

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE ACERCA DO PROJETO DE LEI Nº 7.633/2014 COMO PROPOSTA DE GARANTIA AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER.

OBSTETRIC VIOLENCE: AN ANALYSIS OF LAW PROJECT Nº 7.633/2014 AS A PROPOSAL TO GUARANTEE THE WOMEN'S FUNDAMENTAL RIGHTS.

Amanda Maria Oliveira Pinto ¹

Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino ²

Resumo

A violência obstétrica é uma das modalidades de violência que põe em discussão os direitos fundamentais da mulher, caracterizando-se como uma prática silenciosa e de difícil constatação, em razão da aceitação cultural de que o parto é um momento de dor “necessário”. O presente artigo analisa os aspectos da violência obstétrica à luz do Projeto de Lei nº 7.633/2014, que estabelece as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério. Emprega-se o método hipotético-dedutivo, dando-se ênfase ao fundamento desenvolvido por Pierre Bourdieu, baseado nos conceitos de habitus, campo e representações oficiais.

Palavras-chave: Direitos fundamentais da mulher, Violência, Violência obstétrica, Gestação, Projeto de lei nº 7.633/2014

Abstract/Resumen/Résumé

Obstetric violence is one of the forms of violence that adds for discussion the fundamental rights of women. It is characterized as a silent practice and difficult notice, due to the cultural acceptance that childbirth is a moment of "necessary" pain. This article analyzes the aspects of obstetric violence under the Law Project nº 7.633/2014, which establishes the guidelines and principles inherent to the women's rights during pregnancy, pre-partum and puerperium. The hypothetical-deductive method is used, emphasizing the principles developed by Pierre Bourdieu, based on the concepts of habitus, field and official representations.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Fundamental rights of women, Violence, Obstetric violence, Gestation, Law project nº 7.633/2014

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

² Professora Adjunta do Curso de Direito da UFMA. Doutora em Políticas Públicas pela UFMA. Advogada. Membro do IAB nacional e do IBDP.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as diversas ocorrências de violência contra a mulher, encontra-se a chamada violência obstétrica, isto é, aquela praticada pelo profissional de saúde contra a mulher durante a gravidez, parto, pós-parto ou atendimento ao abortamento.

Na esfera internacional, a “*Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*”, promulgada na Venezuela, em 2007, conceitua a violência obstétrica como:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres¹.

De acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”² (a única que tratou sobre o tema em questão), realizada pela Fundação Perseu Abramo, no ano de 2010, uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência na hora do parto - agressões que vão desde toques invasivos e dolorosos até gritos, xingamentos e frases com deboche ditas por profissionais de saúde.

Em que pese a existência de regulamentação técnica do Poder Executivo a respeito do funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, tendo como principal exemplo, a Política Nacional de Humanização³, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, a mercantilização da saúde, a falta de preparo dos profissionais e a falta de informação às mulheres fazem com que a prática da violência obstétrica continue sendo frequente e silenciosa, se tornando cada vez mais uma questão social complexa.

O Brasil, apesar de possuir legislação genérica que trata sobre o tema, não possui uma lei específica. Entretanto, está em trâmite no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 7.633/2014, de autoria do deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ), que dispõe sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério, visando à erradicação da violência obstétrica.

¹ VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia**. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

² VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2010, p. 172.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

2 BREVE ANÁLISE DO PROJETO DE LEI Nº 7.633/2014.

No Projeto de Lei nº 7.633/2014, o deputado Jean Wyllys estabelece os direitos da mulher durante a gestação e o parto – inclusive nos casos de aborto – e as obrigações dos profissionais da saúde. Além de tratar dos direitos do feto e do recém-nascido.

A proposta agrega assistência humanizada a procedimentos que exigem a mínima interferência da equipe médica, primando pela utilização de métodos não invasivos além do emprego de medicamentos e cirurgias somente quando estritamente necessário.

O Deputado Jean Wyllys justifica seu projeto de lei primeiramente mencionando os resultados da pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo – SESC, sobre “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”⁴, e define a violência obstétrica como sendo:

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.

A referida pesquisa mostrou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto.⁵ Os dados referem-se tanto a hospitais públicos quanto a privados e foram colhidos de 25 unidades em 176 municípios espalhados pelo Brasil. Ao menos 23% das entrevistadas ouviram frases humilhantes. Cerca de 25% das mulheres também reclamaram de terem sofrido algum tipo de violência durante o atendimento. As queixas mais comuns são: fez exame de toque de forma dolorosa (10%); negativas ou não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor (10%); ouviram gritos (9%); não receberam informações sobre algum procedimento (9%); tiveram atendimento negado (8%); e ouviram xingamentos ou foram humilhadas (7%).⁶

Diante da vulnerabilidade técnica gerada pela falta de informação baseada em evidências médicas, muitas vezes a parturiente acaba se submetendo a uma relação de poder frente ao diálogo com o seu médico e acaba se inibindo de qualquer questionamento quanto à decisão do profissional, principalmente quando existe alguma diferença econômica e cultural.

É nesse contexto de “naturalização” dos procedimentos considerados violentos e desnecessários, que se reforça o conceito de “violência simbólica”, desenvolvido por Pierre

⁴ VENTURI; GODINHO, op. cit., p. 172.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

Bourdieu⁷, isto é, aquela que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de a exercer ou a sofrer.

Pierre Bourdieu em sua obra “O Poder Simbólico” (1989) explica as produções simbólicas relacionando-as com os interesses das classes dominantes, tendo em vista que tais produções asseguram uma integração e comunicação entre os membros dessas classes e ao mesmo tempo os distingue de outras classes. A abordagem do autor se conduz por uma concepção relacional e sistemática, na qual se discute o conceito de “*habitus*”, “campo” e “representações oficiais”.

O *habitus* diz respeito às disposições incorporadas pelos sujeitos sociais ao longo de seu processo de socialização e “constitui-se em um conhecimento adquirido e uma prática incorporada no agente em ação”.⁸

Sendo assim, considera-se *habitus* médico o conjunto de predisposições, isto é, tendências e inclinações, adquiridas pelos prestadores de serviço do campo médico através de sua formação acadêmica e que se recriam cotidianamente através de suas práticas profissionais. Tais práticas muitas vezes acabam se substancializando no autoritarismo dos profissionais da saúde e resultando na violação direta dos direitos humanos e fundamentais das mulheres no momento do parto.

O autor afirma que construir um objeto científico é, acima de tudo, romper com o senso comum, ou seja, com as representações partilhadas por todos, lugares comuns, representações oficiais que estão presentes nas instituições, nas organizações e na mente das pessoas. Trazendo a discussão para o âmbito do presente trabalho, entende-se que o *habitus* médico muitas vezes se materializa através de condutas repressivas que são aceitas como lógicas, naturais e “profissionais” e para analisar os motivos que resultam na prática da violência obstétrica é necessário afastar a ideia de razoabilidade e senso comum.

Retomando a análise do projeto, o deputado Jean Wyllys afirma que os dados e informações constantes do dossiê elaborado em 2012 pela “Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres”⁹, alertam que o Brasil lidera o *ranking* mundial de cesáreas e propõe a redução dessas taxas para que o país se adeque às recomendações da

⁷ BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989, p.120.

⁸ Ibid., p. 61.

⁹ PARTO do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica - “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 16 out. 2016.

Organização Mundial da Saúde, que orienta que até 15% de todos os partos podem ser realizados por procedimento operatório (cesárea)¹⁰.

Inicialmente esses números se justificam pela lógica de mercantilização da saúde, pois há de fato uma questão de conveniência para os hospitais e planos de saúde. Enquanto uma cesariana pode ser realizada em questão de minutos, com procedimentos relativamente simples, um único trabalho de parto fisiológico pode ocupar uma sala de parto por todo um período de plantão, por exemplo, além de exigir dedicação praticamente exclusiva do médico. Dessa forma, muitos profissionais da saúde acabam interferindo na vontade da parturiente e se tornando os grandes protagonistas do parto, deixando todo o processo ainda mais desumanizado.

Ressalta-se que além do medo da dor, da violência obstétrica e da possibilidade de o genitor não poder estar presente no momento do parto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece que o alto índice de cesáreas é motivado por fatores econômicos e culturais, como mitos de que o bebê vai sofrer ou a parturiente vai perder muito sangue¹¹. Estas ideias contradizem os dados do Ministério da Saúde, que mostram que as mulheres submetidas à cesariana têm 3,5 vezes mais probabilidade de morrer e cinco vezes mais chances de ter infecção no aparelho genital depois do parto¹². Além disso, a prática de agendamento do parto aumenta o risco de nascerem bebês prematuros.

A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Do ponto de vista médico, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for realmente necessária.

Sendo assim, o Brasil se torna cada vez mais distante de alcançar os 4º e 5º Objetivos do Milênio¹³: reduzir a mortalidade na infância e melhorar a saúde materna. Atualmente, se estima que tenhamos em torno de 50 a 60 mortes maternas por 100 mil nascituros, enquanto o ideal é apenas de 10 a 20 mortes maternas por 100 mil nascituros. Assim, diante desse preocupante índice, algumas ações práticas vêm sendo realizadas.

¹⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre as taxas de cesáreas**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf> Acesso em: 15 fev 2017.

¹¹ BRASIL. Agência Nacional da Saúde. **Estímulo ao Parto Normal: Organização da Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf> Acesso em: 16 out. 2016. .

¹² Id. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 16 out. 2016.

¹³ Id. Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2014, p. 78.

Como forma de coibir a prática de intervenções cirúrgicas desnecessárias, o texto do PL nº 7.633/14, assegura em seus artigos 25 e 26 o seguinte:

Art. 25 – Os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal em valores e períodos definidos pelo Ministério da Saúde, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices. Art.

Art. 26 – Serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo esta última qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde suplementar.

Dentro desse contexto, outro ponto a ser discutido é que muitas vezes as mulheres são objetificadas como "materiais didáticos" em nome do treinamento dos estudantes de medicina. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento em prol do treinamento dos internos.

Segundo Aguiar e D'Oliveira¹⁴ (2011, p.10) no contexto da assistência em maternidades, a paciente é duplamente objetificada: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim – o bebê. Essa 'objetificação' traz em si aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da medicina enquanto "corpo reprodutor".

Michel Foucault discorre acerca do problema da medicina moderna em se apoiar na racionalidade anátomo-clínica para conhecer uma determinada verdade sobre um fato patológico, abstraindo dessa forma a figura da pessoa doente. O filósofo aponta que a prática clínica vai muito além de questões anatômicas e patológicas e afirma: "A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo"¹⁵.

Partindo desse pressuposto, segundo a conceituação de Bourdieu¹⁶, um campo pode ser compreendido como um espaço estruturado de posições onde agentes estão em concorrência pelos seus lucros específicos seguindo regras igualmente específicas.

¹⁴ AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, 2011, p. 10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 16 out. 2016.

¹⁵ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro. Ed: Forense Universitária, 2011, p. 37.

¹⁶ BOURDIEU, op. cit., p. 135.

O campo médico abarca o conjunto de instituições e atores da saúde que se encontram em diferentes posições e que mantem entre si uma relação de força disposta a conservar, adquirir ou transformar, mediante leis e regulamentos, a questão sanitária da sociedade.

Pode-se afirmar que este campo médico apresenta um paradoxo crucial: por um lado as instituições públicas de saúde são consideradas espaços dedicados ao exercício dos direitos sociais de cada indivíduo, por outro, o funcionamento desses hospitais e serviços está pautado em uma lógica-administrativa altamente racional e muitas vezes pouco humanizada. Trazendo a discussão para o âmbito da violência obstétrica praticada em hospitais e clínicas, frisa-se que, desde o ingresso da mulher em trabalho de parto ou da mulher que busca acesso aos métodos contraceptivos, se realizam uma série de práticas que tendem a garantir a funcionalidade institucional, resultando muitas vezes na impossibilidade dessas mulheres de reclamarem seus próprios direitos reprodutivos.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, no projeto “Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher”¹⁷ afirma que:

Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial. Esses avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, torna-a a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre direitos reprodutivos.

Diante desse cenário, uma nova filosofia de assistência ao parto vem sendo adotada, em que se privilegia a autonomia e o protagonismo da mulher neste momento tão significativo. Em 2011, foi criada pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha¹⁸, com o objetivo de incentivar o parto normal humanizado e intensificar a assistência integral à saúde de mulheres e crianças usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, até o segundo ano de vida do filho. Segundo dados do próprio Ministério da Saúde, até 2014 o programa

¹⁷ BRASIL, 2001, p. 16.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf> Acesso em: 17 fev. 2017.

esteve presente em mais de cinco mil municípios brasileiros e atendeu cerca de 2,6 milhões de gestantes¹⁹.

Na assistência humanizada, são evitados os procedimentos desnecessários, como por exemplo a cesárea eletiva, e somente são realizadas as intervenções cuja efetividade e segurança tenham sido demonstradas por estudos científicos bem conduzidos. Isso por que a humanização entende a gestação e o parto como eventos fisiológicos perfeitos (onde apenas 15 a 20% das gestantes apresentam adoecimento neste período necessitando cuidados especiais)²⁰, cabendo a obstetrícia apenas acompanhar o processo e não interferir buscando ‘aperfeiçoá-lo’ ou causando traumas muitas vezes irreversíveis.

Nesse sentido, o Projeto de Lei nº 7.633/2014 inova ao estabelecer os princípios que devem orientar a assistência humanizada:

Art. 3º - São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento:

I - mínima interferência por parte da equipe de saúde;

II - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;

III - fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;

IV – harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto²¹.

Por outro lado, buscando formas de garantir os direitos de mulheres vítimas da violência obstétrica, o Projeto dispõe em seu art. 17 algumas medidas que penalizam aqueles que cometem o ato violento:

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos²².

¹⁹ PORTAL BRASIL. **Rede Cegonha beneficia mais de 2 milhões de gestantes**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/rede-cegonha-beneficia-mais-de-2-milhoes-de-gestantes>> Acesso em: 17 fev. 2017.

²⁰ MAGIONI, Hemmerson. **Uma visão crítica do parto humanizado**. Disponível em: <<http://institutonascercer.com.br/uma-visao-critica-parto-humanizado/>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

²¹ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014. Situação atual: Aguardando parecer do relator da Comissão de Educação**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em: 16 set. 2016.

²² Ibid.

Propõe ainda que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento ao parto e ao recém-nascido deverão expor cartazes que informam as condutas humanizadas, além de informar qual o procedimento deve ser adotado em casos de ocorrência de violência obstétrica.

Até o momento, apenas a Comissão de Educação se manifestou sobre as questões educacionais do referido projeto através da deputada Keiko Ota, tendo em vista que sem uma mudança de entendimento e dos procedimentos utilizados na formação médica de maneira geral, tanto os professores quanto os alunos continuarão fazendo uso de técnicas desatualizadas e invasivas, maltratando as mulheres e os bebês muitas vezes em razão de uma aprendizagem distorcida ou deficiente.

O artigo 19 projeto foi discutido pela deputada que ressaltou que as questões referentes a currículo escolar, seja do ensino básico ou superior, técnico ou tecnológico, são de competência exclusiva do Ministério da Educação, ouvido o Conselho Nacional de Educação (CNE), conforme preconiza a Lei nº 9.131, de 1995.

Sendo assim, com o intuito de evitar problemas futuros na aprovação do Projeto de Lei 7.633 de 2014, a Comissão de Educação reitera que “qualquer proposta do Poder Legislativo sobre o assunto currículo escolar, em qualquer nível ou modalidade de ensino, deve ser sugerida pela proposição do tipo indicação”²³. Nesse sentido, propõe uma Emenda ao artigo 19 que passa a ter a seguinte redação:

Art. 19: As instituições de educação de nível médio e superior que ministram cursos de formação de profissionais da área da saúde, os médicos (as), enfermeiros (as), obstetrias, preceptores, estudantes e demais profissionais da área da saúde bem como as equipes administrativas hospitalares serão formalmente informadas dos princípios, preceitos e procedimentos relativos ao atendimento humanizado à saúde da mulher e do conceito, constantes desta Lei, e serão incentivados a praticá-los por meio da formação continuada, de monitoramentos periódicos visando o aprimoramento das práticas cotidianas na área e outros que conduzam ao mesmo fim²⁴.

Para ser aprovado o Projeto de lei precisa ainda ser apreciado pelas Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher; da Seguridade Social e Família e da Constituição e Justiça e de Cidadania. Entretanto, ainda que aprovada a lei, esta não atingirá o seu objetivo principal se não houver a conscientização da sociedade e dos próprios agentes da saúde.

No âmbito prático, tanto a população em geral quanto os profissionais de saúde, desconhecem o disposto nas Portarias do Ministério da Saúde nº 1.067, de 2005, e nº 1.820,

²³ BRASIL, 2014, p. 7.

²⁴ Ibid.

de 2009, em que constam os princípios, diretrizes e referências para o atendimento à saúde da mulher em seu ciclo reprodutivo e do recém-nascido, bem como os direitos e deveres dos usuários da saúde.

O deputado Jean Wyllys cita ainda diversos documentos nacionais e internacionais bem como leis e normas do SUS e do Ministério da Saúde que reforçam as teses defendidas em seu projeto.

Ressalta que dentre alternativas para a solução deste problema social, o Brasil ratificou em 1995 a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção Belém do Pará). Tal Convenção destaca que a Violência contra a mulher representa grave violação aos direitos humanos e restringe, parcial ou completamente, o exercício dos demais direitos, cabendo aos Estados-membros, como é o caso do Brasil, a adoção de políticas que protejam os direitos fundamentais da mulher, principalmente nos momentos de maior vulnerabilidade. O artigo 6º da Convenção dispõe o seguinte: “O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros: a. o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação”²⁵.

Ademais, o país é signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, conhecida também como Convenção CEDAW (1979). Desta forma, a incorporação dos tratados internacionais, auxiliam no combate à discriminação e violência, bem como fortalecem os direitos sexuais e reprodutivos, entretanto, muitas dessas obrigações não são cumpridas pelo governo brasileiro. Um exemplo desse descumprimento, diz respeito à garantia ao atendimento integral e eficiente na área da saúde, em especial na hora do parto.

Além dos inúmeros tratados internacionais destinados à proteção dos direitos humanos em especial dos direitos da mulher e da legislação infraconstitucional que regula e protege a mulher vítima de violência, a Portaria nº 569/2000²⁶ do Ministério da Saúde, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do SUS, que diz: “toda gestante tem direito a acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação,

²⁵ CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ”. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral). Belém, 1994. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 16 out. 2016.

parto e puerpério” e “toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura”.

Assim sendo, o deputado conclui:

Pela relevância e ainda, como forma de coibir toda e qualquer violência contra a mulher, conto com os nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei, que busca tratar da humanização da assistência à mulher e ao conceito, bem como de seus direitos no ciclo-gravídico-puerperal, quer seja pela realidade mostrada pelos relatos de óbitos de parturientes e seus bebês, quer seja pela dificuldade de colocar-se efetivamente em prática uma política nacional atenta às recomendações e tratados internacionais dos quais o Brasil faz parte²⁷.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse panorama, diante do exposto percebe-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública complexo e multifatorial, de crescente importância e de grande influência sobre a saúde de mães e nascidos, contudo ainda difícil de ser compreendido pelas mulheres, por se tratar de uma prática silenciosa e institucional.

A luta das mulheres pelo direito a um parto humanizado e seguro ensejou uma série de discussões acerca da violência obstétrica dando uma maior visibilidade ao problema e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias. O projeto de Lei nº 7.633/2014 visa basicamente garantir os direitos da mulher durante a gestação e o parto – inclusive nos casos de aborto – e as obrigações dos profissionais da saúde, contudo mesmo com a aprovação do projeto, muito ainda precisa ser feito para que essa prática seja totalmente afastada da realidade brasileira.

Primeiramente é necessário que haja uma conscientização da própria sociedade, em especial das mulheres, para que estas deixem de encarar como “naturais” procedimentos desnecessários e invasivos, apenas por estarem diante de uma relação de poder com o seu médico. A maior estratégia e ferramenta para transmitir informações atualmente é a internet. As redes sociais permitem que o usuário não seja apenas um receptor passivo da informação e sim interaja ativamente com ela, inclusive produzindo-a. O acesso das mulheres ao mundo digital tem sido a “mola propulsora” para o emponderamento feminino. Tal emponderamento é a questão central para o combate e prevenção da violência obstétrica.

Ademais, o próprio projeto de lei ora discutido além de incentivar o maior acesso à informação por parte das mulheres, foca em promover uma conscientização dos próprios

²⁷ BRASIL, 2014, p. 2.

profissionais da saúde ligados à saúde materna e do recém-nascido e principalmente dos profissionais ainda em formação.

Desta forma, a prevenção e a superação desta modalidade de violência contra a mulher exige o comprometimento e atuação de todos os envolvidos com a assistência, por pleitear o esforço fundamental para a incorporação de abordagens inovadoras, como é caso da humanização do parto, garantindo a segurança e os direitos dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>> Acesso em: 16 out. 2016.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Agência Nacional da Saúde. **Estímulo ao Parto Normal: Organização da Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf> Acesso em: 16 out. 2016.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014. Situação atual: Aguardando parecer do relator da Comissão de Educação**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2014

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 16 out. 2016.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ”. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral). Belém, 1994. Disponível em: <www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 18 fev. 2017

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro. Ed: Forense Universitária, 2011.

MAGIONI, Hemmerson. **Uma visão crítica do parto humanizado**. Disponível em: <<http://institutonascerc.com.br/uma-visao-critica-parto-humanizado/>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre as taxas de cesáreas**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 15 fev 2017

PARTO do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica - “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2012. Disponível em: <www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Acesso em: 16 out. 2016.

PORTAL BRASIL. **Rede Cegonha beneficia mais de 2 milhões de gestantes**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/rede-cegonha-beneficia-mais-de-2-milhoes-de-gestantes>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia**. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2010.