

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2019

ASSUNTO: Despacho DAPES/SAS/MS sobre posicionamento ministerial quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.

SEI: 08038.003176/2019-16

Considerando que na data de 03 de maio do ano corrente o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas proferiu DESPACHO afirmando que o posicionamento oficial do Ministério da Saúde, em relação à expressão violência obstétrica, é que o termo tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério” e por consequência informou que vem empreendendo estratégias para a abolição do seu uso;

Considerando que o posicionamento do Ministério da Saúde representa um retrocesso nas ações empreendidas para reduzir os altos índices de mortalidade materna e neonatal do país decorrentes de atendimento obstétrico inadequado, marcado por intervenções médicas desnecessárias e injustificadas em detrimento da autonomia da mulher durante o parto. Os Núcleos Especializados da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, o Núcleo Especializado na Defesa das Mulheres- NUDEM da Defensoria Pública do Estado da Bahia e Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União abaixo assinadas, vêm apresentar parecer, pelos motivos que seguem.

I - Defensoria Pública e suas Funções Institucionais

A Defensoria Pública, nos termos do artigo 134, da Constituição da República, é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a orientação jurídica, a defesa, em todos os graus e instâncias, dos necessitados e a promoção de Direitos Humanos¹.

De acordo com a Lei Complementar n.º 80/1994, é função institucional da Defensoria Pública, entre outras, exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos das crianças e adolescentes, de pessoas idosas, das pessoas com deficiência, das mulheres em situação de violência doméstica e de outros grupos sociais vulneráveis.

O Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e o Núcleo Especializado na Defesa das Mulheres- NUDEM da Defensoria Pública do Estado da Bahia têm como atribuição a garantia dos direitos das mulheres, numa perspectiva de gênero, e interseccional, ou seja, reconhecendo que aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos são relevantes na construção social do que é ser mulher e que fatores como raça, classe, orientação sexual, procedência geográfica, dentre outros submetem às mulheres à diferentes formas de opressões.

A Defensoria Pública da União, por sua vez, possui diversos Grupos de Trabalho dedicados à defesa de grupos especialmente vulneráveis, tendo como enfoque a atuação em demandas coletivas. Sendo assim, o Grupo de Trabalho Mulheres tem entre seus objetivos o combate à violência de gênero e a promoção de direitos das mulheres, seja através de ações de educação em direitos, seja

¹ Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do [inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal](#).



através de ajuizamento de demandas coletivas ou através de expedição de pareceres, notas e recomendações à Administração Pública.

II- Do conceito de violência obstétrica

Inicialmente, é importante esclarecer que o termo violência obstétrica está diretamente ligado ao avanço alcançado pelas mulheres que, conseguiram nominar mais uma prática de violência de gênero, dessa vez, sofrida pela parturiente no momento do pré-parto, parto e pós-parto.

A violência obstétrica tem sido caracterizada pela “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização de processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”².

O termo é de ampla utilização e tem se associado a um conjunto de práticas médicas consideradas desnecessárias, interventivas e de reduzida ou pouca efetividade comprovada com base em critérios de evidência científica.

III- Da interpretação do Ministério da Saúde da expressão violência obstétrica

Para definir violência o Ministério da Saúde fez uso do conceito de violência usado pela Organização Mundial de Saúde em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde³. Neste documento a OMS conceitua violência como “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio,

² SOUSA, Valeria. Nota Técnica Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. Editora Artemis, 2015.

³ Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>



outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Ocorre que o Ministério da Saúde, em sua interpretação equivocada, considerou que como os/as profissionais de saúde não possuem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano, com a realização do ato, a conduta de tais profissionais não pode ser considerada violenta.

Neste mesmo documento a OMS conceitua a intencionalidade da violência justamente para ressaltar que a intencionalidade está associada não ao resultado produzido, mas a prática do ato. Quer dizer, o ato foi praticado pelo agente de forma intencional. Didaticamente, o conceito de **violência não intencional** sugerido pela OMS, no documento usado como referência pelo Ministério da Saúde, são, por exemplo, **lesões de trânsito**. Portanto, a OMS, ao definir violência, não investiga a intenção do agente perpetrador da violência- de causar ou não lesão. A Organização apenas se preocupa em verificar se houve uso intencional da prática, até porque a prática, por razões culturais, pode ser percebida pelo agente da violência como normalizada ou naturalizada, a exemplo do que ocorre com modelo de assistência obstétrica intervencionista adotado no Brasil⁴.

Destaque-se, ainda, que a OMS, neste mesmo documento, usado pelo Ministério da Saúde, reconhece a possibilidade de ocorrência de violência em instituições médicas, conforme se verifica na página 25: *“Ao mesmo tempo em que a tecnologia dos satélites tem tornado certos tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis ao público, há muito mais violência ocorrendo de forma invisível nos lares, locais de trabalho e, até mesmo, em*

⁴ ⁴ Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>: A intencionalidade reside na distinção entre a intenção de lesar e a intenção de "usar a violência". A violência, de acordo com Walters & Parke (3), é determinada culturalmente. Algumas pessoas tencionam ferir os outros, mas, com base em seus antecedentes culturais e suas crenças, não percebem seus atos como violentos.

instituições médicas e sociais criadas para cuidar das pessoas. Muitas das vítimas são demasiadamente jovens, fracas ou doentes para se protegerem”⁵.

A interpretação da OMS, acerca do tema posto, deve ser buscada com base na análise conjunta de vários documentos e não a partir de uma definição **descontextualizada** de um conceito ou expressão constante em um documento da Organização. Nesse sentido, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) *“Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação”⁶.*

A Organização também aponta que “abusos, maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto” são equiparados a violações dos direitos humanos das mulheres, conforme a normativa internacional. Não por outro motivo, a Organização publicou em, 15 de fevereiro de 2018, diretrizes sobre os padrões globais de atendimento às mulheres grávidas, com intuito de reduzir intervenções médicas consideradas desnecessárias. Nessa esteira, o documento possui 56 recomendações, baseadas em evidências, dentre as quais se pode destacar: ter uma companhia à sua escolha durante o trabalho de parto e o nascimento da criança; receber atendimento respeitoso e acesso a boa comunicação com os profissionais de saúde; manter privacidade e confidencialidade; e ter autonomia decisória sobre a gestão da dor. A OMS ressaltou, ainda, a necessidade de tornar o processo de gestação mais democrático garantindo à mulher a participação nos processos de decisão relacionadas ao seu atendimento.

⁵ Idem.

⁶ OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (2014). p. 1-2. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-govnts-support/en>

IV- Do tratamento do tema no plano internacional

A violência obstétrica atinge os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como o direito a ser livre de violência⁷.

A proteção aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres goza de proteção em âmbito internacional e nacional. Dessa forma, tais direitos foram consagrados/ reconhecidos na Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, a partir de um enfoque no desenvolvimento do ser humano, ultrapassando os objetivos demográficos⁸.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher – CEDAW, ratificada pelo Brasil em 1994, estabelece que os Estados-Partes devem adotar medidas para **eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos**⁹. O parágrafo 2º do mesmo artigo, por sua vez, afirma que os Estados-Partes “garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário (...)”. A Recomendação Geral nº 24 do CEDAW, que trata sobre a interpretação do art. 12 da Convenção estabelece que “o cumprimento pelos Estados Partes do artigo 12.º da Convenção é essencial para a saúde e o bem-estar das mulheres. O artigo requer que os Estados eliminem a discriminação contra as mulheres no que respeita ao seu acesso aos serviços de cuidados de saúde, durante todo o ciclo da vida, em particular nas áreas do planejamento familiar, da gravidez,

⁷ LEITE, Júlia Campos. A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. p. 4.

⁸ BRASIL. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, 2005. p. 6.

⁹ Os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf

do parto e no período pós-natal.” Ademais, a mesma Recomendação determina que os Estados – parte exijam que todos os serviços de saúde sejam consistentes com os direitos humanos das mulheres, incluindo os **direitos à autonomia**, privacidade, confidencialidade, **consentimento** e escolhas informadas.

Já a Convenção de Belém do Pará, da qual o Brasil também é signatário, estabelece em seu artigo 3º que é direito das mulheres serem livres de violência e, conceitua violência como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, **sexual** ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”¹⁰. O art. 2º da Convenção acima reconhece a possibilidade de ocorrência de violência sexual nos serviços de saúde¹¹.

Deve-se destacar, ainda, que Estado Brasileiro foi condenado perante o CEDAW no Caso Alyne Pimentel e responsabilizado por violações ao acesso à justiça, ausência de regulamentação de provedores de saúde privados, por não cumprir a obrigação de proteger direitos humanos da mulher à vida, à saúde, de uma vida livre de discriminação e de fornecimento à assistência de saúde materna de qualidade para todas as mulheres¹².

V- Da normativa nacional e do contexto do Brasil

¹⁰ Convenção de Belém do Pará disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm

¹¹Art, 2º Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica: ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

¹² Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/temas-de-atuacao/saude/saude-materna/decisoes/decisao-cedaw-caso-alyne-teixeira-29jul11-portugues>

A Lei nº 13.257 (Marco Legal da Primeira Infância), aprovada no dia 8 de março de 2016, modificou o artigo 8º da Lei 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) que passou a trazer a seguinte redação em seu parágrafo § 8º: *“A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a **parto natural cuidadoso**, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos”.*

A Lei Federal 11.340/2006, a despeito de tratar de violência doméstica, define o que se entende por violência sexual contra mulher como “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; **ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos”.**

O art. 15 do Código Civil estabelece que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Nos termos do Código de Ética Médica¹³ nenhum/a paciente é obrigado a submeter-se a tratamento médico que não deseje, sendo o consentimento essencial. Destaque-se que isso não significa, que havendo situação emergencial, o /a médico/a não possa optar pelo tratamento adequado ao caso, justificando no prontuário médico, posteriormente a sua decisão.

¹³ Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Muito embora, não haja, em âmbito nacional, qualquer diploma legislativo que faça menção à expressão violência obstétrica encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados/as o Projeto de Lei 7.633/2014, apensado ao Projeto de Lei 878/2019, que estabelece um conjunto de princípios orientadores de um modelo de assistência ao parto humanizado, dentre os quais se pode citar: mínima interferência por parte da equipe de saúde, preferência pelo uso de métodos menos invasivos, fornecimento de informações à mulher. Os Projetos de Lei reconhecem, ainda, direitos para a mulher em relação a gestação, trabalho de parto e parto e abortamento e puerpérios, dentre os quais se destaca tratamento respeitoso, preservação da intimidade, privacidade, a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto; a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas; e direito ao plano individual do parto.

Há que se ressaltar que muitos destes princípios e direitos das mulheres são reconhecidos por tratados e convenções internacionais, conforme já demonstrado, pela Organização Mundial de Saúde e por iniciativas do Ministério da Saúde como Portaria Ministerial nº 569, de 01/06/2000, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08/03/2004, a Portaria da Presidência da República nº 1.459, de 24/06/2011, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, a Lei Federal 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante.

Como se não bastasse, o Projeto de Lei conceitua violência obstétrica como sendo “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos/as profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da

medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres de descreve condutas ou praticas frequentemente adotadas que podem caracterizar a violência obstétrica”.

Já em âmbito local, destaca-se a Lei 3.363/2013, criada pelo município de Diadema (SP), que, em seu art. 2º, estabelece que violência obstétrica é *“todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério”*. A mesma definição é utilizada pela Lei 17.097/2017, do Estado de Santa Catarina.

O Estado de Minas Gerais também conta com a Lei 23.175/2018, que define condutas consideradas como violência obstétrica: *Art. 2º –Para os fins desta lei, considera-se violência na assistência obstétrica a prática de ações, no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia, tais como, utilizar termos depreciativos para se referir aos processos naturais do ciclo gravídico-puerperal; impedir a presença de acompanhante durante o pré-parto, o parto, o puerpério e as situações de abortamento; deixar de aplicar, quando requerido pela parturiente e as condições clínicas permitirem, anestesia e medicamentos ou métodos não farmacológicos disponíveis na unidade para o alívio da dor, dentre outras condutas.*

O Estado de Pernambuco também já legislou sobre o tema definindo violência obstétrica como *“todo ato praticado por profissionais de saúde, que implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra mulheres gestantes, parturientes e puérperas.”*. A Lei



Estadual nº 16.499/2018 elenca inúmeras práticas consideradas violentas, entre elas, “realizar qualquer procedimento sem pedir prévia permissão à gestante, à parturiente ou à puérpera, explicando, de forma clara, a real necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;”, “desconsiderar as orientações contidas no plano de parto da paciente;”, “não informar a mulher e ao casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivas, reversíveis ou não;”. A lei pernambucana ainda prevê a obrigatoriedade de hospitais, maternidades, unidades básicas de saúde de demais estabelecimentos especializados no atendimento à saúde da mulher ostentarem cartaz educativo informando o conceito de violência obstétrica.

Ante o arcabouço normativo mencionado, verifica-se a amplitude do conceito de violência obstétrica. Júlia Campos Leite (2017, p. 3), resume a violência obstétrica enquanto o ato cometido por profissionais da saúde, servidores ou servidoras públicas, profissionais técnico-administrativos e civis contra a mulher em seu exercício da saúde sexual e reprodutiva. Portanto, tem-se que os atos de violência obstétrica estão relacionados à violação de direitos humanos das mulheres gestantes, parturientes e em estado puerperal. Veloso e Mesquita (2016, p. 22), listam as situações violadoras mais comuns:

a recusa de admissão em hospital ou maternidade, gerando a chamada peregrinação por leito; impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; cesáreas eletivas; restrição da posição do parto; violência psicológica por meio de humilhações, situações vexatórias, grosseria e comentários ofensivos; além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários e humilhantes, tais como: uso rotineiro de lavagem intestinal (enema), retirada dos pelos pubianos (tricotomia), posição ginecológica com portas abertas, exames



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos
Direitos da Mulher



de toque sucessivos e por pessoas diferentes para verificar a dilatação, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas, etc.

Tem-se, assim, que a violência obstétrica pode ser considerada enquanto violação de direito por si só. Ou seja, trata-se de uma das formas de violência contra a mulher, na medida que atinge o gozo de seus direitos humanos - sexuais e reprodutivos, e o direito à uma vida livre de violência.

Destaque-se, ainda, que no ano de 1996, a Deputada Fátima Pelares, requereu a criação de **Comissão Parlamentar de Inquérito**, com intuito de investigar a incidência de morte materna no Brasil. À época constatou-se, que a cada ano, um grande contingente de mulheres, ainda jovens, morriam de causas relacionadas à gravidez e que dados estatísticos revelavam que o Brasil registrava 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, com causas relacionados à falta de atendimento no período pré-natal, no parto e no puerpério imediato.

O Relatório da CPI das Mortes Maternas recomendou à Presidência da República: promover o combate intenso e sistemático à violência e promover a ampla divulgação dos atos internacionais que o Brasil assina, tanto os de caráter vinculante quanto as declarações.

De lá para cá, observou-se que o Ministério da Saúde passou a adotar práticas para fortalecer a humanização do atendimento a gestantes, acentuando a necessidade de oferecimento de pré-natal o mais cedo possível, adotando a estratégia Rede Cegonha, com foco na redução de taxas de partos cesarianos, uma vez que procedimentos cirúrgicos somente devem ser realizados nos casos em que for necessária e que para alcançar este objetivo reconheceu como prioritário o protagonismo da mulher no parto.

Não por acaso, entre os 1990 e 2015, houve redução de mortalidade materna no Brasil, que passou de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, representando uma diminuição na razão de 56%¹⁴.

Ao Ministério da Saúde, a CPI determinou, de forma expressa, a necessidade de viabilização da consolidação das estratégias em andamento para que não sejam interrompidas em face de novas orientações políticas, de forma a assegurar a permanência das políticas instituídas para que não exista retrocesso nas conquistas já alcançadas.

Portanto, a interpretação equivocada do Ministério da Saúde, exarada no despacho datado de 03 de maio de 2019, sugerindo que não existe violência obstétrica, viola o princípio da vedação do retrocesso em direitos humanos e põe em xeque todas as conquistas obtidas, até o presente momento, representando uma afronta aos direitos sexuais e reprodutivo das mulheres.

No Brasil, uma a cada quatro mulheres sofre violência obstétrica segundo Dados da pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* – 2010 – Fundação Perseu Abramo e SESC. Com dados de 2016, a OMS destacou que, em média, a taxa de cesáreas hoje na Europa é de 25%, contra 15% há 20 anos. Já nos EUA, a taxa é de 32,8%. No Brasil, os dados de 2016 mostram que 55,6% dos partos no País foram cesáreas, a segunda maior taxa do mundo, superada apenas pela da República Dominicana, com 56%¹⁵. O excessivo número de cesáreas aponta para um processo de medicalização do parto ou dito de outro modo, do tratamento do parto como uma doença e para a necessidade de redução de intervenções desnecessárias.

¹⁴ <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>

¹⁵ <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-novas-recomendacoes-omstenta-frear-explosao-de-cesareas,70002190283>

A Pesquisa *Nascer no Brasil* aponta que no setor privado, 88% dos partos são realizados por meio de cesárea, sem justificativa clínica para um número tão elevado de cirurgias. A pesquisa aponta, ainda, que entre as gestantes que tiveram parto vaginal houve excessivas intervenções médicas como uso desmedido de ocitocina, manobra de Kristeller, episiotomia, privação de alimentos e restrição e movimentos. O estudo destaca que no início da gestação cerca de 70% das mulheres desejam o parto vaginal, mas que não são apoiadas nesta decisão¹⁶.

Tal quadro enseja a conclusão de que a maioria das mulheres brasileiras é submetida a um parto vaginal traumático ou a uma cesárea sem indicação clínica, importando maiores riscos de morbidade e mortalidade para a mulher e o bebê, e também violenta, uma vez que à mulher não é dada a oportunidade do consentimento informado pois tais riscos lhes são omitidos¹⁷.

A questão da violência obstétrica atinge contornos de maior perversidade se considerado o aspecto da raça. Estudos apontam que a mulher negra recebe quantidade menor de analgesia durante o parto e que isso está associado a percepções sociais de que existem diferenças biológicas entre pessoas negras e brancas, de forma que as mulheres negras seriam mais resistentes a dor¹⁸.

A expressão violência obstétrica surge, portanto, para nominar este conjunto de práticas tendentes a reduzir a autonomia e o protagonismo da mulher

¹⁶A Pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento* desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz, com intuito de verificar a magnitude e efeitos das intervenções obstétricas, disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>

¹⁷ MAIA, Mônica Bara. *Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9. Available from SciELO Books.

¹⁸A cor da dor: iniquidades raciais na atenção ao pré-natal e ao parto no Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>

durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério e que vão desde ofensas físicas e psicológicas praticadas por profissionais de saúde, até intervenções desnecessárias e não consentidas, fruto de um modelo de atenção obstétrica intervencionista.

Ademais, compreende-se que a identificação e nomeação de tais práticas como violência obstétrica favorece a atuação do poder público para a sua diminuição e converge para o cumprimento do ODS 5.6 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável estabelecida pela ONU que explicita a necessidade de assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos¹⁹.

A construção deste conceito, ao contrário do afirmado pelo Ministério da Saúde, não possui viés ideológico, mas é fruto da melhor evidência científica, tanto que foi incorporado a diversos diplomas legislativos estaduais e municipais no país. Por fim e não menos importante, a nomeação da violência obstétrica é significativa, na medida em que se identifica mais uma forma de violação dos direitos das mulheres com intuito de atribuir significação social a esta forma de violação e, por conseguinte, criar instrumentos para combatê-la.



NALIDA COELHO MONTE
Defensora Pública
Coordenadora Auxiliar do
Núcleo de Promoção e
Defesa
dos Direitos das Mulheres

CHARLENE DA SILVA BORGES
Coordenadora do GT Mulheres
Defensoria Pública da União

¹⁹ ODS 5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão



**DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**



Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos
Direitos da Mulher



**AMABEL CRYSTHINA MESQUITA MOTA
DEFENSORA PÚBLICA TITULAR DO NÚCLEO
ESPECIALIZADO NA DEFESA DAS MULHERES DA
DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA-NUDEM-
BA.**

PAULA SANT'ANNA MACHADO DE SOUSA
Defensora Pública Coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos
Direitos das Mulheres

Ao Ministério da Saúde

E-mail: chefia.gm@saude.gov.br

Endereço: Ministério da Saúde – Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Brasília/DF
– CEP. 70058900

ENTIDADES APOIADORAS DA NOTA:

- 1- Educafro;
- 2- Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde;
- 3- Geledés- Instituto da Mulher Negra;
- 4- Espaço Sankofa Saberes Compartilhados Alfenas
- 5- Grupo de Gênero e Saúde – GEM- da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia