

POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À INIBIÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A INHIBIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BRASIL

PUBLIC POLICIES AIMED AT INHIBITING OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL

Joana D'Arc Fernandes Coelho Neta¹

RESUMO

O presente artigo visa trazer um apanhado das políticas públicas existentes a nível federal no Brasil que possuem o objetivo de combater a prática da violência obstétrica. Para tanto, parte-se da conceituação de violência obstétrica, caracterizando-a também como uma expressão da violência de gênero. Ademais, faz-se um levantamento do aparato legal existente acerca da matéria no país, para só então adentrar ao cenário nacional no que concerne às políticas públicas existentes voltadas à inibição da violência obstétrica. Ao final, conclui-se pela parca atuação do Estado no campo em ênfase, sugerindo-se medidas que possam ajudar a dirimir o problema. Para tanto, utiliza-se uma metodologia bibliográfica e documental, sob um viés qualitativo.

Palavras-chave: violência obstétrica. Gênero. Políticas públicas. Parto. Saúde feminina.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo brindar una visión general de las políticas públicas existentes a nivel federal en Brasil que apuntan a combatir la práctica de la violencia obstétrica. Para ello, partimos de la conceptualización de la violencia obstétrica, caracterizándola también como una expresión de la violencia de género. Además, se hace un relevamiento del aparato jurídico existente sobre la materia en el país, y solo así

¹ Especialização em Pós-graduação em Direito Penal e Processual Penal pela FAENI-FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE, Brasil(2019) Técnica de Nível Superior da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

ingresaremos al escenario nacional respecto de las políticas públicas existentes encaminadas a inhibir la violencia obstétrica. Al final se concluye que el Estado tiene poca acción en el campo bajo énfasis, sugiriendo medidas que puedan ayudar a resolver el problema. Para ello se utiliza una metodología bibliográfica y documental, bajo un sesgo cualitativo.

Palabras clave: violencia obstétrica. Género. Políticas públicas. Parto. La salud de la mujer.

ABSTRACT

This article aims to bring an overview of existing public policies at the federal level in Brazil that have the objective of combating the practice of obstetric violence. Therefore, it starts with the concept of obstetric violence, also characterizing it as an expression of gender violence. In addition, a survey of the existing legal apparatus on the matter in the country is carried out, to only then enter the national scenario with regard to existing public policies aimed at inhibiting obstetric violence. In the end, it is concluded that the State has little action in the field under emphasis, suggesting measures that may help to resolve the problem. For that, a bibliographical and documentary methodology is used, under a qualitative bias.

Keywords: Obstetric violence. Gender. Public policy. Childbirth. Women's health.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), é um direito da mulher atingir o melhor padrão de saúde possível, sendo que, para tanto, deve-lhe ser oportunizado um cuidado com a saúde respeitoso e digno. Contudo, no tocante ao parto, a mesma instituição afirma que

[...] um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e

216

negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. (OMS, 2014, p. 1)

Nessa esteira, o presente artigo se propõe a abordar tais violências empreendidas ao corpo feminino durante um momento tão delicado e importante da vida da mulher e da família, trafegando acerca de como a problemática é tratada e combatida no Brasil, onde o tema começou a ser trazido a lume no começo da década de 2000 após influências das experiências Argentinas e Venezuelanas (Assis, 2018).

Vale destacar que o debate se intensificou por uma via cibernetica, na qual se constata a ascensão do tema em razão de relatos proferidos por mulheres, em sua maioria brancas e de classe média alta, sobre as violências às quais haviam sido submetidas quando em trabalho de parto, denunciando a conduta desrespeitosa e violadora de direitos levada a cabo por profissionais e instituições de saúde (Assis, 2018).

Especificamente, ao se falar em parto, em um âmbito global, nota-se que, a partir da institucionalização deste, que deixou de ser um momento que envolvia apenas a mulher e a parteira para ser desenvolvido em um ambiente hospitalar pautado na técnica (SILVA, 2018), passou-se a verificar o cometimento de diversas violências ao corpo feminino e ao recém-nascido por parte de profissionais atuantes na área da saúde, desde médicos e enfermeiros, a corpo administrativo de instituições privadas e públicas (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Ressalte-se que a violência perpetrada contra o corpo feminino não é sempre ostensiva, ou seja, nem sempre se observa através de agressões que deixam marcas visíveis. Em muitos casos, as agressões não são perceptíveis fisicamente, consistindo em agressões simbólicas, reproduzidas pela sociedade de forma geral, que deixam resquícios de sua existência no psicológico das vítimas (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Nesta esteira, o estudo em epígrafe se propõe a analisar de que forma o desenvolvimento de políticas públicas pode inibir a ocorrência da violência obstétrica no Brasil. Para contextualizar, pretende-se discorrer brevemente sobre os aspectos históricos do parto, narrando como se dava este em tempos antigos.

Após, passa-se a destrinchar o conceito de violência obstétrica, exemplificando-a e discorrendo sobre os seus desdobramentos na vida das vítimas.

Ato contínuo, será feita uma análise da legislação nacional aplicável à matéria, a qual visa coibir a manifestação da violência obstétrica no meio hospitalar, assim como fornecer às vítimas a possibilidade da reparação judicial cabível.

Por fim, estabelece-se um panorama das atuais políticas públicas existentes no país voltadas ao tema, bem como quais poderiam ser criadas para eventualmente atenuar ou, até mesmo, acabar com a ocorrência de tais situações.

A metodologia utilizada consistiu em uma análise bibliográfica e documental, tomando por referência dossiês, livros, artigos, teses e dissertações existentes acerca dos temas ora tratados, de forma a fornecer um embasamento preciso, amplo e devidamente respaldado das matérias aqui desenvolvidas.

Após a revisão bibliográfica, procedeu-se com leitura exploratória com o objetivo de definir quais obras consultadas são de relevância para o trabalho. Posteriormente, realizouse a seleção das informações que poderiam responder aos objetivos do estudo para, então, ordená-las e sistematizá-las.

Ao cabo, integrou-se o material colacionado de maneira concatenada, seguindo uma lógica que tornasse o conhecimento acerca da matéria o mais comprehensível possível.

No que tange ao método de abordagem, tem-se que, nos dizeres de Rogério Lustosa Bastos que este “trata fundamentalmente do plano geral de trabalho; fala de seus pressupostos lógicos, do processo de raciocínio escolhido” (BASTOS, 2009, p. 82). Neste

aspecto destaca-se a presença do método dialético, o qual “se opõe a todo conhecimento que quer se colocar pretensamente de forma estática ou cristalizada” (BASTOS, 2009, P. 85).

2. DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ao se abordar o tema sob análise, faz-se necessário, primordialmente, tecer o conceito do que seria a violência obstétrica. Para tanto, cabe aqui uma breve contextualização histórica sobre o parto.

Anteriormente, na história da humanidade, o parto era tido como algo inerente ao mundo feminino, de forma que os homens se abstinha de se informar sobre tal processo, ou até mesmo de presenciá-lo, deixando a cargo das mulheres e, especialmente, das parteiras, a função de conduzir o momento consistente no nascimento da vida humana (SILVA, 2018).

Após o advento da tecnologia, aqui entendida como o desenvolvimento de estudos médicos sobre o assunto, vislumbra-se o surgimento de um certo menosprezo pela profissão antes imprescindível (a de parteira). Assim, o surgimento do conhecimento científico incitou um processo de marginalização e perda da credibilidade do ofício, alavancando a valorização do conhecimento médico.

Neste ínterim destaca-se também o processo de institucionalização da saúde, a qual passou a ser uma preocupação do Estado, que a priori visava o controle de pragas. Esta institucionalização se concretizou através dos hospitais, que se tornaram “um local de vigilância constante e suplementar ao cuidado das famílias” (CUNHA, 2015, p. 24).

A institucionalização de um local para o tratamento dos enfermos, então, também significou a criação de um local no qual seria colhido e aplicado um conhecimento fechado e controlado, no qual o paciente, ignorante, teria apenas o papel de receber

e obedecer aos comandos do médico, detentor de toda a técnica. (CUNHA, 2015, p. 25)

Aqui, vale enfatizar que o exercício da medicina, nos primórdios, era predominantemente masculino. Desta feita, tais profissionais passaram a interferir no corpo feminino da gestante com o subterfúgio de deter o conhecimento técnico necessário para conduzi-la em um processo que é fisiológico, ou seja, natural, orgânico. Vê-se nascer, então, uma patologização e medicalização do parto, sendo que o risco que antes era encarado como exceção, passou a ser tido como regra nas instituições hospitalares (ZANARDO, URIBE, NADAL & HABIGZANG, 2017).

Conforme bem acentua Leite, o excessivo número de cesáreas que vemos ocorrer no Brasil é decorrente justamente do fato de “o protagonismo no momento do parto ter se deslocado da mulher à classe de profissionais de saúde que a assistem, especialmente ginecologistas e obstetras” (2017, p.2)

Assim, desvelam-se relações de poder que desembocam em uma perda de autonomia da mulher no que concerne à tomada de decisões livres sobre seu próprio corpo (OLIVEIRA, GOUVÊA, e DAVID , 2022).

Desta feita, pode-se falar no estabelecimento de uma hierarquia, onde em um patamar mais elevado se encontra o conhecimento médico e científico e, em um degrau abaixo, se encontra o conhecimento empírico, popular. Da mesma forma, tem-se a criação de uma hierarquia relativa ao profissional de saúde e à paciente e entre homens e mulheres (LEITE, 2019).

Enfim, debruçando-se sobre o conceito de violência obstétrica, temos que se trata de uma violência institucional, pois é levada a cabo por instituições prestadoras de um serviço público, através de atos comissivos ou omissivos, abrangendo desde a falta de acesso em si, ou seja, o não oferecimento do serviço, até a má qualidade dos serviços que são de fato prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (2002), os abusos

são realizados em razão da desigualdade observada nas relações de poder entre pacientes e profissionais da saúde. Neste cenário, mais uma vez fica evidente a hierarquia existente entre os atores citados.

A prática da violência obstétrica configura violação de direitos humanos, conforme será melhor delineado mais à frente.

Não obstante, a Organização Mundial da Saúde não adota o termo “violência obstétrica” oficialmente, preferindo usar a expressão: “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde” (OMS, 2014). LEITE insiste no uso do termo por, em seu ponto de vista, ele abarcar “duas dimensões distintas da violação de direitos das mulheres que ocorrem com a prática de violência obstétrica: os direitos sexuais e reprodutivos e o direito a uma vida livre de violência. (2019, p. 39)”

A Rede Parto do Princípio, por sua vez, conceitua a violência obstétrica como sendo todo o ato praticado “contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva” (2012, p. 60). Ainda segundo a Rede (2012), este tipo de violência pode ser de caráter: físico, psicológico, sexual, institucional, material ou midiático, os quais podem ser observados concomitantemente em uma mesma situação, mesclando-se.

Segundo DINIZ et. al (2015, p. 3), o termo em epígrafe

[...] é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Outros descriptores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros.

Ainda, segundo SOUSA (2015) apud BRITO et. al (2020),

[...] violência obstétrica se caracteriza pelo apoderamento, invasão do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do

tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, como o parto vaginal, causando a perda da autonomia feminina. Esse tipo de comportamento pela equipe médica gera impactos negativos na qualidade de vida das mulheres. (p. 124-125)

Agressões verbais, procedimentos médicos desnecessários e abusivos, lesões corporais e negação dos direitos da gestante antes do parto, durante o acontecimento deste e após o nascimento, caracterizam tal tipo de violência, na qual verificam-se dois pontos: a ausência no fornecimento de informações e de consentimento da parturiente (BRITO et. al, 2020).

Um claro exemplo de violência traduz-se na realização de cesáreas eletivas desnecessariamente, as quais são passíveis de ocasionar maior incidência de mortalidade materna e neonatal.

O Brasil é um dos líderes no ranking mundial de realização do parto cirúrgico, de forma que cerca de 55% dos partos no país se dão por essa via. Tal cenário vai de encontro com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o assunto, sendo esta a de que apenas 15% dos partos se deem através de cesárea (LEITE, 2017).

A Rede Parto do Princípio, em dossiê elaborado no fito de subsidiar os trabalhos da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres alerta que mulheres estão sendo submetidas a tal procedimento, altamente invasivo e perigoso, sem serem devidamente informadas sobre os seus riscos e complicações. Tal fato resta evidente ao se observar que, no ano de 2007, 47,0% dos nascimentos no Brasil se deram via cesárea, sendo tal proporção na rede pública de 35%, enquanto que no setor privado tal número chegou a 80% (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Contudo, conforme aponta LEITE (2017), o número exacerbado de cesarianas não se configura o único tipo de violência inferido às mulheres em sua fase de pré-natal, parto e pós-parto. Ou seja, a violência obstétrica não se restringe à via de parto realizada, mas sim a toda e qualquer ação que viole os direitos humanos internacionalmente consagrados ao gênero feminino neste momento tão importante na vida do ser humano, o nascimento.

Alguns dos inúmeros exemplos de práticas consistentes em violência obstétrica são delineados abaixo:

i) da negligência na assistência; ii) da discriminação social; iii) da violência verbal, a exemplo do tratamento grosseiro, das ameaças, das reprimendas, dos gritos e da humilhação intencional; iv) da violência física, incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada; v) do abuso sexual e violência psicológica; vi) da mitigação de informação à parturiente; vii) do ato de impedir a presença de acompanhante durante o atendimento pré-natal e o parto; viii) da descontinuidade na assistência. Além desses, a violência obstétrica também se exterioriza com a episiotomia (corte na vulva para, supostamente, facilitar a saída do bebê); manobra de Kristeller (utilizada para agilizar a saída do bebê através de empurões na barriga da parturiente); imobilização; posição horizontal durante o trabalho de parto; negação do direito a doula; separação do bebê da mãe nos primeiros minutos de vida; tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); lavagem intestinal; exame de toque vaginal excessivo e por diversos profissionais; rompimento da bolsa propositalmente durante o toque (BRITO et. al, 2020, p. 125)

A violência obstétrica contribui significativamente para a manutenção de altos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, uma vez que suas causas mais frequentes são aquelas que poderiam ser facilmente evitadas se o atendimento obstétrico e pré-natal fosse adequado. Como exemplo, cita-se o falecimento em decorrência de hemorragias e infecções, que, segundo SOUSA (2015) apud LEITE (2019), podem ser “causadas por procedimentos obstétricos inadequados, obsoletos, invasivos e violentos” (p. 6-7).

3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES

Vale elucidar que a violência obstétrica traduz-se em uma das diversas expressões da violência de gênero. Neste aspecto, vale trazer à baila a definição dada pela Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres, celebrada em 1979 pela ONU, acerca do tema discriminação contra a mulher:

[...] toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (BRASIL, 2002).

Na mesma esteira, cita-se aqui a Recomendação Geral nº 35 do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que teve o papel de atualizar a Recomendação Geral nº 19, a qual afirma que a discriminação contra as mulheres inclui a violência de gênero, ou seja, aquela “que é dirigida contra uma mulher porque ela é mulher ou que afeta as mulheres desproporcionalmente”, constituindo, portanto, uma violação aos direitos humanos (ONU, 1992).

A Recomendação Geral nº 35, utiliza a expressão “violência de gênero contra as mulheres”, de forma mais precisa, de maneira a enfatizar que se tratam de condutas realizadas contra mulheres com base no gênero. Isso se dá uma vez que possuem, em seu âmago, o respaldo de uma sociedade patriarcal que historicamente inferiorizou mulheres. Segundo o Comitê, “Essa expressão fortalece a compreensão dessa violência como um problema social e não individual, requerendo respostas abrangentes, para além de eventos específicos, agressores individuais e vítimas/sobreviventes.” (CNJ, 2019, p. 19).

Ainda de acordo com o Comitê, a violência de gênero contra as mulheres possibilita a perpetração da posição subordinada das mulheres em relação a pessoas do sexo masculino, bem como a reafirmação de papéis estereotipados. Consistindo, assim, em uma das vias sociais, políticas e econômicas responsáveis por concretizar e manter este quadro, pois que um obstáculo crítico no alcance da igualdade material entre os sexos e na possibilidade de as mulheres gozarem plenamente dos direitos humanos e das liberdades fundamentais consagrados na convenção supracitada (CNJ, 2019).

Neste diapasão, resta claro que as violações à saúde da mulher quando de sua gestação/parto/puerpério, bem como aos seus direitos sexuais e reprodutivos, são expressões da violência de gênero vinculadas à

[...] exteriorização de uma sociedade que relega à mulher situação de subordinação, deslegitima sua autonomia e a considera titular de um papel reputado menor, a de

reprodutora, com a dominação e fragmentação do seu corpo, negando seus direitos. (BRITO et. al, 2020, p. 128)

4. LEGISLAÇÕES APLICÁVEIS À MATÉRIA

No que concerne à legislação aplicável à temática sob apreço, observa-se que no Brasil ainda não existe lei específica que criminalize a violência obstétrica, de forma a inibir e sancionar a sua constatação no meio social. Tal ausência leva as mulheres a buscarem o Poder Judiciário em busca de reparação pela violência experimentada (BRITO et. al, 2020). Contudo, sobre a matéria, podemos destacar a existência da Lei Federal 11.108, de, 7 de abril 2005, também conhecida como “Lei do Acompanhante”, a qual visa “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, web).

Nessa lógica, BRITO et. al (2020) cita que foi constatado, a partir da pesquisa “Nascer no Brasil”, que, apesar da vigência do referido diploma legal, menos de 20% das parturientes usufruem deste direito. Para além disto, há de se destacar que as que conseguem de fato gozar de tal prerrogativa possuem características bem definidas: são aquelas pertencentes a uma classe mais abastada, com maior grau de escolaridade, brancas e usuárias da saúde privada (BRITO et. al, 2020).

Tal constatação destaca a necessidade de elaboração de políticas públicas que levem em consideração medidas de caráter interseccional. Neste cerne, vale elucidar que, segundo Carvalho (2021), a interseccionalidade consiste em

[...] uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (p. 57)

Ainda, segundo a autora (2021), a interseccionalidade torna possível a reflexão acerca dos impactos que as desigualdades sociais causam em grupos que já são marginalizados por outros fatores diversos, tais como raça, gênero, faixa etária, etc.; fazendo com que estes sejam privados de bens e direitos aos quais deveriam ter pleno acesso.

Diante deste quadro, vê-se que o médico, assim como os profissionais que atuam na área da saúde e suas instituições, perpetua condutas abusivas de maneira naturalizada, a despeito do que dispõe o Código de Ética Médica (2018), que em seu Capítulo I, inciso VI, estabelece como princípio fundamental a obrigatoriedade de o médico guardar absoluto respeito pelo ser humano e atuar sempre em seu benefício, mesmo depois da morte, jamais utilizando seus conhecimentos para impingir sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade.

Ainda, o art. 31 do referido Código dispõe acerca da proibição do médico desrespeitar o direito de o paciente decidir livremente sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas a que se submeterá, à exceção de risco de morte, ao passo que o art. 34 deixa clara a obrigação do médico de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento/procedimento adotado.

As condutas profissionais que se opõem ao preceituado acima podem ser classificadas como um reflexo da violência simbólica que permeia nossa sociedade, a qual, segundo Bourdieu (2002), é invisível às próprias vítimas, por se tratar de algo que é reproduzido de maneira branda e velada, se ocultando atrás da barreira do conhecimento técnico, no presente caso. Assim, tal violência é cometida por seus autores com a corroboração involuntária das vítimas.

As mulheres que buscam o Judiciário no fito de obter uma reparação judicial para o mal ao qual foram acometidas podem se valer, além dos dispositivos citados acima, do que dispõe a Carta Magna de 1988 e de Tratados Internacionais que o Brasil ratificou.

No que tange à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), destaca-se a dignidade da pessoa humana elencada como princípio fundamental do Estado Brasileiro. Ademais, a Carta das Nações Unidas, de 1945, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que serviram de inspiração à nossa lei maior, e são ratificadas pelo Brasil com o status supralegal¹, também preveem o referido instituto como elemento basilar de suas garantias.

A par do citado, o Estado brasileiro se preocupou em ratificar também a Convenção Para Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres, celebrada em 1979, na ONU, e incorporada ao direito interno pelo Decreto n. 4.377, de 2002, cujo objetivo consubstancia-se em:

Superar a resistência cultural e dignificar as mulheres, protegendo-as das variadas formas de discriminação às quais podem ser submetidas, inclusive a violência doméstica, uma das mais radicais, tornando, enfim, efetivo o microssistema jurídico voltado à sua proteção (CNJ, 2019, p. 13).

5. POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS VOLTADAS À INIBIÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo Souza (2006), de forma resumida, pode-se entender por política pública o campo do conhecimento que visa de forma concomitante abordar ações governamentais, ao passo que analisa tais ações e, se necessário, propõe alterações cabíveis em seu curso. Ainda, segundo Jobert e Muller (1987) citados por Marques (2018), conceitua-se políticas públicas como “o Estado em ação” (p. 16).

¹ Através do Recurso Extraordinário (RE) no 466.343/SP (<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=595444>), o Supremo Tribunal Federal passou a adotar o entendimento de que os Tratados Internacionais relativos a Direitos Humanos ratificados pelo Brasil antes da Emenda Constitucional nº 45, de 2004, teriam caráter infraconstitucional e supralegal, ou seja, se categorizariam em patamar inferior à Constituição, porém superior às leis federais.

Antes de adentrar ao âmbito brasileiro sobre as políticas públicas desenvolvidas no escopo de inibir a verificação da violência obstétrica no meio social, vale enfatizar que o problema possui dimensão internacional, sendo que a OMS, no segundo semestre de 2014, se debruçou sobre o tema, publicando declaração sobre a violência obstétrica, na qual demanda por políticas e promoção à assistência obstétrica humanizada por parte dos países. Além disso, indica medidas governamentais que devem ser adotadas no sentido de abolir o desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto. São elas:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos

Maior apoio dos governos e parceiros do desenvolvimento social é necessário para ampliar as pesquisas que tenham por objetivo definir e medir o problema nas instituições de saúde públicas e privadas no mundo inteiro, assim como para compreender melhor seu impacto sobre as experiências e escolhas de saúde das mulheres. São necessárias evidências sobre a efetividade e implementação de intervenções em diferentes contextos para oferecer a orientação técnica necessária para governos e profissionais da saúde.

2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência

Mais ações são necessárias para apoiar as mudanças na conduta dos profissionais de saúde, dos ambientes clínicos e sistemas de saúde, para garantir que todas as mulheres tenham acesso à assistência respeitosa, competente e atenciosa. Elas podem incluir (mas não estão limitadas ao) apoio social através de um acompanhante de sua escolha, mobilidade, acesso a alimentos e líquidos, confidencialidade, privacidade, escolha esclarecida, informações para as mulheres sobre seus direitos, mecanismos de acesso à justiça em caso de violação dos direitos, e garantia dos melhores padrões da assistência clínica. O enfoque na assistência segura, de alta qualidade, centrada na mulher como parte da cobertura universal de saúde também pode ajudar a fortalecer estas ações.

3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto

Plataformas de direitos humanos internacionais ressaltam o desrespeito e os maus-tratos durante o parto como um importante tema de direitos humanos, e podem ajudar os defensores dos direitos das mulheres a aumentar o nível de conscientização e o desenvolvimento de políticas sobre a importância da assistência obstétrica respeitosa. Para organizar e administrar sistemas de saúde, a abordagem de direitos pode facilitar o fornecimento de cuidados respeitosos e de alta qualidade durante o parto.

4. Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais

Os sistemas de saúde devem ser responsáveis pela maneira com que as mulheres são tratadas durante o parto, garantindo o desenvolvimento e implementação de políticas claras sobre direitos e normas éticas. Os profissionais de saúde em todos os níveis precisam de apoio e treinamento para garantir que as mulheres grávidas sejam tratadas com compaixão e dignidade. Os serviços de saúde que já oferecem cuidados maternos respeitosos, que promovem a participação das mulheres e comunidades e que implementaram processos para monitorar e melhorar continuamente a assistência obstétrica respeitosa, precisam ser identificados, pesquisados e documentados.

5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Eliminar o desrespeito, os abusos e os maus-tratos durante o parto somente será possível por meio de um processo inclusivo, com a participação das mulheres, comunidades, profissionais e gestores da saúde, formadores de recursos humanos em saúde, organismos de educação e certificação, associações profissionais, governos, interessados nos sistemas de saúde, pesquisadores, grupos das sociedades civis e organizações internacionais. Convocamos estas entidades para reunir esforços para garantir que as situações de abuso, desrespeito e maus-tratos sejam identificadas e relatadas de forma regular e consistente, e que as medidas preventivas e terapêuticas localmente apropriadas sejam implementadas.

Trazendo a discussão para o contexto brasileiro, Silva (2018) resgata que, no Brasil, a preocupação com a maternidade e a infância, enquanto assunto de saúde pública surgiu durante o Estado Novo, visando o estabelecimento de uma política pública que buscava garantir um aumento da mão de obra. Sendo que, apenas em 1964 verifica-se a implantação do modelo de atendimento privado, que focava na individualização do cuidado médico.

A autora aborda que, na década de 1970, o Estado passa a prevenir a gravidez de risco, além de viabilizar o aumento de tempo entre as gestações, fornecendo anticoncepcional e impulsionando o direito de escolha da mulher pela maternidade ou não. Ato contínuo, surge nos anos 80 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), objetivando o acompanhamento da mulher durante toda as suas fases (adolescência à maturidade), consistindo em política pública importante para concretizar os direitos da mulher que optava pela maternidade e para o planejamento familiar (SILVA, 2018).

Em 2003 surge no cenário nacional a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, a qual pode ser considerada o desdobramento do Programa de

Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, instituído em 2000 com o objetivo do acesso à saúde pela mulher; garantir a qualidade do tratamento desde o pré-natal até o puerpério; reduzir altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; tudo isso na perspectiva dos direitos e da cidadania. Contudo, a melhoria na qualidade do atendimento não acompanhou tais avanços (SILVA, 2018).

A Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH) foi concebida a partir de uma preocupação metodológica, em que se indagou:

[...] como fazer, que percursos trilhar, que trajetos percorrer, de que modo caminhar para interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal? Como intervir em certos modos de conceber, organizar e realizar os processos de trabalho em saúde (modos hierarquizados e autoritários de gestão; formas verticalizadas de comunicação; relações de trabalho precarizadas; tratamentos invasivos e desrespeitosos; procedimentos que alijam as pessoas de suas redes sociofamiliares; ações 'terapêuticas' que focam na doença e em sua extirpação, sem levar em consideração o sujeito, suas condições, necessidades e projetos de vida, sua rede de relações sociais, seu porvir; sucateamento dos serviços de saúde; recorrente falta de insumos importantes para a realização das ações; degradação dos ambientes de trabalho; acesso organizado por meio de longas filas de espera; precária articulação entre serviços de saúde e entre estes e os de outros setores como assistência social, educação...), modos estes entendidos como "desumanizadores", na medida em que são incoerentes com o direito à saúde de todos(as) e de qualquer um(a) brasileiro(a) e com a garantia de acesso universal e equitativo a ações integrais em saúde? Como compor vias para a operacionalização de ações integrais? Como intervir, analisar, produzir mudanças em processos de trabalho, qualificando atenção e gestão no SUS? (MARTINS et. al 2014, p. 10)

Em 2014 surge o "HumanizaSUS", programa que adota o formato de cadernos textuais informativos em torno de um tema comum com publicações, que vão desde ensaios a artigos, relatos de experiência e entrevistas. O tema de cada caderno possui vinculação aos campos de análise e de intervenção caros à qualificação e práticas de saúde no SUS voltadas à Política Nacional de Humanização (PNH).

Em seu volume 4, o caderno "HumanizaSUS" apresenta como temática a Humanização do Parto e do Nascimento, focando no protagonismo da mulher e objetivando uma mudança no modelo obstétrico atualmente praticado nas instituições. Nele, além de

relatos jornalísticos e de experiências sobre o parto no Brasil, podemos observar também diretrizes do governo sobre o parto normal, os casos em que a cesariana é indicada, o papel da doula no trabalho de parto, etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Assim, percebe-se um inibido e insuficiente engajamento do governo federal em torno da humanização do parto como forma de coibir o cometimento de violência obstétrica por parte dos profissionais da saúde. Contudo, demais esferas do poder público não acompanham tal ímpeto, a exemplo do Poder Judiciário, que, até o momento, tem exarado decisões contrárias ao direito das parturientes ao adotar como subsídio para suas sentenças/acórdãos laudos periciais eminentemente produzidos por médicos (BRITO et. al, 2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema posto deve ser tratado de maneira séria e com a dimensão que possui. É um problema de ordem social e deve ser combatido de maneira ostensiva pelo governo, seja ele federal, estadual ou municipal, bem como por todos os poderes da República: Judiciário, Executivo e Legislativo.

Considerando os ensinamentos de Frey (2000), o processo de implementação de uma política pública parte, primordialmente, da eleição de um problema social como relevante (política e administrativamente) o suficiente para requerer uma agenda de ação do Estado, interferindo diretamente na mudança daquele cenário que gerou perturbação no seio social. Dentre os fatores de contribuem para esta eleição, segundo o autor, está a contribuição de uma cobertura midiática e de outros meios de comunicação política e social sobre o assunto, bem como o apontamento por parte de grupos sociais isolados, grupos de políticos, e pela própria administração pública.

Assim, denúncias de cunho institucional, acadêmico e midiático sobre a violência obstétrica devem se intensificar o tanto quanto possível no escopo de abranger o parco tratamento que o Estado confere ao problema.

Para tanto, não se pode olvidar a necessidade de que as instituições públicas, especialmente os hospitais, se munam de profissionais capacitados para lidar com o momento do parto. Capacitação esta não apenas de ordem técnica, mas de tratamento humanizado para com as parturientes e os recém-nascidos.

Assim, para a perfeita execução de novas políticas públicas que possam vir a ser criadas visando dirimir o cometimento de violência obstétrica em instituições hospitalares, o Estado deverá investir no aperfeiçoamento de suas capacidades, as quais, segundo Gomide e Pires (2014) devem ser pensadas de modo a tornar exequíveis as políticas públicas elaboradas pelo governo.

Aqui, cabe elucidar que as capacidades estatais devem ser entendidas como “o estoque de recursos e habilidades administrativas, políticas, técnicas e institucionais” (GRIN et. al, 2021, p. 44-45) detido pelos governos, e que buscam a superação de restrições existentes nos ambientes governamentais e societais, no escopo de conseguirem a implementação dos objetivos políticos e de política pública traçados, gerando valor social e fornecendo bens públicos (GRIN et. al, 2021).

O que se constata no cenário atual é a ausência de legislação específica sobre o tema, a falta de capacitação de profissionais da área da saúde a fim de evitar comportamentos danosos à parturiente e à criança recém-nascida, bem como a percepção de que os magistrados pouco conhecem sobre o assunto, o que culmina no desamparo das mulheres quando de um momento tão delicado e único de suas vidas, ensejando a violação de seus direitos fundamentais.

Desta forma, faz-se salutar pensar políticas públicas que sejam voltadas à capacitação humanizada dos profissionais da saúde, bem como do corpo administrativo de instituições

hospitalares; à inserção de setores voltados à fiscalização da atuação de tais profissionais no âmbito das Secretarias de Saúde municipais e estaduais brasileiras; à criação de ouvidorias especializadas em receber denúncias sobre atos que caracterizem violência obstétrica; e, à confecção de uma legislação que torne tais condutas passíveis de sanção de forma expressa e clara.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Rogério Lustosa. Ciências humanas e complexidades: projetos, métodos e técnicas de pesquisa: o caos, a nova ciência. 2.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2009.

BRASIL. DECRETO Nº 4.377, DE 13 DE SETEMBRO DE 2002. Disponível em :
< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm#:~:text=D4377&text=D ECRETO%20N%C2%BA%204.377%2C%20DE%2013,20%20de%20mar%C3%A7o%20d
e%201984.> Acesso em 20 jun. 2023.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para 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. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 20 jun. 2023.

BRITO, C. M. C. de; OLIVEIRA, A. C. G. de A.; COSTA, A. P. C. de A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. In: Cadernos IberoAmericanos de Direito Sanitário, [S. I.], v. 9, n. 1, p. 120–140, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.604. Disponível em:
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BOURDIEU, Pierre A dominação masculina. Trad. Maria Helena Kühner. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

CARVALHO, Layla Pedreira. Políticas públicas, transversalidade de gênero e

interseccionalidades [livro eletrônico]: volume 1 /Londrina, PR : Ed. da Autora, 2021. (Coleção planejamento, gestão e controle social de políticas públicas: por mais participação das mulheres). Disponível em:

<http://repositorio.londrina.pr.gov.br/index.php/menu-mulher/publicacoes-2/47832mulheres-politicas-publicas-volume1/file>. Acesso em: 06 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Disponível em: <https://cem.cfm.org.br/#Cap1>. Acesso em 23 jun. 2020

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação Geral nº 35 sobre violência de gênero contra as mulheres do Comitê para eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Tradução Neri Accioly. Brasília, 2019. Disponível em:

<<https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2019/09/769f84bb4f9230f283050b7673aeb063.pdf>> Acesso em: 07 jun. 2023.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. Violência Obstétrica:

Uma Análise Sob O Prisma Dos Direitos Fundamentais. Brasília, 2015Disponível em:

https://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. . In: Journal of Human Growth and Development. [online]. 2015, vol.25, n.3, pp. 377-384. ISSN 0104-1282. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em: 18 jun. 2023.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.21, 211-259, junho de 2000.

GRIN, Eduardo José; DEMARCO, Diogo Joel; ABRUCIO, Fernando Luiz. Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2021.

LEITE, Júlia Campos. A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero. Florianópolis: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), 2017. Disponível em:

http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf. Acesso em: 07 jun. 2023.

_____. Reparação judicial para mulheres vítimas de violência obstétrica. 2019. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. doi:10.11606/D.107.2019.tde-10082021-173843. Acesso em: 07 jun. 2023.

MARQUES, E. (2018). Como estudar as políticas do urbano? In: As políticas do urbano em São Paulo. São Paulo: ed. Unesp/CEM. Hoyler, T. e Requena, C. (2015). Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7418432/mod_resource/content/1/Marques_%20Como%20estudar%20as%20pol%C3%ADticas%20do%20Urbano.pdf. Acesso em 08 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS; v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica nº 8, Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília, 2001. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 17 jun. 2023.

OLIVEIRA, J. L. Q. de .; GOUVÊA, A. do N. .; DAVID , M. J. V. . Black woman and the obstetric violence: an integrative review. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e4611125184, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25184. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25184>. Acesso em: 1 dec. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 07 jun. 2023.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Dossiê Parirás com dor. 2012. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 17 jun. 2023.

SILVA, Lucília Mendes de Oliveira e. Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o HumanizaSUS. Disponível em:

<http://anais.uel.br/portal/index.php/SGPP/article/view/1113/936>. Acesso em: 06 jun. 2023.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologia*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 07 ago. 2023.

Zanardo, G. L. D. P., Uribe, M. C., Nadal, A. H. R. D., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & sociedade*, 29. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.

Acesso em: 01 dez. 2023.

Submissão: julho 2024

Aceite: agosto 2024