpessoais, apresenta diferentes classificações e características, perpassando distintas análises. Todavia, não foi por classificar a violência como algo deletério à vida humana que esta foi extinguida. Apenas mudou-se de referência ou de roupagem. Alguns dos resultados da violência são as resolutivas na relação de gênero, na relação parental, nas relações conjugais e em outros tipos em que muitos têm o óbito como pior intercorrência (DAHLBERG & KRUG, 2002).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, violência pode ser definida como qualquer ato ou uso de poder o qual resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada (OMS, 2014). Portanto, é considerada violência contra a mulher quando a ação tem como alvo pessoas do sexo feminino ou a influência de tais atos terem sido por motivação de gênero da vítima. De acordo com essa definição, há uma relação direta das ações promovidas independente de existir consequências, ou seja, apenas a potencialidade dos atos já é considerada relevante (ZANARDO et al, 2017).

Segundo a resolução proposta por Dahlberg & Krug (2002), utiliza-se como um dos critérios de classificação o agente do ato da violência, sendo: violência autodirigida; violência interpessoal; violência coletiva. Desta forma, tendo nessa classificação uma enorme abrangência, faz-se o recorte da análise da violência interpessoal que tem a mulher como paciente dessa ação. Esse recorte se justifica na relevância e presença do assunto no histórico da sociedade e sendo confirmado nos dias atuais pelos números alarmantes de intercorrências (WAISELFISZ, 2015).

Ao longo da história, a violência contra a mulher veio sendo delineada e quantificada, demonstrando as diferentes formas de sua efetivação. Neste sentido, especifica-se a violência obstétrica pela relevância dos números achados e os variados tipos de violência enfrentados desde períodos passados e até os dias atuais. No Brasil, o tema teve um grande marco ao ser retratado pelo pioneiro relato do Espelho de Vênus (GRUPO CERES, 1981) explicitando as diversas vivências de violência relativa ao processo de parto (DINIZ et al, 2014).

Na revisão de literatura concernente ao tema, foi observada uma diversidade de formas em conceituar o termo. Segundo D'Oliveira, Diniz & Schraiber (2002), traz-se a definição segundo quatro tipos principais da violência institucional: negligência; psicológica; física; sexual. Outros autores trazem a tipologia segundo a violência na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento (DINIZ et al, 2014), incluindo violência de gênero, abuso obstétrico, violência institucional, crueldade no parto (GOER, 2010), assistência desumanizada e violação de direitos humanos no parto (CLADEM, 1998).

Já Sanfelice (2014) define outros aspectos mais detalhados da violência física e psicológica sendo esta caracterizada pelo uso de ironias, coerção, ameaças, mentir para a paciente para convencê-la da cesárea, manipulação violenta, uso de procedimentos desnecessários, exposição a práticas sem comprovação científica, medicação excessiva e episiotomia de rotina. Isto dificulta o parto e possibilita outras intercorrências no pós-parto, tornando-o desagradável e mais dolorido de diversas formas. Portanto, percebe-se a violência obstétrica como violação dos direitos da mulher por destituir a autonomia e o poder de decisão sobre os procedimentos que ela deseja submeter seu corpo (DINIZ et al, 2014; D’OLIVEIRA et al, 2002).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), relatos de gestantes confirmam a presença de diferentes formas de violência dessa esfera, partindo de negligência a abusos, desrespeito, maus-tratos tanto anteriormente ao parto como durante o processo, ocorrendo em instituições públicas e privadas, aproveitando de um sensível momento de vulnerabilidade. A OMS (2014) aponta também a alarmante necessidade de gerar um conceito que defina, compreenda e quantifique todas as formas de abuso e desrespeito durante o parto e formule medidas contundentes de prevenção e eliminação dessa prática (ZANARDO et al, 2017). Outro obstáculo em sua definição é a intencionalidade ou não de causar dano ao paciente.

Há também outras definições e classificações. Tesser (2015), a partir da elaboração realizada por Bowser e Hill (2010), sintetizou em uma tabela categorias de desrespeito associadas aos direitos jurídicos e sociais no intuito de compreender parte desse retrato da realidade brasileira:

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: Tesser (2015) elaborado a partir de Bowser e Hill (2010).

No contexto latino-americano, tem-se a Venezuela como pioneira ao estabelecer a lei chamada de “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, a qual busca defender os direitos das mulheres e definir a violência obstétrica. Por sua vez, classificando as intervenções do profissional de saúde em: negar atendimento; obrigar posição de parto; impedir contato imediato após parto (sem justificativa médica); alterar o prosseguimento natural do parto; uso de cesáreas com condições para parto normal (VENEZUELA, 2007).

Ao analisar o escopo da prática de cesáreas de forma indiscriminada, mostra-se um crescimento preocupante, pois a realização de cirurgias cesarianas aponta um risco de morte relativo de 10 a 28 vezes maior que o parto vaginal (SOUSA & VIANA, 2016). Contudo, parte dessa demanda por cesarianas é decorrente do pressuposto de que a qualidade do serviço de saúde, inclusive obstétrico, é efetivado pelo uso de tecnologia de alta densidade associada, mesmo que usado de maneira desnecessária (DIAS et al, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O uso desse modelo de parto, em algumas ocasiões, também está ligado a uma decisão do profissional, que opta pelo mais conveniente e foge da eventualidade do parto normal para a programação do dia mais cômodo para o procedimento, muitas vezes apenas mecânico e tecnicista (PASCHE et al, 2010). Ademais, a prática excessiva das cesáreas tem sido relacionada a um maior pagamento dos honorários profissionais, economia de tempo e realização de laqueaduras no momento do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A cultura do parto cesárea foi mais disseminada quando analisados os relatos de mães apontando para a forma com que muitas delas lidam com o sentimento do parto, perpassando sentimentos de medo e insegurança a vida dela e do bebê, já que muitas perdem a autonomia e o direito de protagonismo desse feito, utilizando-se a cesárea como forma de proteção à sua dignidade e de evitar qualquer tipo de sofrimento (PASCHE et al, 2010).

Para além desses debates acadêmicos e dos ativismos sociais, pouco se sabe sobre a violência obstétrica no Brasil. No país, este tipo de violência é sub-registrado e por isto há dificuldades para se encontrar dados atualizados, o que revela a pouca atenção dada pelo Estado à questão. Os casos não são registrados pela pouca informação oferecida às mulheres, que acabam por naturalizar a violência sofrida e por não terem conhecimentos de todos os seus direitos relativos ao pré-parto, parto e pós-parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 2018, em uma audiência pública da Comissão Permanente Mista de Combate à Violência Contra a Mulher, no qual se discutiu a questão da violência obstétrica, os dados utilizados foram levantados do estudo da Fundação Perseu Abramo, publicado em 2010 (AGÊNCIA SENADO, 2018). Neste estudo, foi constatado que 25% das mães brasileiras sofreram algum tipo de agressão na fase de pré-natal ou no parto.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é que, em vista da criminalização

do aborto, é igualmente complexo levantar dados de violência contra mulheres, homens trans e pessoas não binárias que abortaram. Partindo destas discussões, faz-se necessário questionar também o papel e a atuação do governo brasileiro diante de suas responsabilidades e compromissos legais nacionais e internacionais.

Omissões e silenciamentos

Apesar da violência ter a potencialidade de ocorrer em qualquer lugar e a qualquer tempo, alguns espaços são particularmente vulneráveis. Um destes espaços é o ambiente hospitalar, desde os pequenos aos grandes centros de saúde, onde mulheres e transgêneros, enquanto pacientes, estão em condições mais vulneráveis. Neste contexto, a atuação do Estado é de extrema relevância e necessidade.

No tocante à violência obstétrica, é complexo analisar e comprovar as violações de direitos humanos pelo Estado brasileiro, tendo em vista que não há lei federal que garanta especificamente o direito à proteção contra esta prática. A violação se dá então principalmente por meio do descumprimento de acordos internacionais e pela omissão diante da problemática.

No Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a denúncia mais comum contra o Brasil é a de omissão de autoridades. Isto coloca o Estado não apenas numa posição de quem viola, mas de quem omite ao não punir. E como punir adequadamente sem criminalizar efetivamente uma prática?

O Brasil é signatário de diversos acordos na temática de gênero e direitos das mulheres, dentre os mais significativos, a Convenção sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) de 1981; a Declaração e Programa de Ação de Viena da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de 1993; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também chamada de “Convenção de Belém do Pará” de 1994; a Plataforma de Ação de Pequim de 1995; os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2000; e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável de 2015. Não obstante, os próprios acordos não tratam especificamente sobre violência obstétrica, marginalizando o tema. Ainda assim, é de obrigatoriedade dos Estados signatários se comprometerem com a promoção e proteção de todos os direitos das mulheres.

No artigo 18 da Declaração e Programa de Ação de Viena é reconhecido que:

A violência baseada no sexo da pessoa e todas as formas de assédio e exploração sexual, nomeadamente as que resultam de preconceitos culturais e do tráfico internacional, são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas. Isto pode ser alcançado através de medidas de caráter legislativo e da ação nacional e cooperação internacional em áreas tais como o desenvolvimento socioeconômico, a educação, a maternidade segura e os cuidados de saúde, e a assistência social (DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE

AÇÃO DE VIENA, 1993).

Esta é mais uma das provas do reconhecimento e do compromisso assumido pelo governo brasileiro em atuar em prol da eliminação das violências de gênero nas esferas públicas e privadas e da promoção dos Direitos Humanos, principalmente dentro de seu território nacional. A participação do Brasil no documento em questão é uma afirmação do reconhecimento de sua responsabilidade legal nos assuntos de saúde, inclusive de segurança na maternidade.

No Brasil, o maior canal de promoção dos Direitos Humanos são as políticas públicas. Entretanto, as políticas públicas de Direitos Humanos direcionadas às mulheres brasileiras desconsideram o princípio de indivisibilidade, o qual define que todos os direitos humanos são igualmente relevantes. A maioria dessas políticas têm se direcionado à violência doméstica, marginalizando os outros tipos de violência enfrentados na sociedade.

Há pouca atenção à necessidade de prevenção da violência obstétrica e menos no que tange à punição legal dos profissionais de saúde que cometem tais atos, bem como, à reparação dos danos consequentes da prática violenta. Para além das discussões políticas temáticas, poucas ações efetivas podem ser constatadas. No ano 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000), cujos objetivos centrais são: ampliar o direito da mulher ao acesso à saúde; garantir a qualidade do tratamento à mulher, desde o pré-natal até o puerpério; e reduzir altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal.

Em 2003, no intuito de promover a humanização do serviço de saúde e a atenção puerperal, foi criada uma política transversal ao Sistema Único de Saúde chamada HumanizaSUS, dentro do escopo de atuação da Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política tem como intuito fomentar a autonomia dos usuários no sistema de saúde, no protagonismo da tomada de decisões durante os atendimentos e no compartilhamento da escolha terapêutica, produzindo vínculo solidário entre os atores da rede de assistência em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). No campo de atuação de cuidado à gestante e à família, seu objetivo principal é prospectar uma atenção com base na mudança de postura do serviço dos profissionais de saúde. Seus outros objetivos são garantir os direitos da gestante e do recém-nascido, através de uma assistência humanizada, assegurar a entrada de acompanhante de livre escolha da mulher e o acolhimento devido desde a entrada nas maternidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Mesmo diante dessas políticas, a resistência governamental em dar relevância à problemática nacional da violência obstétrica é um empecilho para se avançar em sua solução. O não reconhecimento da necessidade de criação de uma lei federal é um deles. Há vários dados sobre violência doméstica que só passaram a ser levantados

após a criação da Lei Maria da Penha. Seguindo esta linha, uma lei federal facilitaria o apoio institucional para o levantamento de dados, o acesso à informação, a promoção de boas práticas no atendimento a parturientes, melhoria da qualidade do sistema de saúde e a penalização dos agentes de violência.

Em janeiro de 2019, apenso a um projeto de 2014, foi apresentado o Projeto de Lei nº 878, o qual dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019). É importante atentar-se para o fato de que enquanto não houver lei federal sancionada, o combate à violência obstétrica dependerá de agendas prioritárias do governo que estiver em mandato. Essa dependência enfraquece e dificulta qualquer avanço, possibilitando inclusive o seu retrocesso.

Sem embargo, há iniciativas concretizadas de governos estaduais que podem ser observadas como ferramentas para suprir a lacuna de ações federais. Em 2017, o Estado de Santa Catarina aprovou a Lei nº 17.097, a qual dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado (SANTA CATARINA, 2017). O documento apresenta pontos demasiado relevantes à medida que descreve com clareza e detalhes as definições de violência física e psicológica.

Em 2018, o Estado de Minas Gerais, por intermédio da Lei nº 23.175, garante atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica em seu território. Um dos pontos da lei prevê inclusive que em casos de abortamento, o profissional de saúde responsável pela assistência da mulher, garantirá o sigilo das informações obtidas durante o atendimento, salvo para proteção da mulher e com o seu consentimento (MINAS GERAIS, 2018). No mesmo ano, foi sancionada a Lei nº 6.144, de 07 de junho de 2018 no Distrito Federal, a qual dispõe sobre a implantação de medidas de informação às mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Essas ações, inegavelmente significativas, apresentam, no entanto, pouca sensibilidade no tocante às questões de gênero. Tanto nas leis estaduais em vigor, quanto no projeto de lei federal e no HumanizaSUS, não há inclusão e nem mesmo menção de homens trans e de pessoas não binárias, os quais também são passíveis de violência obstétrica.

A construção da educação em direitos humanos dos profissionais de saúde

A trajetória das mulheres e das pessoas transgênero no Brasil é marcada por um estado constante de violências, que por sua vez, como já mencionado, são institucionalizadas e, portanto, violações dos direitos humanos. Deste modo, melhorar a formação de profissionais da saúde é também uma medida essencial para mudança desse cenário e para atenuar a violência obstétrica no país.

Há exemplo dos obstáculos a serem superados por meio da educação profissional humanizada, está a própria configuração e aceitabilidade do conceito de “violência obstétrica” pela classe médica. Este fator dificulta até mesmo o andamento dos processos legislativos. Em Pelotas, município do Rio Grande do Sul, o Projeto de Lei 4/2019 foi vetado, tendo como justificativa o fato de ter sido encarado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado e pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul como uma tentativa de amedrontar médicos e enfermeiros (GAUCHAZH, 2019). Foi também argumentado que o projeto relegava aspectos técnicos em prol de discussões ideológicas.

As justificativas acima se assemelham às do Ministério da Saúde em maio de 2019. Em despacho, defendeu-se abolir políticas públicas e o uso do termo violência obstétrica, com base na alegação de que o termo é ideológico, impróprio e que não há intencionalidade por parte dos profissionais (FOLHA DE SÃO PAULO, 2019). Entretanto, como argumenta a Organização Mundial de Saúde, pode haver disparidade entre o comportamento pretendido e a consequência pretendida, pois um perpetrador pode cometer intencionalmente um ato que, por padrões objetivos, é considerado perigoso e com alta possibilidade de resultar em efeitos adversos à saúde, mas o perpetrador pode não perceber seu ato dessa forma (KRUG EG et al, 2002). Neste sentido, é ressaltada a importância e urgência de uma construção da educação em direitos humanos dos profissionais de saúde.

Ao longo das décadas, foi percebido mudanças no olhar da medicina sobre a assistência à procriação humana. Essas mudanças são caracterizadas pela implementação de um modelo biomédico, tecnicista, hospitalocêntrico (flexneriano), valorizando uma concepção de quanto maior incorporação de tecnologia, melhor grau de qualidade da assistência (FERTONANI et al, 2015). Por sua vez, confirmando-se a reflexão pela mudança do cenário do parto nas casas, como evento natural, para um parto hospitalar repleto de necessidades sobressalentes (REZENDE, 2005).

Outrossim, a educação médica, assim como os demais profissionais de saúde, é marcada por uma estruturação de passar o conhecimento embasada no cotidiano prático “de opinião” do médico/professor/mestre. Além desse conhecimento prático passado oralmente, a referência utilizada, na maioria dos casos, é através de bibliografia e livros desatualizados. Deste modo, perde-se muito das correções e atualizações das

evidências publicadas em revistas eletrônicas, plataformas digitais e bancos de dados que a todo momento são revisados (MATTAR & DINIZ, 2012).

Os estudos de Hotimsky (2008) descrevem sobre a prática médica de objetificação do corpo humano em detrimento do aprendizado das habilidades médicas a todo custo. Rego et al. (2008) aprofunda a discussão ao construir um argumento de que a existência desses hábitos é intensificada pela discriminação de gênero e pela vulnerabilidade da paciente, pela condição econômica fragilizada, quando de raça negra, pela faixa etária – adolescentes – e pela ausência de um acompanhante. Consequentemente, pacientes que estão dentro dessas características são sujeitos a uma maior negligência proposital, omissão de socorro e violência de diversas formas, inclusive obstétrica (REGO et al, 2008).

Tomando a episiotomia como exemplo, sabe-se que o ensino dessa prática foi adotado na maioria das universidades do mundo pelo fato de que médicos reconhecidos – como exemplo o obstetra Ralph Pomeroy em 1918 - julgavam, pelo conhecimento da época, como indispensáveis em primíparas (DE LEE, 1920; REZENDE, 2005). Contudo, sucessivas reavaliações de casos e estudos confirmaram que não existiam evidências suficientes para o uso da prática e que se informado às pacientes dos riscos e benefícios é duvidoso que aceitem (THACKER, 1983; CARVALHO, 2010).

No entanto, foi verificado que exercícios e massagens contribuem para o fortalecimento da região perineal, bem como, o parto não horizontalizado, desse modo, diminuindo significativamente o risco de laceração. Assim, essas justificativas para o uso da episiotomia de rotina vêm sendo cada dia desmentidas e demonstrado que práticas utilizadas pelo simples fato de serem rotineiras e habituais não devem ser propagadas se não existe comprovação científica para tanto (BECKMANN & STOCK, 2013).

Outro fator que contribui para a negligência e violência no atendimento médico é a ausência das perspectivas de Direitos Humanos na formação acadêmica de profissionais da saúde. Apesar do enfoque no estudo da ética na prática profissional, há pouco aprofundamento das teorias, conceitos, fundamentos e relevância dos estudos de Direitos Humanos. A nível de graduação no país, nota-se pouco diálogo entre os diferentes campos de produções científicas e um distanciamento entre as ciências exatas, humanas e biológicas.

Para além do espaçamento geográfico que constrói os *campi* das universidades brasileiras e que acaba por separar por classificações de áreas do conhecimento, os estudos multidisciplinares são pouco incentivados entre os estudantes, principalmente em função das categorizações utilizadas pelo Ministério da Educação. Assim, as disciplinas de/e correlatas aos Direitos Humanos, recaem em sua maioria apenas aos estudantes de ciências humanas.

Portanto, a ausência desses estudos na formação educacional nas áreas de saúde, comprometem os avanços na resolução de antigas problemáticas que permeiam o

país. Faz-se necessário que os mesmos sejam considerados como parte fundamental para a compreensão do cenário socioeconômico e cultural do Brasil e um ponto de partida para o seu desenvolvimento.

Considerações finais

A partir do exposto, faz-se ímpar a reeducação cultural da sociedade brasileira e, principalmente, a construção de uma educação mais humanizada dos profissionais de saúde, para o retorno ao protagonismo da parturiente. Tendo em vista o modelo tecnocrático instalado, faz-se fundamental a busca da assistência voltada para que a mulher tenha autonomia e garantia da prática dos seus direitos.

A mudança no ensino acadêmico/profissional médico é ponto chave nessa reeducação e no estabelecimento da autonomia da mulher na elaboração do plano de parto, conscientizando-a das variantes concernentes a cada procedimento ou a ausência dele.

Ademais, o respeito ao posicionamento das gestantes e a transmissão de informações verídicas e atualizadas, com embasamento científico, também é dever dos médicos e demais profissionais de saúde. Dessa forma, o incentivo a elaboração do plano de parto e a busca pela execução plena, tanto no sistema público quanto no particular, é essencial ao cumprimento dos fundamentos estabelecidos pelos Direitos Humanos.

No planejamento em como conter a violência obstétrica, a relação médico-paciente se estabelece como principal medida eficaz. O diálogo é visto como possibilidade a uma conexão estável, assim, trazendo conforto e segurança à mãe e aos familiares de um vínculo como a ideia transmitida pela Política de Parto Humanizado.

Por fim, a responsabilização de atores específicos - como instituições de ensino, Ministério Público, agências governamentais, entidades internacionais – na elaboração e na garantia dos direitos pré-existentes – como plano de parto e direito ao acompanhante – compilam iniciativas decisivas na mudança da realidade enfrentada. Outrossim, buscar investimentos em pesquisas que demonstrem a mudança nos indicadores de violência obstétrica são eficientes na descrição e na transformação promovida pelas ações públicas/privadas e políticas públicas realizadas.

O silenciamento do Estado brasileiro diante da recorrência da violência obstétrica é uma omissão de suas responsabilidades legais para com a proteção e promoção dos direitos humanos das mulheres, os quais estão explicitados não apenas em um, mas em vários, antigos e distintos acordos internacionais. Contudo, mesmo que haja legislações locais que tentam atenuar esse tipo de violência, sem a atuação direta do governo federal, a questão poderá continuar marginalizada no território nacional, agravando ainda as suas desigualdades sociais à nível regional.

Referências

AGÊNCIA SENADO. Violência obstétrica é uma realidade cruel dos serviços de saúde, apontam debatedores. Senado Federal, 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/06/20/violencia-obstetrica-e-uma-realidade-cruel-dos-servicos-de-saude-apontam-debatedores>>

BECKMANN, M.M.; STOCK, O.M.. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Review. Cochrane database syst. rev. (online). 2013.

BOWSER, D; HILL, K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. USAID / TRAction Project; 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jun. 2000.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 878 de 2019. Acesso em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5955C80D21B8B89C56E578B16F250EF9.proposicoesWebExterno2?codteor=1718521&filename=Avulso+-PL+878/2019>

CARVALHO, C; SOUZA, A; MORAES FILHO, O. Selective episiotomy: advances based on evidence. FEMINA, Maio 2010, vol 38, nº 5. 266.

CEDAW. Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. 1979.

CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. 1994.

CLADEM. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas(CRLP). Silencio Y Complicidad: Violencia Contra Las Mujeres En Los Servicios Públicos de Salud En El Perú. Lima: Cladem/CRLP; 1998.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L., DINIZ, C. S. G., & SCHRAIBER, L. B. (2002). Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359(11), 1681-1685. doi:10.1016/S0140-6736(02)08592-6

DAHLBERG, LINDA L.; KRUG, ETIENNE G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11.

DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA. Conferência Mundial sobre

Direitos Humanos. Viena, 1993.

DE LEE, J. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1920; 1:34-44.

DIAS, M. A.; DOMINGUES, R. M.; PEREIRA, A. P.; FONSECA, S. C.; GAMA, S. G.; THEME, M.. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1521-1534. 2008.

DINIZ, SG.; SALGADO, HO.; ANDREZZO, HFA.; CARVALHO, PGC.; CARVALHO, PCA; AGUIAR, CA; NIY, DY.. 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.* 2014.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Lei nº 6.144, de 07 de junho de 2018. *Diário Oficial do Distrito Federal.* Nº 108, 8 de junho de 2018.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878. 2015.

FOLHA DE SÃO PAULO. Ministério da Saúde veta uso do termo 'violência obstétrica'. 2019. Acesso em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml> >

GAUCHAZH. Prefeita de Pelotas veta projeto de lei contra violência obstétrica que causou polêmica entre comunidade médica. 2019. Acesso em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/04/prefeita-de-pelotas-veta-projeto-de-lei-contraviolencia-obstetrica-que-causou-polemica-entre-comunidade-medica-cjuyj9yio01jl01ron9xt4ge6.html>>

GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. *J Perinat Educ.* 19(3):33-42. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1624/105812410X514413>.

GRUPO CERES. *Espelho de Venus: identidade social e sexual da mulher.* Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.

HOTIMSKY SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. *Interface Comum Saúde Educ.* 2008.

KRUG EG et al., eds. *World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, 2002. Acesso em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>

MATTAR, LD; DINIZ, CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface comum saúde educ, 2012.

MINAS GERAIS (Estado). Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, de 22 de dezembro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Ministério da Saúde. Diretrizes e sobre o programa. – Brasília, 2017.

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF. 2008.

_____. Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde. 2014.

_____. Dados numéricos sobre Violência Obstétrica recentes; Informações de como denunciar um caso de Violência Obstétrica - Pedido 25820002237201678. Acesso concedido em 2016. Acesso à informação. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?Lis=0c839f31-47d7-4485-ab65-ab0cee9cf8fe&ID=480841&Web=88cc5f44-8cfe-4964-8ff4-376b5ebb3bef>>

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

PASCHE, D. F ; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P.. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, 4(4), 105-117. 2010.

REGO, S.; GOMES, AP.; SIQUEIRA-BATISTA, R.. Bioética e humanização como temas transversais na formação medica. RevBRasEduc MED. 2008.

REZENDE, J. Obstetrícia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica. In: Obstetrícia. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-27.

SANFELICE, C; ABBUD, F; PREGNOLATTO, O.; SILVA, M.; SHIMO, A.. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Revista Rene, 15(2), 362-370. 2014.

SANTA CATARINA (Estado). Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, 19 de janeiro de 2017.

SOUSA, E. S. S.; VIANA, A. J. B. Feminicídios de paraibanas: estudos dos assassinatos de pessoas por questões de gênero. In: Eduardo Sérgio Soares Sousa; Alba Jean Batista Viana. (Org.). 2015.

TESSER CD.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, HF., DINIZ, SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. RevBrasMed Família Comunidade. 2015; 10(35):1-12.

THACKER, SB; BANTA, HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. 1983; 38(6):322-38.

VENEZUELA. Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: UNFPA; 2007.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. 2015.

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R., & HABIGZANG, L. F.. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. 2017.

Recebido: 21/04/2019

Aprovado: 10/07/2019