

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



ALYNE PIMENTEL



DPE PR
DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO PARANÁ



NUDEM
NÚCLEO DE PROMOÇÃO E DEFESA
DOS DIREITOS DA MULHER

SUMÁRIO

Apresentação.....	3
Conceituação de Violência Obstétrica.....	4
Por que a violência obstétrica expressa uma questão de gênero?	8
Abordar a VO e seus efeitos sobre diferentes perfis de mulheres.....	10
O caso Alyne Pimentel e a responsabilização do Estado.....	11
Legislação estadual sobre Violência Obstétrica.....	12
Documentos necessários.....	14
Atendimento à assistida.....	16
Orientações da Psicologia.....	19
Referências	22
Realização	24





PREZADAS(OS) COLEGAS,

O presente protocolo de atuação tem como objetivo auxiliar defensoras(es) e servidoras(es) no atendimento a casos de violência obstétrica. Embora relatos de ações que possam ser caracterizadas como violência obstétrica sejam compartilhados entre mulheres há tempos impossíveis de serem mensurados, o tema é relativamente novo do ponto de vista de sua inserção no mundo jurídico e na sua problematização pela sociedade. De fato, a violência obstétrica ainda é naturalizada, inclusive pelas mulheres que a vivenciam.

O NUDEM vem, desde 2018, recebendo e atuando em demandas individuais de violência obstétrica, do início ao fim, além de estar em diálogo próximo com movimentos feministas e de mulheres que discutem essa temática, bem como tem buscado suporte técnico em outros NUDEMs do Brasil que atuam nessa área. No Paraná, foi criada a Rede Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica (REDEVO), a qual o NUDEM integra. Após o estudo e aprimoramento de nossa equipe para lidar com essas demandas, e certas de que a atuação dos Núcleos especializados da DPE-PR deve ser prioritariamente coletiva e estratégica, confeccionamos esse protocolo para guiar as(os) colegas que se depararem com a questão, colocando-nos à disposição para prestar auxílio técnico nos casos concretos.

Assim, este protocolo busca trazer a definição mais corrente de violência obstétrica, noções básicas sobre a legislação, sugestões de perguntas que visam a qualificar o atendimento junto à assistida, documentos necessários para a instrução de ação de indenização por danos morais e materiais, e situações recorrentes enfrentadas pela assistida e defensor(a) no curso do processo.

Para fins didáticos e de economia de espaço, a partir de agora, o termo “violência obstétrica” será tratado pelas iniciais “VO”.

Boa leitura e bom trabalho a todas e a todos!



CONCEITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é um conceito que abrange todo ato praticado pela equipe de saúde que ofenda a integridade física, psicológica e sexual da mulher gestante, em trabalho de parto ou já no período puerperal (considerado o período de até 42 dias após o parto). Portanto, é qualquer ação ou omissão praticada em um dos contextos mencionados acima que cause lesão, sofrimento físico, psíquico, emocional ou sexual, que lhe gere um dano moral ou material ou que leve à morte. Também pode envolver atos ou omissões praticados contra o bebê ou o acompanhante que gerem sofrimento ou constrangimento à gestante, parturiente ou puérpera.

A violência obstétrica pode ser praticada por qualquer profissional de saúde -médicos(as), psicólogos(as), assistentes sociais, enfermeiros(as), técnicos(as) de Enfermagem, fisioterapeutas, pessoal administrativo etc., quer atuem ou não no Setor de Ginecologia ou Obstetrícia.

Ela pode ser praticada tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada ou na rede filantrópica, contra mulheres atendidas pelo SUS, plano de saúde ou atendimento particular, seja em hospitais, unidades básicas de saúde, unidades de pronto-atendimento, consultórios privados e outras unidades de saúde nas quais a mulher esteja recebendo atendimento. Não apenas a(o) profissional pode ser responsabilizada(o), mas também a instituição de saúde.

Ainda é importante mencionar que a VO também pode ser praticada contra mulheres que busquem atendimento em caso de aborto espontâneo, aborto legal ou aborto realizado fora das hipóteses legais.

Sobre a nomenclatura, tais ações e omissões também podem receber outros nomes, 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 (Diniz *et al.*, 2015).

Em muitos casos, a morte materna é decorrência direta ou indireta de violência obstétrica, uma vez que 90% dos casos são evitáveis se os serviços de saúde são prestados de forma célere, humanizada e correta. Abaixo, você pode conferir exemplos de práticas violentas violadoras de direitos nessas situações.

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

A literatura aponta que a Violência Obstétrica pode acontecer de diversas formas e em diferentes instâncias. Em uma pesquisa de revisão de literatura sobre violência obstétrica e psicologia, Cabral & Perez (2020), encontraram as seguintes formas pelas quais a violência obstétrica pode ser classificada: físicas, psicológicas, sexuais, institucionais, materiais e midiáticas.

É importante conhecer essas violências para compreender como elas acontecem e ouvir com atenção o relato da assistida, já que algumas violências podem fugir ao senso comum. Por exemplo, nem toda violência obstétrica é realizada pelo médico ou pela equipe de saúde. A seguir, uma descrição mais detalhada das formas de VO:

“Como **violências obstétricas físicas**, Pinto (2017) considera as intervenções realizadas no corpo da mulher de forma desnecessária e/ou sem a autorização desta ou a privação de algumas de suas necessidades durante o trabalho de parto e parto, como por exemplo o corte perineal (episiotomia), rotura artificial de bolsa amniótica (amniotomia), toques vaginais desnecessários, uso de ocitocina sintética por via endovenosa, privação de água e alimento, limitação dos movimentos da mulher, imposição da posição horizontalizada para o parto (litotomia), manobra de Kristeller (pressão manual no fundo uterino), lavagem intestinal (enema), retirada de pelos (tricotomia), negar ou forçar o uso de analgésicos e/ou anestésicos, conduzir a mulher para cesáreas desnecessárias, uso de fórceps de forma desnecessária, privar a mulher do contato imediato com o recém-nascido (contato pele-a-pele, amamentação e corte precoce do cordão umbilical);

Como **violências obstétricas psicológicas**, os comportamentos verbais e atitudinais que, de alguma forma, geram na mulher “sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, tristeza, medo, perda de integridade e dignidade”, dando à mulher a sensação de humilhação, impotência e perda de liberdade, o que também pode acontecer através de omissão de informações, brincadeiras de mau-gosto, ameaças, chantagens, ofensas;

As **violências obstétricas sexuais** são aquelas marcadas pela invasão do corpo feminino em sua intimidade sem autorização e, dessa forma, viole seus direitos sexuais e reprodutivos. Aqui se incluem manobras citadas nas violências físicas, tais como, episiotomia, amniotomia, toques vaginais desnecessários, lavagem intestinal, sujeição à posição de litotomia, cesáreas desnecessárias e, inclusive, assédios;

As **violências institucionais** estão relacionadas às burocracias e rotinas utilizadas pelas instituições de saúde e que dificultam o acesso da mulher aos serviços e ao uso de seus direitos, tais como negar atendimento por qualquer motivo, impedir a presença de acompanhante, não oferecer à mãe e à criança a prestação de serviços necessários, etc.;

As **violências materiais** envolvem, por exemplo, a cobrança indevida de serviços, induzindo a mulher e sua família a adquirirem planos que não se mostram necessários;

As **violências midiáticas** estão relacionadas ao uso indevido e desautorizado da mulher e à divulgação de imagens que estimulem estratégias de atendimento que não correspondem à realidade, tais como divulgação de fórmulas lácteas para alimentação do bebê, vantagens das cesáreas, etc” (CABRAL; PEREZ, 2019, p. 275).

A violência obstétrica é extremamente comum: dados de uma pesquisa de 2010 da Fundação Perseu Abramo constata que uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica, sendo as mais comuns gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, negligência, entre outros. Embora o percentual de ocorrência dessa violência seja extremamente alto, poucos casos são denunciados administrativamente (em Ouvidorias das instituições de saúde, ao Ministério Público, Secretarias de saúde, etc), e ainda mais raro é o ajuizamento de ações de indenização pela ocorrência do dano. Muitas mulheres não detêm a informação do que configura a VO, outras não querem reviver o ocorrido, muitas naturalizam a ocorrência da violência e não identificam a situação como ensejadora de reparação.

Entendemos que a atuação mais eficaz contra a violência obstétrica deva ser na modalidade preventiva, buscando a conscientização das mulheres a respeito de sua prática, de forma a fortalecê-las a, juntamente com a rede de apoio, exigir o respeito aos direitos e garantias das mulheres; assim como a conscientização das equipes de saúde a respeito do que é inaceitável no atendimento às mulheres. O ajuizamento de ações de indenização, além do caráter reparatório para as vítimas, que é essencial, pois o sofrimento psíquico e as consequências para a vida pessoal dessas mulheres é muito grave, buscam um caráter pedagógico, para garantir mudança de políticas e práticas institucionais e protocolares nas instituições de saúde.





POR QUE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EXPRESSA UMA QUESTÃO DE GÊNERO?

Historicamente, às mulheres sempre foi negado o controle de seus próprios corpos, seja por questões religiosas, filosóficas, jurídicas, demográficas, culturais, econômicas ou políticas. Em decorrência disso, práticas e comportamentos foram sendo reproduzidos para retirar das mulheres a autonomia sobre aspectos de sua sexualidade e reprodução. Os índices alarmantes de estupro, assédio sexual no ambiente de trabalho e importunação sexual no espaço público, a criminalização do aborto e a objetificação do corpo feminino na mídia são algumas das manifestações de uma cultura que não respeita os limites corporais das mulheres e os trata como algo público.

A violência obstétrica é uma das facetas dessa violência. É como se o corpo da mulher fosse compreendido como um objeto, com função meramente reprodutiva, o qual a equipe médica deve manejar de forma a trazer a criança à vida. Causar violência obstétrica a uma mulher é, na realidade, retirar sua condição de sujeita de direitos, como alguém que pode e deve ser informada, respeitada e questionada sobre procedimentos, intervenções e formas de agir sobre o corpo que lhe pertence.

A violência obstétrica decorre do machismo, da misoginia e de toda a estrutura patriarcal sobre a qual a sociedade contemporânea foi erigida. Não se trata de mero desrespeito na realização de procedimentos médicos, como muitas das vezes se verifica nos relatos da população atendida pela Defensoria Pública; é algo maior do que isso, pois se trata, em verdade, do completo desrespeito pelos direitos reprodutivos da mulher.

Diante desse contexto, é importante que a Defensoria Pública, ao se deparar com uma demanda de indenização por danos morais (e, eventualmente, materiais) em virtude da ocorrência de violência obstétrica, compreenda a situação jurídica com esse filtro, ou seja, a partir do recorte de gênero.

Historicamente, o parto era visto, no Brasil, exclusivamente de forma medicalizada e em que a equipe de saúde (capitaneada pelo médico(a), que a direciona completamente) conduz todo o processo, de forma que à gestante caberia apenas a presença corpórea para que se pudesse efetuar o parto e dar luz ao bebê.

É dizer, as posições de parto eram determinadas de forma mais conveniente ao(à) médico(a); os medicamentos e hormônios aplicados eram feitos por indicação médica, sem questionar ou perguntar à gestante de que forma preferia; não havia comunicação dos procedimentos a serem feitos, não se estabelecendo diálogo comunicativo e horizontal entre a gestante e equipe médica; os procedimentos eram feitos de forma a trazer maior conveniência à equipe, independentemente da opinião da gestante e do grau de desconforto, dor e sequelas que poderiam causar (como a episiotomia, manobra de Kristeller, parto em posição horizontal, dentre outros). A gestante era colocada em uma situação de total sujeição à equipe de saúde, que, da forma como entendia melhor, mais rápida e convenientemente, conduzia todo o parto.

Hoje em dia, através notadamente de avanços decorrentes do movimento de mulheres e feminista, a sociedade compreende a necessidade de a mulher ser tomada como protagonista no momento do parto, devendo a equipe de saúde, indubitavelmente detentora do conhecimento técnico-científico, atuar em colaboração, de forma horizontal, respeitando, nos limites da segurança, as vontades e anseios da gestante, e tratá-la de forma respeitosa, questionando, comunicando e explicando todos os procedimentos que forem realizados.

À mulher cabe decidir como e quando serão feitas intervenções em seu corpo, e o momento do parto (abrangendo o pré-parto, o parto propriamente dito e o pós-parto) é seu. Assim, insurgir-se contra a violência obstétrica e torná-la visível para o sistema de justiça é lutar contra uma das formas mais socialmente aceitas de violência de gênero. As ações que tratam de violência obstétrica devem necessariamente retratar esse olhar, sob pena de invisibilizar a demanda em sua real faceta.



ABORDAR A VO E SEUS EFEITOS SOBRE DIFERENTES PERFIS DE MULHERES

A violência obstétrica ainda incide de forma mais grave sobre mulheres em situação de vulnerabilidade, como adolescentes, mulheres em situação de rua ou em contexto de prostituição, pobres e moradoras de territórios empobrecidos, encarceradas, sem a presença de um acompanhante, com baixa escolaridade ou analfabetas, com algum grau de deficiência, entre outros marcadores sociais da desigualdade.

É preciso lembrar que discriminações presentes no seio da sociedade também se reproduzem no ambiente das unidades de saúde e instituições hospitalares, uma vez que os profissionais de saúde não estão alheios à realidade na qual cresceram a partir do momento que atendem uma mulher no pré-parto, no parto e no puerpério.

Tome-se como exemplo o caso das mulheres negras - elas enfrentam não apenas a discriminação por serem mulheres, mas também o racismo institucional, que historicamente tratou pessoas negras como objetos privados de direitos. Não por acaso, as mulheres negras são as que enfrentam o percentual mais alto de mortalidade materna, de acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) de 2014, que demonstra que “o percentual de óbitos de mulheres negras representou 66,2% do total, ao passo que a mortalidade de mulheres brancas foi de 32,4%”.

Estudos demonstram que há uma visão corrente na sociedade de que mulheres negras são mais fortes e, portanto, não precisam de medidas de diminuição da dor. Essas mulheres também são menos tocadas e avaliadas e seus bebês não recebem a mesma atenção e cuidado que bebês brancos. Elas também são maioria entre as mulheres a quem é negado o direito ao acompanhante.

Assim, é preciso que o atendimento prestado a uma mulher negra que relate ter sido vítima de VO seja pautado por este olhar abrangente, que leve em conta as intersecções entre a desigualdade vivida por sua condição de mulher, mas também o racismo e outras violências que essa mulher enfrenta.





O CASO ALYNE PIMENTEL E A RESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO

Alyne da Silva Pimentel Teixeira era uma jovem brasileira, moradora de uma região empobrecida de Belford Roxo, na baixada fluminense, tinha 28 anos, era uma mulher negra e estava grávida de 6 meses. Era casada e tinha uma filha de 5 anos, Alice. Em 14 de novembro de 2002, ela sentiu náusea e fortes dores abdominais, buscou assistência médica, recebeu analgésicos, ouviu que ela e o bebê estavam bem e foi liberada para voltar à sua casa.

Como sua situação não melhorou, ela retornou ao hospital e foi constatada a morte do feto. Era preciso fazer a curetagem dos restos da placenta, mas Alyne esperou 14 horas pelo procedimento. Quando seu quadro se agravou, decidiu-se pela sua transferência para outro município, em Nova Iguaçu, mas sua remoção foi feita com oito horas de atraso.

No segundo hospital, Alyne ainda ficou aguardando por várias horas no corredor, por falta de leito na emergência; enquanto isso, a equipe médica que a recebeu constatou que seu prontuário não tinha vindo com ela e não realizou nenhum procedimento em decorrência disso. Alyne faleceu dois dias depois, em 16 de novembro de 2002, em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto do feto morto.

A mãe de Alyne, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, levou o caso da filha ao conhecimento da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw), órgão ligado à ONU, após o caso de Alyne esgotar todas as possibilidades de recurso no âmbito nacional e não haver reparação.

O Comitê CEDAW condenou o Brasil ao pagamento de indenização à família de Alyne, formada por Maria de Lourdes e Alice, e uma placa em homenagem a ela, lembrando seu caso, foi erguida na Maternidade Mariana Bulhões (aberta dentro do hospital em que Alyne morreu), além de recomendações a serem adotadas no serviço público de saúde para melhorias no atendimento de gestantes.

O NUDEM agradece à mãe de Alyne Pimentel, a senhora Maria de Lourdes da Silva Pimentel, a autorização a nós concedida para que este Protocolo de Atuação levasse o nome de sua filha.

Leia mais sobre o caso:
<https://bit.ly/2U6OJUw>

LEGISLAÇÃO ESTADUAL SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em 2017, foi promulgada a Lei Estadual n.º 19.207, que tratava da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná. Tal lei foi revogada pela Lei n.º 19.701 de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente, e é a que está em vigor atualmente. Por fim, já em 2020, a lei de 2018 sofreu acréscimos por meio da Lei n.º 20.127.

Essa legislação deverá ser aplicada de forma complementar às leis federais/Constituição Federal na argumentação jurídica. Ela é uma legislação extremamente ampla, e que pode ser de grande valia na constatação de ocorrência de VO.

Em resumo, a lei que atualmente está em vigor:

- Define o que configura violência obstétrica, quem pode praticá-la e em quais contextos;
- Estabelece os direitos da gestante e da parturiente.

Para efeitos específicos da lei, violência obstétrica é (art. 2, incisos I a IV):

- Qualquer ação ou omissão que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico;
- Negligência na assistência em todo período gravídico e puerperal;
- A realização de tratamentos excessivos ou inapropriados e sem comprovação científica de sua eficácia;
- A coação com a finalidade de inibir denúncias por descumprimento do que dispõe esta Lei.

Quem pode vir a praticá-la (art. 2, parágrafo único):

- Quaisquer profissionais de saúde, de estabelecimentos públicos ou privados, incluindo redes de saúde suplementar e filantrópica e serviços prestados de forma autônoma.

São direitos da gestante e da parturiente (art. 3):

- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema ou equipe de saúde;
- Assistência humanizada durante a gestação, durante o parto e nos períodos pré-parto e puerperal;
- Acompanhamento por uma pessoa por ela indicada durante o período do pré-parto e pós-parto;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Preservação de sua intimidade;

- Respeito às suas crenças e cultura;
- O parto adequado, respeitadas as fases biológica e psicológica do nascimento, garantindo que a gestante participe do processo de decisão acerca de qual modalidade de parto atende melhor às suas convicções, aos seus valores e às suas crenças;*
- O contato cutâneo, direto e precoce com o filho e apoio na amamentação na primeira hora após o parto, salvo nos casos não recomendados pelas condições clínicas.

A gestante e a parturiente têm direito a obter informações sobre (art. 4, incisos I a IV):

- A evolução do seu parto e o estado de saúde de seu filho;
- Métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento durante a gestação, durante o parto e nos períodos pré-parto e puerperal;
- Intervenções médico-hospitalares que podem ser realizadas, podendo optar livremente quando houver mais de uma alternativa;
- Os procedimentos realizados no seu filho, respeitado o seu consentimento.

A gestante e a parturiente podem se negar à realização de exames e procedimentos com propósitos exclusivamente de pesquisa, investigação, treinamento e aprendizagem ou que lhes causem dor e constrangimento, tais como:

- Exame de verificação de dilatação cervical (toque), realizado de forma indiscriminada e por vários profissionais de saúde;
- Realização de episiotomia (corte na vagina), sem justificativa clínica, ou com o intuito apenas de acelerar o nascimento.

A lei determina que todos os estabelecimentos de saúde que prestarem atendimento a gestantes e parturientes devem expor cartazes informando sobre a existência da norma, os quais devem ser afixados em locais visíveis ao público em geral, preferencialmente nas recepções dos estabelecimentos.

Em caso de descumprimento, as denúncias podem ser feitas nas ouvidorias da Secretaria de Estado, da Família e Desenvolvimento Social ou da Secretaria de Estado da Saúde, no Ministério Público Estadual ou através do disque-denúncia 181 da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária.

Para conferir a lei na íntegra:

<https://bit.ly/3A0ERMa>

*Há intensa discussão a respeito do possível conflito entre a cesárea realizada a pedido da gestante e o aumento de complicações advindas de uma cesárea sem indicação médica ao binômio mãe-bebê. Caso a equipe atenda casos que envolvam tal pedido, pode encaminhar solicitação de Apoio Técnico ao NUDEM.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Pela nossa experiência, percebemos que tais documentos integram um rol mínimo de informações que devem ser coletadas junto à assistida para futura proposição de ação de indenização por danos morais e materiais por VO:

- Documentos pessoais - RG, CPF, certidão de nascimento, comprovante de endereço, Carteira de Trabalho;
- Contato da assistida - número de celular e também de alguém da família/conhecida;
- Prontuário médico (da assistida e, a depender da situação, também do bebê). Neste caso, a assistida deve conceder autorização escrita de acesso ao seu prontuário, uma vez que se trata de documento pessoal e sigiloso;
- Declaração de hipossuficiência;
- Comprovantes de gastos com consultas médicas e com atendimento psicológico, cirurgias, medicamentos, próteses, procedimentos em geral, além de viagens para fora do domicílio;
- Laudo psicológico elaborado pela equipe técnica da Defensoria Pública
- Estudo social (caso necessário);
- Carteirinha do Programa Mãe Paranaense e Plano de Parto (se assistida pelo SUS, o Plano de Parto deve constar na carteirinha. Caso tenha sido atendida por plano particular, pedir uma cópia também);
- Dados das testemunhas (nome completo, RG, endereço, telefone e e-mail).

Procedimentos que configuram violência obstétrica (os modelos de petição estão instruídos com jurisprudência, doutrina e análise de literatura médica a respeito dos procedimentos mais comuns):

- Episiotomia (corte no períneo/vagina) automática/sem o consentimento/sem esclarecimento;
- Manobra de Kristeller (empurrões na barriga para “acelerar” o nascimento);
- Impedir/desrespeitar o direito ao acompanhante;
- Impedir a gestante de escolher a posição do parto;
- Administrar medicamentos sem autorização ou conhecimento da gestante;
- Tratar a paciente de forma inadequada (ignorar perguntas, xingar, falar frases ou palavras ofensivas);
- Realizar procedimentos (ministrar anestesia, por exemplo) sem prévia autorização da gestante, ou sem explicar e informar durante sua realização;

- Realizar exames de toque de forma frequente e por diversas pessoas diferentes;
- Impedir de se alimentar/tomar água;
- Impedir de caminhar, trocar posições para mais confortáveis;
- Impedir de ter contato com o bebê logo após o parto (exceto se houver alguma urgência de internação neonatal, por exemplo);
- Lesões na mulher/bebê decorrente de erro médico ou negligência, ou com relação com o parto.

* Caso a situação da sua assistida não se enquadre nos procedimentos mais comuns, e haja dúvidas sobre a configuração do ato como VO, busque o NUDEM para Apoio Técnico.



ATENDIMENTO À ASSISTIDA

Embora os casos variem entre si, devido ao caráter estrutural e sistêmico da VO, de forma a compreender o caso e instruir de forma qualificada a petição inicial, há um rol de perguntas básicas que recomendamos sejam feitas à assistida. É oportuno iniciar o atendimento pedindo para que a assistida narre todo o período do pré-parto, parto e pós parto, em seguida complementando com algumas perguntas de modo a objetivamente identificar a ocorrência pontual de situações. É importante que todas as respostas sejam reduzidas a termo, com a confecção do Termo de Atendimento que posteriormente será anexado à petição inicial.

- Foi realizada episiotomia (corte no períneo/ vagina)? Manobra de Kristeller (empurrões na barriga)? Se a resposta for positiva, foi informado à paciente ou ao seu acompanhante que seria realizado o procedimento, e foi informada a motivação? Foi solicitada a expressa permissão da paciente ou do acompanhante?
- Quando da realização do procedimento pela equipe médica, este foi imposto à gestante sem a explicação de sua necessidade ou feito mediante ameaça de que o bebê/ela própria estaria correndo risco de morte?
- Houve restrição com relação à presença de acompanhante? Em qual(is) momento(s)? Qual foi a justificativa apresentada pela equipe?
- Quem acompanhou a paciente? A pessoa está disposta a testemunhar no processo?
- O recém-nascido teve contato com a mãe logo após o nascimento?
- Houve xingamentos e falas humilhantes ou vexatórias? Quais?
- Foram administrados medicamentos? Se sim, a paciente foi informada previamente sobre tais medicamentos, seus efeitos e se a paciente tem histórico de reação a esses medicamentos? Foi dada permissão da gestante ou de seu acompanhante para a administração de medicamentos?
- Foram feitos exames de toque? Se sim, com que frequência? Foram feitos de maneira respeitosa? Quantas pessoas, no total, fizeram exames de toque na paciente?
- A gestante foi privada de alimentação ou água antes do parto? Foi proibida de caminhar ou ir ao banheiro?
- A gestante sofreu algum tipo de violência no pós-parto? Se sim, qual?
- Quais os impactos dessa ação na sua vida - em termos físicos, emocionais, reprodutivos, sexuais. Quais atividades cotidianas estão comprometidas? Está com dificuldades para ter relações sexuais, do ponto de vista físico e psicológico? A violência impactou a sua relação com o companheiro/filhos/familiares? Se sim, descrever com mais detalhes.

- Foram causadas lesões ao bebê? Quais? E quais foram os impactos dessas lesões na saúde do bebê? Foi atendido em quais hospitais? Ainda está sendo acompanhado?
- Possui interesse em realizar audiência de conciliação?
- Qual é a pretensão de valor dos danos morais?

Questões importantes a serem verificadas pela equipe jurídica:

- Se houve procedimento abusivo (episiotomia, manobra de Kristeller etc.), este consta do prontuário da paciente? Se sim, consta das anotações do parto ou somente em consultas posteriores? (é comum que a realização de episiotomia e outros procedimentos não recomendados sejam omitidos ou mencionados de forma muito breve nos prontuários).
- Constam do prontuário da parturiente complicações no parto que afetaram a saúde do recém-nascido? Se sim, é importante solicitar o prontuário do bebê.
- O atendimento foi realizado em hospital público ou particular (seja filantrópico ou privado)? Importante para saber se a ação será no âmbito da Fazenda Pública ou da Área Cível e então poder informar à assistida se há defensor(a) com atribuição para ajuizar ação no presente caso ou se o atendimento terá de ser denegado.
- O atendimento foi feito no âmbito do SUS? Se sim, houve a cobrança por algum procedimento/medicamento/acomodação/serviço? Se sim, detalhar. Conferir se a paciente ou seu acompanhante foram levados a assinar algum contrato de prestação de serviços e se esse contrato foi anexado ao prontuário.
- O envio de ofício solicitando o prontuário médico da assistida deverá ser assinado por ela e pelo(a) defensor(a), uma vez que o prontuário é sigiloso e pertence à paciente, não à equipe médica, portanto, o seu compartilhamento só pode ocorrer com consentimento expresso e informado da paciente.

Peça à assistida que relate com detalhes as ações realizadas pela equipe médica que violaram seus direitos

Pedido de sigredo de justiça

Tendo em vista que entre os documentos juntados na inicial serão incluídos, via de regra, os prontuários médicos do parto da assistida e do recém nascido (caso haja relevância), recomenda-se requerer na peça inicial a decretação do sigredo de justiça. Considerando que a publicidade dos atos processuais é a regra geral, o pedido de sigredo deve ser fundamentado na exceção prevista no art. 189, III, do Código de Processo Civil (dados protegidos pelo direito constitucional à intimidade de uma das partes). Outro argumento a reforçar o pedido de sigilo é o fato de que o prontuário médico é documento sigiloso no âmbito administrativo, devendo ser preservado o sigilo das informações médicas da paciente ao acesso de terceiros estranhos à relação processual.

Situações comuns no âmbito do processo judicial

A experiência que tivemos com as ações de Violência Obstétrica impetradas pelo NUDEM demonstra que, em sede de contestação, muitos réus utilizam discursos culpabilizadores e desrespeitosos contra a autora, na tentativa de desacreditar a palavra da vítima. Assim, é preciso que as réplicas também sejam contundentes na defesa dessas mulheres, além de buscar trazer argumentos jurídicos capazes de frear esses discursos.

A fim de evitar a reprodução de violências de gênero no decorrer da ação, é possível solicitar, na réplica, a aplicação do Art. 78 do CPC:



Art. 78 - É vedado às partes, a seus procuradores, aos juízes, aos membros do Ministério Público e da Defensoria Pública e a qualquer pessoa que participe do processo empregar expressões ofensivas nos escritos apresentados.

§ 1º - Quando expressões ou condutas ofensivas forem manifestadas oral ou presencialmente, o juiz advertirá o ofensor de que não as deve usar ou repetir, sob pena de lhe ser cassada a palavra.

§ 2º - De ofício ou a requerimento do ofendido, o juiz determinará que as expressões ofensivas sejam riscadas e, a requerimento do ofendido, determinará a expedição de certidão com inteiro teor das expressões ofensivas e a colocará à disposição da parte interessada.

É importante identificar o quanto antes a utilização desse tipo de discurso por parte dos réus, visto que no geral as vítimas de VO ficam muito fragilizadas após as violências sofridas. Ao identificar discursos que podem reviver os traumas dessas mulheres durante o processo e solicitar a aplicação do CPC, buscamos evitar a revitimização e a reprodução desses discursos em audiências, onde a vítima estará em uma posição ainda mais vulnerável.

Percebemos que muitas das assistidas possuem medo de reviver as violências sofridas, e o trauma muitas vezes impede até mesmo que essas mulheres busquem a reparação civil. A fim de evitar que novas violências de gênero sejam reproduzidas no decorrer do processo, é necessário que o(a) defensor(a) se atente também durante as audiências para evitar ataques à mulher, além de conversar previamente com a assistida sobre a audiência, momento em que ela terá que falar sobre o trauma, o que com certeza gera muita insegurança nessas mulheres, além de deixá-las novamente vulneráveis frente a perguntas que buscam desacreditar suas narrativas.

Além disso, é importante que o(a) defensor(a) procure assegurar a participação das testemunhas nas audiências, principalmente aquelas que efetivamente acompanharam o parto. Geralmente, os partos ocorrem com a presença de vários membros da equipe técnica, e as narrativas seguem o indicado pela defesa dos réus. Assim, considerando que as vítimas já iniciam o processo em uma posição de hipossuficiência técnica, visto que a maioria delas não tem conhecimento suficiente para questionar a palavra dos(as) médicos(as), é preciso que a defesa das vítimas busque formas de assegurar que a sua narrativa não seja desconsiderada durante o processo, e que a violência sofrida seja reconhecida.

ORIENTAÇÕES DA PSICOLOGIA

Os índices de violência obstétrica no país são preocupantes, sobretudo por esse ser um tema que vem sendo abordado de forma mais clara apenas recentemente pela sociedade, e de forma ainda mais recente pelas legislações.

Por ainda não ser uma problemática de conhecimento comum mesmo entre profissionais da saúde, muitos casos de violência não são identificados e muitos procedimentos que se encaixam na definição de VO podem ser entendidos pelas parturientes como normais ou até mesmo necessários. As VO de cunho psicológico ou moral podem ser ainda mais difíceis de identificar ou de serem valorizadas.

Nesse contexto, o trabalho da Psicologia na Defensoria Pública tem os seguintes objetivos:

- Ouvir o relato do caso de forma a dar segurança para a mulher em busca de ajuda;
- Acolher as demandas sem julgamento;
- Investigar como ocorreu o parto, os momentos que o antecederam e que o sucederam, para verificar se é uma situação de VO;
- Investigar possíveis consequências físicas e psicológicas do parto e seu impacto na vida da mulher;
- Identificar os momentos do parto que podem ser entendidos como parte da situação de VO;
- Categorizar o relato nos tipos de VO apresentados pela literatura;
- Verificar se existe algum diagnóstico específico para as consequências psicológicas decorrentes do parto;
- Fazer encaminhamentos quando considerar necessário;
- Elaborar relatório técnico para assessoramento dos casos.

É preciso ter clareza de que nem toda violência gera consequências psicológicas de longo prazo, pois o aparecimento de sintomas psicológicos irá depender de outros fatores e contextos nos quais a mulher está inserida, como o suporte que ela recebe da rede de apoio e a sua resiliência. Então, apesar de sintomas psicológicos decorrentes da situação contribuírem para a força do argumento da gravidade da violência, eles não são o único balizador da ocorrência da violência, e sua ausência não significa que essa violência não ocorreu.



Como já descrito nas páginas 6 e 7, há diferentes formas de classificação da VO que ajudam a oferecer uma noção mais ampla do fenômeno, e colaboram para a sua identificação, contudo, não se espera que ocorram na sequência apresentada de uma forma rígida, até porque os fenômenos costumam ocorrer de forma concomitante e flexível. Além disso, violência física pode gerar consequências psicológicas, por exemplo.

O resultado dessas violências, sozinhas ou combinadas, pode gerar impacto por muito tempo na vida futura da mulher. Segundo Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson (2010), durante o parto as mulheres descrevem que se sentem invisíveis e sem controle sobre o que está acontecendo; que a situação do parto é desumana e degradante; que possuem memórias vividas do parto traumático por meio de flashbacks e pesadelos; que se sentem em meio a um turbilhão de emoções, experienciando níveis mais altos de ansiedade, ataque do pânico, depressão e até mesmo pensamentos suicidas; e muitas vivenciam uma ruptura nos seus relacionamento com filhos e parceiros.

Por conta do parto traumático, as mulheres vão descrever depois “os sentimentos de medo da morte, de perda do filho, frustração, impotência, raiva, vergonha, incompetência como resultados da violência obstétrica” (CABRAL; PEREZ, 2019, p. 277). Também é comum o relato de raiva de si mesmas, e elas se culpam por não terem falado sobre suas preocupações durante o parto, ou por não terem tentado intervir de outra forma (ELMIR; SCHMIED; WILKES; JACKSON, 2010). Além disso, diversas questões psicológicas com diagnóstico psicológico claro estão ligadas a uma situação de parto traumática:

“(…) como distúrbios psicossomáticos como transtornos alimentares e do sono, dentre outros; transtornos de ansiedade (pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); estresse pós-traumático favorece o transtorno de adaptação no pós-parto e, por sua vez, nessa fase difícil que é o puerpério, podem favorecer o aparecimento da disforia puerperal, da depressão pós-parto e, até, da psicose puerperal” (CABRAL; PEREZ, 2019, p. 277).



Pesquisas têm mostrado que mulheres vítimas de violência obstétrica podem desenvolver os sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT). Beck (2004) aponta que os principais sintomas de TEPT apresentados pelas mães eram: pesadelos e flashbacks do parto e bastante tempo dedicado a buscar respostas para questões sobre o parto traumático, sentimentos de ansiedade e depressão, sensação de não serem mais as mesmas (apenas uma sombra do que eram) e de que seus sonhos foram destruídos por se sentirem isoladas da maternidade.

Assim, durante a entrevista psicológica, pode ser importante fazer algumas perguntas voltadas para sintomas psicológicos específicos, sempre tomando cuidado para não direcionar a resposta. Lembrar que nem sempre a mulher tem clareza de que aquilo que ela sente é um sintoma psicológico. Por exemplo, o relato de sonhos e pensamentos intrusivos e recorrentes relacionados ao parto são sintomas bastante comuns contudo, nem sempre são relatados no primeiro relato sobre o parto. Perguntar sobre possíveis sequelas físicas do parto tanto para a mãe quanto para o bebê também é importante pois, apesar de não ser nosso papel diagnosticar problemas físicos, estes podem acarretar perda da qualidade de vida e ser um fator estressor importante na vida daquela mulher, impactando sua saúde psicológica.



REFERÊNCIAS

CASTRO, TMV (org.). **Violência Obstétrica em Debate**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

DINIZ, CSG *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**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3hHQH5D>

KATZ, L. *et al.* **Quem tem medo da Violência Obstétrica?** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v 20, n. 3, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/36hRDbS>

TESSER CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015;10(35):1-12. Disponível em: <https://bit.ly/3jceiOu>

RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS:

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros:
<https://bit.ly/3qsfyP4>

Portal de Boas Práticas do Governo Federal, em parceria com a Fiocruz:
<https://bit.ly/3dbPJNF>

Organização Mundial da Saúde — OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3wsKBvb>

VO e racismo institucional

ASSIS, JF. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 133, p. 547- 565, Dec. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2TCkuoB>

LIMA, KD. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. Recife: [s. n.], 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2Uy6jAH>

G. Castilho. **Violência Obstétrica: uma análise a partir das gestantes negras**. In: IX Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2019. Civilização ou Barbárie: o futuro da Humanidade, v. 9, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/36jF6V7>

Responsabilidade do Estado

COSTA, APCA. **Perspectivas jurídicas acerca da violência obstétrica no Brasil.** (Monografia) João Pessoa, 2019, 65 f.

Disponível em: <https://bit.ly/3hBLMDu>

SIQUEIRA, D. *et al.* **Responsabilidade do Estado pelo racismo institucional nos atendimentos obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira de Bioética. Suplemento, v 14, 2018.

Disponível em: <https://bit.ly/3qQ7ffX>

Violência Obstétrica pelo olhar da Psicologia

Beck, CT. **Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth: the Aftermath.** Nursing Research, 53(4), 2004, p. 216–224.

Disponível em: <https://bit.ly/3xCGWML>

Cabral, S.; Perez, D. **Violência obstétrica : produção científica de psicólogos sobre o tema.** Estudos Contemporâneos Da Subjetividade, 9(2), 2020, p. 270–283.

Disponível em: <https://bit.ly/3wEJ4lP>

Elmir, R *et al.* **Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography.** Journal of Advanced Nursing, 66(10), 2010, p. 2142–2153.

Disponível em: <https://bit.ly/3e6UJn1>



REALIZAÇÃO

Lívia Martins Salomão Brodbeck e Silva - Defensora Pública e coordenadora do NUDEM

Vanessa Fogaça Prateano - Assessora Jurídica do NUDEM

Marcela de Oliveira Ortolan - Psicóloga do Centro de Atendimento Multidisciplinar da DPE-PR e colaboradora do NUDEM

Débora Carla Pradella - Estagiária de Pós-Graduação em Direito do NUDEM

Maria Emília Glustak - Estagiária de Pós-Graduação em Direito do NUDEM

Lizz Ester Segalla - Estagiária de Graduação em Direito do NUDEM

Maria Luiza Gutierrez - Estagiária de Graduação em Design do NUDEM

Camila Cristina Costa - Estagiária de Graduação em Secretariado do NUDEM

Amanda Pereira Barros - Ex-estagiária de Graduação em Design do NUDEM

