

Violência Obstétrica

“Parirás com dor”

Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio
para a CPMI da Violência Contra as Mulheres

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”

“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”

“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”

“Na hora de fazer, você gostou, né?”

“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”

Essas frases são repetidamente relatadas por mulheres que deram à luz em várias cidades do Brasil e resumem um pouco da dor e da humilhação que sofreram na assistência ao parto. Outros relatos frequentemente incluem: comentários agressivos, xingamentos, ameaças, discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos, agressão física e tortura psicológica.

Muitas vezes essas mulheres estão sozinhas, pois são impedidas de ter um acompanhante, o que fere a Lei Federal nº 11.108/2005, a RDC 36/2008 da ANVISA, as RNs 211 e 262 da ANS e o Estatuto da Criança e do Adolescente, no caso das adolescentes grávidas.

Parto do Princípio

Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa

Dossiê da Violência Obstétrica

“Parirás com dor”

Produção

Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa

Colaboradoras:

Cariny Ciello

Cátia Carvalho

Cristiane Kondo

Deborah Delage

Denise Niy

Lara Werner

Sylvana Karla Santos

Sumário

1. Apresentação.....	7
2. A assistência ao parto no Brasil	8
3. A humanização como abordagem ética	10
4. A legislação no atendimento ao parto	19
5. A violência obstétrica tipificada legalmente	29
6. O aborto na realidade da atenção obstétrica no Brasil	54
7. Do reconhecimento da violência obstétrica	57
8. Caracterização da violência obstétrica	59
9. Descumprimento das normatizações e legislação vigentes	64
9.1. Proibição do acompanhante	64
9.2. Restrição ao acompanhante mediante cobrança de taxas.....	71
10. Procedimentos considerados invasivos e danosos à mulher no atendimento ao trabalho de parto e parto normal.....	80
10.1. Episiotomia (ou mutilação genital?)	80
10.2. Intervenções com finalidades “didáticas”	93
MPF defende privacidade em exames em hospital universitário de Rio Grande	94
10.3. Intervenções de verificação e aceleração do parto	96
10.4 Falta de esclarecimento e consentimento da paciente	101
10.5. Manobra de Kristeller	103
10.6. Restrição de posição para o parto	107
10.7. Restrição da escolha do local do parto	109
11. Cirurgias Cesarianas.....	110
11.1. Cesáreas eletivas	112
11.2. Cesárea por conveniência do médico.....	114
11.3. Cesárea por dissuasão da mulher	118
11.4. Cesárea por coação da mulher.....	122

11.5. Publicidade e Apologia a Cesárea.....	124
12. Atendimento desumanizador e degradante.....	130
Peregrinação em busca de vaga.....	130
Omissão de Informações	132
Descaso e abandono	133
Desprezo e humilhação	133
Ameaça e coação	134
Preconceito e discriminação	135
Homofobia	135
Estigmatização	136
Assédio, sadismo.....	137
Culpabilização, chantagem.....	138
Desconsideração dos Padrões Culturais	138
Mulheres em situação de abortamento	139
13. Plantão de sobreaviso dos anestesistas	142
14. Apoio desumanizado à amamentação e separação mãe-bebê.....	144
15. Cobranças questionáveis do acompanhamento ao parto.....	146
16. Restrição da assistência ao parto	147
17. Planos de Saúde que descumprem a legislação e normatização.....	149
Deliberações.....	154
Atuação das agências reguladoras ANS e ANVISA estabelecendo normatização de oferta de plantões obstétricos qualificados, com adequação à RDC 36 de 2008 da ANVISA e demais legislações vigentes.....	157
Publicização dos índices de cesáreas e partos normais, episiotomias, acompanhantes por instituição (públicas e privadas, civis e militares) e profissional de saúde (de acordo com o vínculo: público, particular, em plantão obstétrico, credenciado pelo plano de saúde).....	172
Adequação das vestes hospitalares para utilização durante o trabalho de parto, a fim de que as mulheres possam deambular livremente, mantendo, no entanto, seu direito à privacidade, evitando constrangimento e exposição excessiva;.....	175
Capacitação dos canais 180 e 136 no Governo Federal e do 0800 da ANS para acolher, registrar e orientar mulheres vítimas de violência obstétrica e criação das categorias de violência obstétrica e violência institucional no Ligue 180 violência contra a mulher.....	177

Incentivo à criação/manutenção de grupos de gestantes com informações sobre gestação, parto, nascimento, amamentação nos serviços de atenção básica e também nos serviços credenciados aos planos de saúde que ofereçam plantão obstétrico com cobertura obrigatória inclusa no rol de procedimentos e eventos em saúde.....	178
Proposta de Projeto de Lei para alterar a Lei Feral 11.108/2005	179
Exigimos ainda	181
Referências Bibliográficas:.....	183
ANEXOS.....	188

1. Apresentação

A Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa¹ é composta por mais de 300 mulheres em 22 Estados brasileiros e que trabalham voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Acreditamos que a mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos.

O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher. Infelizmente muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência. A dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo.

Acreditamos que outras formas de parir e nascer são possíveis e devem ser oferecidas a toda a sociedade. Como mulheres e como usuárias do sistema de saúde brasileiro, reivindicamos intervenções urgentes na assistência ao parto e nascimento. Parto sem violência, com respeito, com assistência e escolha informada baseada em evidências é o mínimo que deveria ser ofertado às mulheres.

¹ www.partodoprincipio.com.br

2. A assistência ao parto no Brasil

O Brasil possui altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, sendo que as causas de mortalidade materna mais frequentes são aquelas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto (VICTORA et al., 2011). As principais causas de mortalidade neonatal igualmente são aquelas consideradas reduzíveis e evitáveis, como falhas na atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido (MALTA, 2007). Há evidências de que no setor privado há maior presença de prematuros leves, o que pode estar relacionado com os altos índices de cesáreas eletivas agendadas (LEAL et al, 2004; BARROS et al 2006; MARCH OF DIMES et al, 2012).

As taxas de cesáreas no Brasil há muito ultrapassaram os limites toleráveis e continuam aumentando a cada ano. Em 2007, 47,0% dos nascimentos se deram por via cirúrgica, sendo que na rede pública a proporção de cirurgias foi de 35,0% e, no setor suplementar, de 80,0% (VICTORA et al., 2011).

O país lidera o *ranking* mundial de cesáreas e tem que reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento.

Contudo, a observação dos dados quantitativos não tem sido a prática do Estado como forma de elaboração de políticas públicas: como esperado nas estruturas democráticas, a mobilização da sociedade civil na construção de dinâmicas e realidades desejáveis é essencial para fazer valer os direitos assegurados legalmente. Assim, em 2007, um grupo de mulheres representantes da Parto do Princípio denunciou ao Ministério Público Federal (MPF) a omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diante da ocorrência abusiva de cesarianas nas maternidades particulares. Em 2010, o MPF iniciou Ação Civil Pública contra a ANS², para que esta exerça sua função reguladora, e parte das solicitações e propostas da Parto do Princípio foram contempladas pelo MPF.

Tornar público o abuso de cesáreas no setor suplementar parecia ser uma boa tática para sensibilizar gestores a respeito da importância do parto normal e da humanização do nascimento,

² Disponível em: http://www.prsp.mpf.gov.br/sala-de-imprensa/pdfs-das-noticias/Inicial%20-%2000017488-30.2010.4.03.6100_cesarianas.pdf

todavia, constatou-se que as taxas de cirurgia cesariana aumentaram ainda mais: em 2008, corresponderam a 84,5%, na rede privada, e a 31,0%, na rede pública (DATASUS, 2010).

Como compreender esta realidade, visto que a maioria das mulheres expressa o desejo de dar à luz aos seus filhos de forma natural, sem intervenção cirúrgica? (FAÚNDES et al., 2004) E os esforços governamentais em alinhar o atendimento à saúde às práticas recomendadas mundialmente? A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, por exemplo, existe desde 2003, podendo, inclusive, ser considerada o desdobramento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, instituído em 2000.

A assistência hospitalar ao parto é quase universal no país (98,4% dos nascimentos em 2008) e 80,9% das mulheres passaram por mais de cinco consultas de pré-natal nesse mesmo ano (VICTORA et al., 2011). Porém, isso não se reflete em melhores condições de saúde, conforme já mencionado, com elevadas taxas de morbi-mortalidade. Mais grave, a qualidade do atendimento não sofreu qualquer impacto das políticas já implantadas até o momento. Desse modo, por todo o país, as mulheres continuam a sofrer violência quando se trata da assistência à sua saúde sexual e reprodutiva. Essa violência se dá de várias maneiras, conforme relatado a seguir.

Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005)

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, mestrado e doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp. É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. É coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). É Visiting Reader no King's College London, Women's Health Division, com bolsa da Fapesp.

3. A humanização como abordagem ética

A ênfase na humanização do atendimento à saúde integra uma política positivista, de modo que o termo tem sido empregado há muitas décadas, sob diversas perspectivas. A humanização já foi usada, por exemplo, para justificar procedimentos como a narcose, emprego de instrumentos mecânicos, intervenções bioquímicas e fisiológicas e, por fim, procedimentos cirúrgicos de relativa complexidade e risco. No caso do atendimento ao parto e nascimento, Diniz descreve tal quadro:

Na assistência ao parto, o termo *humanizar* é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998). Esses conceitos eram difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, entre eles o norte-americano Joseph DeLee (Rothman, 1993).

A *humanização* da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma

mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento *da outra*, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (Diniz, 1997). A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: *uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade* (Magalhães, 1916).

Agora a mulher é descrita não mais como *culpada* que deve expiar, mas como *vítima* da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino”. Segundo DeLee, para a mãe o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forcado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea). Através da pelvimetria, “base da ciência obstétrica”, a pélvis feminina é esquadrihada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos *hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las* (Cunha, 1989). Para esses autores, o parto é concebido como uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno “fisiologicamente patogênico”; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria portanto patológico (Rothman, 1993). A maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (Diniz, 1997). Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto.

Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um *apagamento* da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos.

Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz, 1993). No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (Magalhães, 1916).

O modelo de assistência acima descrito, da sedação completa associada ao parto instrumental, foi abandonado após várias décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável. Porém, com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (Martin, 1987). Inicialmente restrito às elites e às indigentes que acorriam às maternidades-escola, o modelo hospitalar se expandiu como padrão da assistência nas áreas urbanas. Na metade do século 20, o processo de *hospitalização* do parto estava instalado em muitos países, mesmo *sem* que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Tew, 1995). Não sem resistência das parteiras, em alguns países a obstetrícia não-médica, leiga ou culta, foi ilegalizada, assim como o parto não-hospitalizado.

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986). No Brasil, aí se incluem como *rotina* a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser *prevenido*, por meio de uma cesárea eletiva. (DINIZ, 2005)

Logo, torna-se racionalmente explicável a abusiva proporção de cirurgias cesarianas realizadas no país, visto que o protagonismo do parto cabe ao profissional de saúde, prioritariamente especializado em ginecologia e obstetrícia. Mulher e criança, nessa perspectiva, tornam-se atores secundários, aos quais incide a observação, apenas, de índices referentes à mortalidade materno-infantil. O viés analítico deste paradigma centra-se em números e ações de ordem pragmática. A

mudança do olhar não viria das instituições acadêmicas, mas da organização civil fundamentada nos preceitos do feminismo, trazendo a emergência para as análises que considerem a mulher como o principal sujeito, como prossegue, em seu artigo, Diniz:

O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência baseada em direitos (WHO, 2005). Foram muito influentes a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescrição da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes amigas da mulher (*womanfriendly*) e centradas na mulher (*woman-centered*) são propostas principalmente para organização de serviços (CIMS, 2005). Mais recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência (Vinaver, 2001).

Nas ciências sociais, iniciativas de questionamento da prática usam o termo humanização da assistência, já na década de 1970 (Howard & Strauss, 1975). A chamada Antropologia do Parto, ao final dos anos 70, mostrou a assistência como construto social, sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual – tanto nas sociedades tidas como primitivas quanto nas chamadas sociedades complexas. Mostra os diferentes conhecimentos autoritativos– o conhecimento que baseia as decisões na assistência (Jordan, 1979), entre eles, o do chamado modelo tecnocrático, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores. Essas autoras documentaram extensivamente as relações da assistência ao parto com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino. Analisaram as contradições com as evidências científicas, e os rituais da assistência como expressões do medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência (Davis-Floyd, 1992). Constitui um campo de pesquisa muito produtivo, freqüentemente ligada ao ativismo feminista e/ou ao de mudança nas práticas.

Nas ciências da saúde, a crítica à assistência foi relegada à condição de marginal até o final da década de 1970, quando é publicado *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, de Roberto Caldeyro- Barcia (1979), que constituiu uma cunha no discurso médico, partindo de um pesquisador de ponta

da fisiologia obstétrica. Redescreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. Foi recebida com frieza e certa hostilidade. O texto questiona a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como “normalmente patológico”, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica. No campo da saúde pública, a crítica do modelo tecnocrático se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Se detectavam os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. O Comitê é composto inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS. (DINIZ, 2005)

Daphne Rattner³, em artigo escrito no desempenho das funções de Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, analisa o artigo de Diniz e elenca as considerações da autora, de forma sistemática:

- a) Humanização como legitimidade científica da medicina, ou assistência baseada na evidência, que é considerada como padrão-ouro. Nessa leitura, a prática é orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia. (...) Nesse caso, há uma apropriação política do discurso técnico – o que considera uma estratégia não isenta de riscos.
- b) Humanização como a legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, famílias) na assistência ao nascimento – ou uma assistência baseada nos direitos, demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”. Nesse entendimento, as usuárias têm o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações. Seria uma estratégia mais diplomática do que falar da violência no parto e de gênero,

³ Daphne Rattner é médica epidemiologista, com doutorado pela Universidade da Carolina do Norte, EUA, professora da Universidade de Brasília - Departamento de Saúde Coletiva; integra a diretoria da International MotherBaby Childbirth Organization – IMBCO e a coordenação executiva da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa; é conselheira da Rede Ibfan-Brasil – International Breastfeeding Action Network e da Relacahupan – Rede Latinoamericana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento. Organizou com Belkis Trench o livro Humanizando Nascimentos e Partos; e foi presidente da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Brasília em novembro de 2010.

permitindo um diálogo com os profissionais de saúde. Entre os direitos, estão: o direito à integridade corporal (não sofrer dano evitável); o direito à condição de pessoa (direito à escolha informada sobre os procedimentos); o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos físicos, emocional ou moralmente penosos); o direito à equidade, tal como definida pelo SUS.

c) Humanização referida ao resultado de tecnologia adequada na saúde da população. Segundo a autora, uma vez que a assistência apropriada oferece melhores resultados nos indivíduos, isso incorre numa dimensão coletiva, com a reivindicação de políticas públicas no sentido da legitimidade epidemiológica– a adequação tecnológica resultando em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. (...)

d) Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto. Essa compreensão representa o deslocamento da função de cuidador exclusivo no parto normal do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetriz – legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Desloca também o local privilegiado do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto, a exemplo dos modelos europeu e japonês de assistência.

e) Humanização referida como legitimidade financeira dos modelos de assistência, ou seja, da racionalidade no uso de recursos. Este sentido é utilizado tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, a “medicina para pobres”), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações).

f) Humanização como a legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, com melhora da relação profissional-usuária. Há ênfase na importância do diálogo, inclusão de acompanhante no parto, seja o pai ou doulas, e há negociação sobre os procedimentos de rotina. Nessa abordagem prevalece a tradição liberal, dos direitos da consumidora à escolha, surgindo uma “rede privada de assistência humanizada” e reiterando a legitimidade da Medicina Baseada em Evidências, que estava restrita ao setor público.

g) Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos ditos humanitários e antes restritos às clientes do setor privado. Esta é uma abordagem mais frequente entre médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos. Para eles humanização é sinônimo de acesso à analgesia de parto. A autora recorda que a dor no parto pode

ser potencializada por medidas que o iatrogenizam, como: a solidão, imobilização, uso abusivo de ocitócicos, manobra de Kristeller, episiotomia e episiorrafia desnecessárias, entre outras.

(...) Aprofundando a primeira interpretação, de legitimidade científica, cabe salientar que a maior parte das práticas adotadas no atendimento ao parto foi à medida que iam sendo criadas, não havia critérios para sua avaliação. Nos anos noventa do século passado, intensificou-se um movimento na Medicina que foi denominado Medicina Baseada em Evidências, e que tem sido muito difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua origem deve-se à proliferação de técnicas de diagnóstico e terapêutica, sendo que se verificou, após anos de uso, que muitas eram inefetivas, ou mesmo provocavam problemas maiores do que os que se destinavam a tratar.

No campo da atenção perinatal, foi criada a Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS que, em parceria com a Colaboração Cochrane, estudou as práticas adotadas na atenção a partos e nascimentos, publicando um manual (Organização Mundial da Saúde, 1996) em que as classifica em quatro grupos: Grupo A, das práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, com as práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas; Grupo C, de práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas; e, finalmente, o Grupo D é de práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada. (...)

No Brasil, foi interessante constatar que muitas das práticas adotadas pelos profissionais que preconizavam o modelo de atenção humanizada eram referendadas pelas evidências científicas e estavam classificadas no Grupo A. Por exemplo, hoje em dia, reconhece-se que a presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem-sucedido: mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram menor probabilidade de receber analgesia, de ter parto operatório, e relataram maior satisfação com a experiência do parto. Esse suporte emocional estava associado com benefícios maiores quando quem o provia não era membro da equipe hospitalar e quando era disponibilizado desde o início do trabalho de parto (Hodnett et al., 2007). Dessas evidências deriva a Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante (Brasil, 2005).

Por outro lado, muitas das práticas adotadas rotineiramente nas maternidades foram classificadas no Grupo B, como: a raspagem de pelos, a lavagem intestinal, o jejum, ou colocar soro de rotina, ou manter a mulher deitada durante o trabalho de parto.

Finalmente, a cesariana e a episiotomia, por exemplo, foram classificadas no Grupo D (Enkin et al., 2000; Organização Mundial da Saúde, 1996). (RATTNER, 2009)

Ao final do descritivo (elencado de a a g), Rattner conclui que “*Finalmente, a autora comenta que Humanização é um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.*” (RATTNER, 2009, grifo nosso).

Esta premissa é bastante elucidativa da maneira como o Estado elaborou suas políticas públicas de humanização: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, e em seu texto podemos constatar a assertividade da afirmação de Diniz:

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes

produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (Brasil, s/d)⁴.

Sobre a PNH, Rattner considera que:

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde adota uma perspectiva abrangente de compreensão do termo, integrando várias dimensões, uma vez que entende que “no campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (Brasil, s/d).

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. Assim, estabelece que para haver humanização deve haver: compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Brasil, 2004).

Como explicar, mediante as ações governamentais e o entendimento sobre o conceito polissêmico da humanização, o aumento das taxas de cirurgias cesarianas tanto na rede particular quanto na rede pública de atendimento à saúde na última década? Estariam os profissionais sentindo-se pressionados diante dos novos paradigmas apresentados pelo Estado, ocasionando em resultados inversos ao esperado? Esta suposta pressão poderia ser considerada um sintoma da violência institucional, à qual se refere Diniz? Haveria alguma relação com a Lei nº

⁴ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288

11.108/2005, que garante à parturiente o direito a um acompanhante – sendo este um elemento determinante para encurtar os procedimentos de viabilidade do parto normal, haja vista o medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais e fisiológicos dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência?

Qualquer que seja a hipótese eleita para investigação, o método apresentará falha, se omitir a voz do principal sujeito ativo, protagonista do parto: a mulher.

4. A legislação no atendimento ao parto

A Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, também chamada Lei do Acompanhante, foi um marco na representação do reconhecimento do bem-estar da parturiente, nas perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização, estando seus apontamentos contidos implicitamente:

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Em atendimento ao §2º, o Ministério da Saúde, em dezembro do mesmo ano lançou a portaria nº 2.418, regulamentando a lei e estabelecendo o prazo de julho de 2006 para que o adequamento das instituições à norma. Esta portaria previa, ainda, o período que compreende o pós-parto imediato (10 dias, salvo intercorrências) e a autorização da cobrança das despesas do acompanhante, de acordo com a tabela do SUS, pelo gestor.

O direito ao acompanhante é reafirmado pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 3 de junho de 2008, trazendo ainda informações sobre a estrutura física, biossegurança, prevenção e controle de infecção para trabalhadores, mulheres e seus acompanhantes.

Já a Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 11 de janeiro de 2010, considera ilegal a cobrança de despesas do acompanhante para planos de saúde que contemplem o atendimento hospitalar com obstetrícia, seja em modalidade de quarto coletivo (enfermaria) seja privativo (individual) .

Mas se observarmos o artigo 19-L, vetado da lei, e sua respectiva Mensagem nº 198, encontramos:

Art. 19-L. O descumprimento do disposto no art. 19-J e em seu regulamento constitui crime de responsabilidade e sujeita o infrator diretamente responsável às penalidades previstas na legislação.

Razões do veto

Ressalta-se que a Constituição, em seu art. 85, estabelece que são crimes de responsabilidade os atos que atentem contra: a existência da União; o livre exercício do Poder Legislativo, do Poder Judiciário, do Ministério Público e dos Poderes constitucionais das unidades da Federação; o exercício dos direitos políticos, individuais e sociais; a segurança interna do País; a probidade na administração; a lei orçamentária; o cumprimento das leis e das decisões judiciais. Destarte, não há como enquadrar a norma prevista no art. 19-L do projeto de lei em tela em qualquer das hipóteses constitucionais. Por isso, afirma-se que o preceito em estudo viola o art. 85 da Constituição, haja vista não se tratar de uma infração político-administrativa.

Do mesmo modo, a regra proposta no art. 19-L não encontra respaldo em nenhum diploma legal infraconstitucional que discipline delitos de responsabilidade. Além do que, o dispositivo em foco não define um novo ilícito penal. Falta-lhe tipificar a conduta a ser incriminada, já que permite ao regulamento a referida tarefa. Ademais, não comina a pena a ser aplicada. Dessa forma, não observa a estrutura da norma penal.

Por isso, o dispositivo proposto ofende o princípio da legalidade estipulado no art. 5º, inciso XXXIX, da Constituição, que dispõe: 'não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal'. Primeiro, porque, ao remeter para o regulamento a conduta criminosa, deixa de atender ao postulado da reserva legal

que impõe deva a tipificação de condutas emanar de espécie normativa elaborada segundo as regras do processo legislativo constitucional. Segundo, o preceito normativo em questão não observa a estrutura da norma penal, seja por não definir com clareza a conduta a ser incriminada seja por deixar de estabelecer o preceito secundário, o que desrespeita garantia elevada à condição de norma constitucional dos cidadãos de não serem punidos por crimes cuja descrição seja vaga e imprecisa e de não serem castigados com penas cuja espécie e quantidade não são determinadas previamente.

Ou seja, o corpo da lei institui o direito à parturiente de apenas um acompanhante de sua escolha, mas não possui meios de estabelecer punição a quem impedir ou não fizer cumprir a mesma, por falta de fundamentos no corpo do Código Penal. Esta configuração, de certa maneira, esvazia parcialmente a eficácia do instrumento legal pois, tendo o gestor da instituição de saúde conhecimento jurídico do fato, e na negativa em cumprir o dispositivo, sabe que após a denúncia não há maiores consequências no sentido de reparar o dano cometido. Este fato está ocorrendo, conforme observado na reportagem publicada em 9 de setembro de 2012, no sítio do jornal Diário Regional, de São Paulo:⁵

Hospitais descumprem lei do acompanhante

A Lei 11.108, promulgada em 2005, garante que toda gestante tenha direito a um acompanhante de sua escolha durante o período de pré-parto, parto e pós-parto, ou seja, desde o momento em que chega à maternidade, até 48 horas após o nascimento, salvo sob orientação médica contrária.

No entanto, mulheres denunciam que hospitais privados do ABC não cumprem a determinação.

A empresária Keli Mcgee deu à luz em maio de 2010, no Hospital Beneficência Portuguesa de Santo André. Keli relata que funcionários alegaram que não havia paramentação (roupas adequadas) para que o marido acompanhasse o nascimento da filha. “Foi preciso fazer um grande escarcéu para que a equipe emprestasse a paramentação dos médicos. Por pouco não perdeu o nascimento. Além disso, após o parto, precisou sair imediatamente da sala de cirurgia”, afirmou.

Em nota, o hospital negou que não houvesse roupas para o acompanhante e destacou que a lei citada aplica-se para hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS)

⁵ http://www.diarioregional.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13197:hospitais-descumprem-lei-do-acompanhante&catid=326:regional&Itemid=565

e não aos estabelecimentos privados. A nota afirma também que nem sempre é possível o acompanhante permanecer durante o parto, por falta de espaço ou presença de outra paciente.

Vivian Madureira, moradora de Santo André, também passou por situação semelhante no Hospital Bartira, no mesmo município. “Meu marido só pôde ficar comigo quando já havia tomado a anestesia. Saiu logo depois do nascimento e só fui vê-lo depois de muitas horas”, afirmou. O hospital não respondeu aos questionamentos da reportagem.

A professora Juliana Santos, que estava prestes a dar à luz quando concedeu esta entrevista, visitou no mês passado o Hospital Christóvão da Gama, também em Santo André, para conhecer a maternidade. “Foi decepcionante ouvir que devido ao fato do meu plano de saúde cobrir apenas enfermaria e não quarto, meu marido não poderia ficar comigo após o nascimento do nosso filho”, declarou.

O hospital informou, por meio de nota, que o acompanhante permanece durante o pré-parto e o parto. “O pós-parto imediato é feito sob supervisão da equipe de Recuperação Pós-Anestésica. Só depois a mãe vai para o quarto” afirma a nota.

Apesar das justificativas das unidades de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula e fiscaliza os hospitais privados, informa que a resolução normativa 262 prevê “cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto; b) parto; e c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente” e que o não cumprimento dessas determinações representa negativa de cobertura e cabe reclamação à agência (telefone 0800 701 9656 ou site www.ans.gov.br).

Especialistas falam sobre benefícios da prática

A lei que garante, desde 2005, que a gestante tenha acompanhante de sua escolha é, segundo especialistas, de suma importância para o bom desenvolvimento do trabalho de parto. “A presença de uma pessoa da confiança da mulher, como o seu companheiro, traz benefícios para a gestante e ao bebê, como a diminuição das cirurgias cesarianas, necessidade de medicações para alívio da dor, redução do tempo de trabalho de parto e dos casos de depressão pós-parto”, explicou o ginecologista e obstetra Alberto Jorge Guimarães.

“Podemos lembrar que o parto era um evento natural na vida da mulher, assistido em ambiente domiciliar, com o marido por perto e geralmente uma parteira ou pessoa mais idosa, do tipo mãe ou avó dando suporte”, completou o médico, que nasceu amparado por uma parteira.

O professor de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC e coordenador do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de São Bernardo, Rodolfo Strufaldi, declara que faz parte do processo de humanização do atendimento à gestante e ao bebê permitir que a mulher esteja acompanhada por uma pessoa próxima, seja a mãe, a irmã ou o pai da criança.

Alguns profissionais de Direito não consideram o pai ou outro membro da família como acompanhante, visto que sua presença na ocasião do nascimento da criança é assegurado pelo artigo 21 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Contudo, se a prática configurasse um direito consuetudinário por ocasião do parto, talvez a necessidade da referida lei do acompanhante fosse diminuída ou mesmo anulada. A clareza da linguagem nos termos legais é imprescindível para a execução efetiva e satisfatória de seus dispositivos: o hospital Beneficência Portuguesa de Santo André, citado na reportagem, defendeu-se alegando que a lei aplica-se ao SUS, sendo desobrigados os hospitais particulares do cumprimento da lei nº 11.108, já que esta, em seu artigo 19-J, refere-se à obrigatoriedade nos serviços de saúde da rede própria ou conveniada. Todavia, o descritivo da lei é objetivo:

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Por sua vez, a lei nº 8.080, ao que refere-se à conduta justificada pela instituição, é precisa:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS :

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

Logo, o direito ao acompanhante não constitui um “privilégio” da mulher usuária da rede pública do SUS, mas uma medida que se aplica a todos os estabelecimentos de atendimento à saúde onde sejam realizados partos, independentemente de convênio público ou particular, observados os artigos supra referidos. Infelizmente, a conduta do hospital e maternidade Beneficência Portuguesa de Santo André é comum, induzindo ao erro interpretativo dos dispositivos legais em detrimento do direito assegurado às parturientes.

Em busca pela internet, encontramos os termos Lei do Parto e Lei do Parto Humanizado em referência à Lei do Acompanhante em blogues pessoais: menos que um engano, por este dado poderíamos considerar a nossa relativa imaturidade, como cidadãos, em relação à compreensão da dimensão do espectro legal diante de uma situação prevista – aqui, no caso, o parto. Tanto a população em geral quanto os profissionais de saúde, no âmbito prático, desconhecem o que dispõem as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.067 – GM, de 4 de julho de 2005, e nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Da primeira, constam os princípios, diretrizes e referências para o atendimento à saúde da mulher em seus processos reprodutivos e ao recém-nascido, ao passo que a segunda constitui o dispositivo legal que caracteriza os direitos e deveres dos usuários da saúde. Em seu teor, e do ponto de vista normativo, ambas dão conta de todos os aspectos que envolvem o atendimento humanizado, pois, segundo texto do próprio dispositivo de 2005, agem “definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido” e são, ainda, complementadas pela Resolução RDC nº 36, de 3 de julho de 2008, da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

Não faltam, portanto, referências técnicas sobre os procedimentos necessários à humanização do atendimento à saúde, sendo o Ministério da Saúde, em suas atribuições, bastante competente segundo os aspectos teórico e abstrato. Contudo, é interessante observar, sob ótica sociológica, o peso, no aspecto semântico, da palavra lei, ainda que, do ponto de vista executivo, lei e portaria tenham o mesmo peso.

Na Argentina, a Lei Nacional nº 25.929, ou Lei do Parto Humanizado, autodefine-se como os Direitos dos Pais e Filhos durante o Processo de Nascimento, sendo bastante minuciosa e assertiva:

Declaração de Interesse do Sistema Nacional de Informação Mulher, por parte do Senado da Nação

Declaração sobre a difusão do Parto Humanizado

A CÂMARA DOS DEPUTADOS DA NAÇÃO DECLARA

Solicitar ao Poder Executivo, que através do organismo que corresponda, inicie dentro de suas atividades uma campanha destinada a conscientizar a sociedade sobre a importância do acompanhamento da mulher durante o parto por uma pessoa de sua escolha, e dos benefícios que significa para a saúde do binômio mãe-filho.

O Senado e Câmara dos Deputados da Nação Argentina reunidos em Congresso, etc. sancionam com força de lei:

Art. 1º.- A presente lei será de aplicação tanto ao âmbito público como privado da atenção da saúde no território da Nação. As obras sociais regidas por leis nacionais e as entidades de medicina particulares deverão deve fornecer benefícios obrigatórios nos termos desta lei, que são incorporados automaticamente ao Programa Médico Obrigatório.

Art. 2º.- Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto, tem os seguintes direitos:

- a) A ser informada sobre as distintas intervenções médicas que poderão ocorrer durante estes processos, de modo que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas.
- b) A ser tratada com respeito, e de modo individual e personalizado que lhe garanta a intimidade durante todo o processo assistencial e tenha em consideração seus padrões culturais.
- c) A ser considerada, em sua situação a respeito do processo de nascimento, como pessoa sã, de modo que se facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto.
- d) Ao parto natural, respeitoso dos tempos biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e ministério de medicação que não estejam justificados pelo estado de saúde da parturiente ou da pessoa por nascer.
- e) A ser informada sobre a evolução de seu parto, o estado de seu filho ou filha e, em geral, que seja participante das diferentes atuações dos profissionais.
- f) A não ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo propósito seja de investigação, salvo consentimento manifestado por escrito e sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética.

- g) A estar acompanhada, por uma pessoa de sua confiança e escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.
- h) A ter a seu lado seu filho ou filha durante a permanência no estabelecimento sanitário, sempre que o recém-nascido não requeira de cuidados especiais.
- i) A ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios do aleitamento materno e receber apoio para amamentar.
- j) A receber assessoria e informação sobre os cuidados de si mesma, e do filho ou filha.
- k) A ser informada especificamente sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas sobre o filho ou filha e ela mesma.

Art. 3º.- Toda pessoa recém-nascida tem direito:

- a) A ser tratada de forma respeitosa e digna.
- b) A sua inequívoca identificação.
- c) A não ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo propósito seja de investigação ou docência, salvo consentimento, manifestado por escrito de seus representantes legais, sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética.
- d) A internação conjunta com sua mãe no quarto, e que a mesma seja o mais breve possível, tendo em consideração seu estado de saúde, bem como da mãe.
- e) Que seus pais recebam adequado assessoramento e informação sobre os cuidados para o seu crescimento e desenvolvimento, bem como de seu plano de vacinação.

Art. 4º.- O pai e a mãe da pessoa recém-nascida em situação de risco têm os seguintes direitos:

- a) A receber informações compreensíveis, suficiente e continuada, em um ambiente adequado, sobre o processo ou evolução da saúde do seu filho, incluindo o diagnóstico, prognóstico e tratamento.
- b) A ter acesso contínuo a seu filho, enquanto a situação clínica permita, bem como participar de seu cuidado e na tomada de decisões sobre sua assistência.
- c) A prestar seu consentimento manifestado por escrito a quantos exames ou intervenções que se queira submeter seu filho ou filha com fins de pesquisa, sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética.
- d) A que se facilite o aleitamento materno da pessoa recém-nascida sempre que não incida desfavoravelmente sobre sua saúde.
- e) A receber assessoramento e informação sobre os cuidados especiais do filho ou filha.

Art. 5º.- Será autoridade de aplicação da presente lei o Ministério da Saúde da Nação no âmbito de suas competências, nas províncias e na Cidade de Buenos Aires e suas respectivas autoridades sanitárias.

Art. 6º.- O não cumprimento das obrigações decorrentes da presente lei, por parte das obras sociais e instituições médicas privadas, bem como o não cumprimento por parte dos profissionais de saúde e seus colaboradores em que prestam serviços, será considerado falta grave aos fins punitivos, sob pena de responsabilidade civil ou penal que possa corresponder.

Artigo 7 º -. Esta Lei entra em vigor 60 (sessenta) dias após a sua promulgação.

Artigo 8 º -. Comunicado ao Executivo.

Dada no Salão do Congresso argentino, em Buenos Aires, no dia vinte e cinco de agosto de 2004.

Sanção - 25 de agosto de 2004

Promulgação – 17 de Setembro de 2004

A análise do dispositivo argentino evidencia a morosidade e relativo descompromisso e atraso das autoridades legais brasileiras e seus códigos diante da situação da assistência ao parto e nascimento, sendo outro fator relevante a taxa de cesarianas realizadas nestes dois países – enquanto em 1995 o índice de cirurgias no Brasil girava em torno de 36%, na Argentina este número não passava de 23%. Ainda assim, em março de 2009, a República Argentina sancionava a Lei nº 26.485 de “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais”, onde estão tipificadas seis tipos de violência contra a mulher, a saber: violência doméstica, institucional, laboral, violência contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática.

Em 25 de novembro de 2006, ao celebrar-se o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembléia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Esta substituiu a Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família de 1998 e foi publicada na Gazeta Oficial nº 38.647, de 19 de março de 2007. Esta nova lei tipifica 19 formas de violência contra a mulher, tendo a mais nova a **violência obstétrica** (GUERRA, 2008), sendo as demais: violência psicológica, assédio ou intimidação, ameaça, violência física, violência doméstica, violência sexual, acesso carnal violento, prostituição forçada, escravidão sexual, assédio sexual, violência laboral, violência patrimonial e econômica, esterilização forçada, violência midiática, violência institucional, violência

simbólica, tráfico de mulheres, meninas e adolescentes e, por fim, “la trata”⁶ de mulheres, meninas e adolescentes.

Ademais, é belíssima a introdução à lei em sua publicação oficial,⁷ onde se explicita o reconhecimento do Estado sobre a necessidade de políticas específicas às questões de gênero:

A luta das mulheres no mundo para obter reconhecimento de seus direitos humanos, sociais e políticos e o respeito à sua dignidade tem sido um esforço de séculos, que teve uma de suas expressões mais elevadas na Declaração dos Direitos Humanos da Mulher e Cidadã em 1791. Seu proponente, Olympe de Gouges, não conseguiu que os revolucionários franceses aprovassem tal declaração e, ao contrário, sua iniciativa foi uma das causas que determinaram sua morte na guilhotina.

Um gravíssimo problema, contra o qual tem lutado historicamente as mulheres de todo o planeta, é que a violência se exerce contra elas somente pelo fato de sê-lo. A violência de gênero encontra suas raízes profundas na característica patriarcal das sociedades em que prevalecem estruturas de subordinação e discriminação contra a mulher que consolidam a conformação de conceitos e valores que desqualificam sistematicamente a mulher, suas atividades e suas opiniões.

Assim, qualquer negativa ou rechaço ao poder masculino é vivida pelo homem agressor como uma transgressão a uma ordem “natural” que justifica a violência de sua reação contra a mulher. Se trata, pois, de uma violência que se dirige sobre as

⁶ A tradução do termo *trata* para o português seria a palavra *tráfico*, contudo se compreende que o que diferencia a trata do tráfico é um conceito, tornado claro no texto abaixo. Não há conceituação equivalente em nosso idioma.

“Los términos “trata de seres humanos” y “tráfico de migrantes” han sido usados como sinónimos pero se refieren a conceptos diferentes. El objetivo de la trata es la explotación de la persona, en cambio el fin del tráfico es la entrada ilegal de migrantes. En el caso de la trata no es indispensable que las víctimas crucen las fronteras para que se configure el hecho delictivo, mientras que éste es un elemento necesario para la comisión del tráfico.”

¿Qué es la trata de personas?

La trata consiste en utilizar, en provecho propio y de un modo abusivo, las cualidades de una persona. Para que la explotación se haga efectiva los tratantes deben recurrir a la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas.

Los medios para llevar a cabo estas acciones son la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, el rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad.

Además se considera trata de personas la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación.

La explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas, la servidumbre o la extracción de órganos.

¿Qué es el tráfico de migrantes?

*El tráfico ha sido definido como la facilitación de la entrada ilegal de una persona en un Estado del cual dicha persona no sea nacional o residente permanente con el fin de obtener, directa o indirectamente, un beneficio financiero u otro beneficio de orden material.” **

* <http://www.acnur.org/t3/que-hace/proteccion/trata-y-traffic-de-personas/>

⁷ Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>.

mulheres por serem consideradas, por seus agressores, carentes dos direitos fundamentais de liberdade, respeito, capacidade de decisão e de direito à vida.

A violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e de violação sistemática de seus direitos humanos, que mostra de forma dramática os efeitos da discriminação e subordinação da mulher por razões de gênero na sociedade.

O exercício dos direitos humanos das mulheres, em matéria de violência baseada no gênero, se vê afetado significativamente também pelas concepções jurídicas tradicionais, baseadas em paradigmas positivistas e sexistas. Até algumas décadas atrás se acreditava, em uma perspectiva generalista, que os maus tratos às mulheres era uma forma a mais de violência, com uma adição de excepcionalidade e causa possível na patologia do agressor da vítima. Desde os anos setenta do século XX é reconhecida sua especificidade e o fato de que suas causas estão nas características estruturais da sociedade. A compreensão do tema, então, exige algumas chaves explicativas que vão desde a insistência em sua especificidade e compreensão sociais, passando por uma denúncia de sua frequência e seu caráter não excepcional, mas comum.

[...] Em virtude de que é obrigação do Estado atender, prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres, devendo expedir as normas legais que sirvam para tais fins, se estabeleceram nesta lei todas as ações e manifestações da violência, tanto no âmbito intrafamiliar como fora do mesmo, dando lugar a novas definições como a violência institucional, midiática e laboral, entre outras, que afetam às mulheres em diferentes espaços de seu desempenho social.

Com esta lei se pretende criar consciência em todos os setores do país sobre o grave problema que constitui para a sociedade venezuelana que se violem os direitos da metade de sua população, por isso é necessário trabalhar em sua instrumentação e garantir o cumprimento da mesma.

5. A violência obstétrica tipificada legalmente

Os feitos dos governos argentino e venezuelano em reconhecer e prever a violência contra as mulheres no que diz respeito ao parto demonstram, para além de sua obrigação como Estado, relativo grau de maturidade de suas instâncias como poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Contudo, tanto a legitimação dos direitos como o reconhecimento do delito requerem esforços da

sociedade civil para a compreensão dos mesmos, o que se dá não sem resistência dos que passam a configurar-se como agressores. Tal processo é observável em trabalhos acadêmicos, como o que reproduzimos a seguir. Graciela Medina, sua autora, é advogada e doutora em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade de Mendoza (Argentina):

VIOLENCIA OBSTETRICA

1. Introducción

La ley Integral de Violencia contra la mujer enumera como específica manifestación de agresión hacia el género femenino la Violencia Obstétrica.

Este concepto no es precisamente conocido por los operadores del derecho, ni tampoco por los responsables de las ciencias médicas, motivo por el cual en el presente trabajo tenemos como objetivo conceptualizar la violencia obstétrica y determinar cuales son las leyes que la regulan.

Estimamos que para entender la dimensión exacta de la violencia obstétrica es ilustrativo relatar los antecedentes del *Observatorio de Salud Género y Derechos Humanos*.⁸

2. Antecedentes. Observatorio de Salud Género y Derechos Humanos

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos es el resultado de un proceso de investigación que comenzó en Junio de 2001 cuando llega a conocimiento de INSGENAR y CLADEM los malos tratos recibidos por una joven en un servicio de salud reproductiva de la Ciudad de Rosario.

A partir de allí se inició un estudio del tema sobre la base de las declaraciones de pacientes femeninas atendidas en hospitales públicos.

De la información recogida surgió que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de:

□ **Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales.** En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto

⁸ El observatorio de Salud Género y Derechos Humanos es una iniciativa del Instituto de Género Derecho y Desarrollo (**INSGENAR**) y del Comité de America Latina y el Caribe para la Defensa de los derechos de la mujer (**CLADEM**) que cuenta con el apoyo de la International Women Health Colition (**IWHC**) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (**UNEPA**). El Insgenrar, tiene sede en Rosario, y en esta Ciudad editó dos Libros: "Con todo al aire I" y "Con todo al aire II", bajo la coordinación de la Dra. Susana Chiarotti, de donde hemos tomados los datos que describimos.

por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos. Transcribiremos un testimonio que ayuda a comprender la magnitud de la humillación “me metieron mano mas o menos 13 estudiantes, sentí vergüenza, bronca, me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran”⁹.

□ **Violación del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones.** A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva.

De las declaraciones del Reporte DDHH; Rosario 2003, en muchas ocasiones surgen frases como “firma acá”, “te tengo que ligar las trompas”, “te tengo que hacer cesárea”, sin que estas locuciones vayan acompañadas de ninguna información adecuada.

□ **Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes.** Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, al personal de salud. Cabe tener en consideración que en esta última situación la víctima se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad, debido a que la penalización de ésta práctica, tanto legal como socialmente, coloca a las mujeres en la disyuntiva de salvar su vida a riesgo de ser denunciadas, amenazadas o maltratadas.

Son paradigma de los insultos y humillaciones que sufren las víctimas las siguientes frases, que se oyen con regularidad de boca de los operadores de salud “si te gustó lo dulce ahora aguántatela”, “sacáte la ropa, que ¿tenés vergüenza? Para abrirte no tenías”.

Los tratos crueles e inhumanos cuando mas se causan y se promueven es en los casos en que los trabajadores de la salud presumen que están ante un aborto provocado¹⁰, circunstancia en la que en muchas ocasiones, ex profeso, se practica

⁹ Testimonio extraído del Reporte DDHH “Reporte Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales Públicos”, Rosario 2003.

¹⁰ Aunque en muchos casos puede ser un aborto natural, la sola presunción de que se trate de un aborto auto provocado da lugar a estas reacciones. Al respecto son ilustrativos los testimonios dados en el libro “Con todo al aire 2” pag. 39 a 59 y www.insgenar.org.ar/observatorio

el legrado en carne viva, es decir sin anestesia y a la mujer se le dicen frases tales como “se abren de pierna y después mirá”. Y ante las súplicas por el dolor y el pedido de calmantes para mitigarlos es común escuchar “no querida ahora aguántatela mamá”, o “Ahora vienen acá y quieren que no les duela”.

Al margen de los obstáculos “comunes” para el acceso a la justicia en casos de violencia de género –como las limitaciones financieras y económicas– las víctimas de los malos tratos en los servicios de salud sexual y reproductiva encuentran obstáculos especiales en todas las fases de la administración de la justicia penal.

La pérdida de intimidad, sumada a la posibilidad de sufrir humillaciones en caso de que se revelen determinados actos, logra que las mujeres oculten que han sido objeto de torturas o malos tratos.

Sí los malos tratos se originan por un aborto inseguro, las mujeres ni se plantean la posibilidad de denunciar cómo fueron atendidas. Ello por el temor a la denuncia penal, al arresto y las consecuencias de la criminalización.¹¹

Por último en aquellos lugares alejados o zonas rurales, las mujeres se disuaden de realizar las denuncias por temor de perder la posibilidad de seguir usando ese “único” prestador.

4. Concepto de Violencia Obstétrica

Entendemos por violencia obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. El concepto de violencia obstétrica que tiene la ley de Venezuela es apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por

¹¹

Cabe recordar que a partir de la reforma del Código Procesal Penal numerosos precedentes resolvieron que debía instruirse sumario criminal a la mujer que prefería no morir y acudir al Hospital Público, para salvar su vida, para la averiguación del hecho contemplado en el art. 193 del Código, dejando de lado lo dispuesto en el plenario CNCRIM Y CORREC DE LA CAPITAL FEDERAL - EN PLENO - 26/08/1966. Natividad Frías, aunque en la actualidad, hay jurisprudencia que en el caso del aborto provocado la mujer busca auxilio médico porque se siente herida en su organismo, a veces con verdadero peligro de muerte y que su presencia ante el médico, para tratar el aborto, que si bien provocó, no puede controlar, en sus últimas consecuencias, implica mostrar su cuerpo, descubrirse en su más íntimo secreto, confesar su delito, y no puede ser inculpada, nadie está obligado a declarar contra si mismo, y no podría negarse que en tales casos, la obligación es urgida por el derecho a vivir. La evolución jurisprudencial puede consultarse en El valor de las decisiones judiciales para evitar la violencia contra la mujer. Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y Argentina sobre derechos humanos de las mujeres Revista en Revista de Derecho de Familia y de las Personas, nº 1 setiembre 2009, ed. LL.

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 mujeres".

5. Legitimados activos

Este tipo de violencia solo puede ser ejercida por "el personal de la salud". Una lectura simple de la norma podría hacer pensar que se limita a quienes se desempeñan en servicio ginecológico u obstétrico de un Hospital o Clínica, sin embargo el ámbito de los legitimados activos es más amplio.

Entendemos que deben considerarse legitimados activos para producir violencia obstétrica:

- a)** todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etc.
- b)** todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud.
- c)** quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales.
- d)** aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular.
- e)** quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estados.
- f)** las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas.

6. Las acciones configurativas de violencia obstétricas

Somos conscientes de la imposibilidad de la realización de una enumeración exhaustiva de todas las conductas que pueden producir violencia obstétrica. Sin ánimo de agotar el tema y solo a título ejemplificativo enumeraremos algunas de las conductas que surgen claras de la armonización de la ley 25.929 de parto humanizado y de la ley 26.485.

Las acciones con figurativas de violencia obstétrica pueden ser físicas o psíquicas:

6.1. Violencia obstétrica física. Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de

salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

6.2 Violencia obstétrica psíquica. Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica, obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

7. Las omisiones configurativas de violencia obstétrica.

7.1 Falta de anestesia en los legados. Una de las conductas omisivas mas frecuentes en violencia obstétrica está constituida por la omisión de anestesia cuando se realiza un legado ante la sospecha de un aborto auto provocado.

7.2 Omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

7.3 Omisión de intimidad. Cabe recordar que la ley de parto humanizado garantiza la intimidad durante todo el proceso asistencial, la que lógicamente debe ser prestada dentro de los medios con los que se cuenten.

7.4 Omisión de consideración de las pautas culturales.

Conclusión

Somos conscientes de la crisis por la que pasa el sistema de salud, de la carencia de infraestructuras adecuadas, de la escasez de recursos, de la exigüidad de los presupuestos, de la insuficiencia de personal y de la insuficiencia del apoyo tecnológico, pero pensamos que su extrema gravedad no justifican los malos tratos en un régimen jurídico basado en el respeto a los derechos humanos ya que ninguna miseria da derechos a dañar y menos a lesionar por el género en lo sexual o reproductivo.

O Dr. Gidder Benítez Guerra, professor agregado da Cátedra de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela, editor e diretor da Revista da Faculdade de Medicina, em seu artigo afirma:

Los aspectos relacionados con la violencia obstétrica se difundieron con rapidez entre los médicos, generando muchas dudas entre los gineco-obstetras.

Muchos argumentaron que esta Ley le permite a las pacientes hacer peticiones sin fundamento, relacionadas con la vía del parto o negarse a determinados procedimientos interfiriendo de esta forma la adecuada ejecución de su trabajo y el Estado, en lugar de crear una Ley que los sancione por ejercer su profesión, debería realizar mejoras sustanciales en los hospitales que garanticen una óptima atención a las embarazadas.

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, rectora de la especialidad en el país, en cumplimiento de lo establecido en su Estatuto, tomó la iniciativa de realizar jornadas para la información y contenido de la Ley. Estas jornadas se diseñaron de tal forma que trataron los aspectos médicos y jurídicos y se celebraron los días 11 y 12 de julio de 2007 con la asistencia de 104 profesionales de diferentes hospitales de Caracas.

En la *XXI Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología*, celebrada en la ciudad de Mérida del 31 de octubre al primero de noviembre de 2007, se realizó una conferencia plenaria sobre la Ley y en el *XXIV Congreso Nacional*, realizado en Maracaibo del 11 al 14 de marzo del presente año, se trató nuevamente y se analizó desde la perspectiva médica.

No obstante, muchos médicos no conocen bien esta Ley, los actos que se consideran violencia obstétrica y las sanciones que establece.

Sin pretender ser abogado, al analizar el texto de la Ley, es evidente que los médicos son quienes tienen los conocimientos pero deben informar a las pacientes y sus actuaciones estarán determinadas por los medios disponibles.

El artículo que se refiere a los actos de violencia obstétrica reza: ..” existiendo los medios necesarios para...” y “previo consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

“Artículo 51

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediata-mente al nacer.

Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

“En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”.

Si bien es cierto que en Venezuela existe una gran demanda de atención médica, que en la mayoría de los hospitales públicos y privados no existen los medios para el parto vertical y en las escuelas de medicina no se enseña este tipo de parto; tampoco es menos cierto que muchos médicos usan en forma indiscriminada oxitócicos en pacientes que no los necesitan, realizan cesáreas sin indicación precisa y sólo en muy pocas ocasiones utilizan el consentimiento informado a pesar de reconocer su gran importancia.

Muchas pacientes desconocen que tratamiento recibieron porque no se les informó y si esto se hizo fue con términos y expresiones que no entendieron.

Existen además otros actos no tipificados, aparentemente inadvertidos, que con el paso del tiempo tienden a convertirse en norma y que son inaceptables. Estos son el trato poco cortés, la falta de interés por preservar el pudor de las pacientes y la confidencialidad de los datos aportados por ellas; así como referirlas a múltiples centros hospitalarios, sin causas justificadas.

Debemos cumplir a cabalidad lo establecido en nuestro Código de Deontología(4) y no debemos omitir el consentimiento informado, pues constituye un derecho de todo paciente y está consagrado en la Constitución y las Leyes de la República(5) .

El Consentimiento informado nos libera de consecuencias previsibles pero no nos exonera de mal praxis médica por negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia de las normas. (GUERRA, 2008).

A legislação argentina e a venezuelana são bastante parecidas no que tange à definição factual de violência obstétrica: a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. No caso da lei venezuelana, complementa-se o conceito

com as consequências ou causalidades: trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Algumas diferenças, no entanto, podem ser levantadas na análise do corpo integral de cada dispositivo legal vigente. A Lei Nacional nº 26.485, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, vigente na Argentina desde 2009, conceitua violência contra a mulher, classificando cinco tipos, que se manifestam em cinco modalidades:

ARTICULO 4º — Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

ARTICULO 5º — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones

vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
- d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

ARTICULO 6º — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

- a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;
- b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

- c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;
- d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
- e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Sendo assim, a violência obstétrica pode conter, em sua manifestação (havendo a necessidade, portanto, de considerar cada caso individualmente), os tipos de violência física e sexual, no caso de uma episiotomia consentida, por exemplo, ou física, sexual e psicológica, se não houver consentimento da mulher em submeter-se ao procedimento.

A lei argentina é bastante semelhante, em sua estrutura, à Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família, de 1998, da Venezuela, onde define-se, além da violência contra a mulher e a família, a violência psicológica, física e sexual. O dispositivo venezuelano descreve os delitos como ameaça, violência física, violência sexual, acesso carnal violento, assédio sexual e violência psicológica.

A Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, vigente na Venezuela desde 2007, tem em seu texto a seguinte definição, bem como suas derivações nas formas concretizadas:

Artículo 14. Definición. La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende todo acto sexista o conducta inadecuada que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado.

Artículo 15. Formas de violencia. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes:

1.- Violencia psicológica: Es toda conducta activa u omisiva ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, marginalización, negligencia, abandono, celotipia, comparaciones destructivas, amenazas y actos que conllevan a las mujeres víctimas de violencia a disminuir su autoestima, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, a la depresión e incluso al suicidio.

2.- Acoso u hostigamiento: Es toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer que pueda atentar contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que puedan poner en peligro su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él.

3.- Amenaza: Es el anuncio verbal o con actos de la ejecución de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él.

4.- Violencia física: Es toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.

5.- Violencia doméstica: Es toda conducta activa u omisiva, constante o no, de empleo de fuerza física o violencia psicológica, intimidación, persecución o amenaza contra la mujer por parte del cónyuge, el concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantiene o mantuvo relación de afectividad, ascendientes, descendientes, parientes colaterales, consanguíneos y afines.

6.- Violencia sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha.

7.- Acceso carnal violento: Es una forma de violencia sexual, en la cual el hombre mediante violencias o amenazas, constriñe a la cónyuge, concubina, persona con quien hace vida marital o mantenga unión estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos sea cual fuere su clase, por alguna de estas vías.

8.- Prostitución forzada: Se entiende por prostitución forzada la acción de obligar a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza, o mediante coacción como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la opresión psicológica o el abuso del poder, esperando obtener o haber obtenido ventajas o beneficios pecuniarios o de otro tipo, a cambio de los actos de naturaleza sexual de la mujer.

9.- Esclavitud sexual: Se entiende por esclavitud sexual la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque con la obligación de realizar uno o más actos de naturaleza sexual.

10.- Acoso sexual: Es la solicitud de cualquier acto o comportamiento de contenido sexual, para sí o para un tercero, o el procurar cualquier tipo de acercamiento sexual no deseado que realice un hombre prevaleciendo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, y con la amenaza expresa o tácita de causarle a la mujer un daño relacionado con las legítimas expectativas que ésta pueda tener en el ámbito de dicha relación.

11.- Violencia laboral: Es la discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo: públicos o privados que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, tales como exigir requisitos sobre el estado civil, la edad, la apariencia física o buena presencia, o la solicitud de resultados de exámenes de laboratorios clínicos, que supeditan la contratación, ascenso o la permanencia de la mujer en el empleo. Constituye también discriminación de género en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual salario por igual trabajo.

12.- Violencia patrimonial y económica: Se considera violencia patrimonial y económica toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en los ámbitos público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles en menoscabo del patrimonio de las mujeres víctimas de violencia o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos; o la privación de los medios económicos indispensables para vivir.

13.- Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la 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 mujeres.

14.- Esterilización forzada: Se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.

15.- Violencia mediática: Se entiende por violencia mediática la exposición, a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.

16.- Violencia institucional: Son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano u ente público que contrariamente al debido ejercicio de sus atribuciones, retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley, para asegurarles una vida libre de violencia.

17.- Violencia simbólica: Son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

18.- Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes: Son todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, coerción o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material de carácter ilícito.

19.- Trata de mujeres, niñas y adolescentes: Es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza o de otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

Não há, na lei argentina, a tipificação dos delitos, tampouco as penas a serem aplicadas. Já na lei venezuelana, o delito é caracterizado, bem como as respectivas punições, tornando o dispositivo mais claro e sua execução, mais efetiva:

Artículo 39. Violencia psicológica. Quien mediante tratos humillantes y vejatorios, ofensas, aislamiento, vigilancia permanente, comparaciones destructivas o amenazas genéricas constantes, atente contra la estabilidad emocional o psíquica de la mujer, será sancionado con pena de seis a dieciocho meses.

Artículo 40. Acoso u hostigamiento. La persona que mediante comportamientos, expresiones verbales o escritas, o mensajes electrónicos ejecute actos de intimidación, chantaje, acoso u hostigamiento que atenten contra la estabilidad emocional, laboral, económica, familiar o educativa de la mujer, será sancionado con prisión de ocho a veinte meses.

Artículo 41. Amenaza. La persona que mediante expresiones verbales, escritos o mensajes electrónicos amenace a una mujer con causarle un daño grave y probable de carácter físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial, será sancionado con prisión de diez a veintidós meses.

Si la amenaza o acto de violencia se realizare en el domicilio o residencia de la mujer objeto de violencia, la pena se incrementará de un tercio a la mitad.

Si el autor del delito fuere un funcionario público perteneciente a algún cuerpo policial o militar, la pena se incrementará en la mitad.

Si el hecho se cometiere con armas blancas o de fuego, la prisión será de dos a cuatro años.

Artículo 42. Violencia física. El que mediante el empleo de la fuerza física cause un daño o sufrimiento físico a una mujer, hematomas, cachetadas, empujones o lesiones de carácter leve o levísimo, será sancionado con prisión de seis a dieciocho meses.

Si en la ejecución del delito, la víctima sufre lesiones graves o gravísimas, según lo dispuesto en el Código Penal, se aplicará la pena que corresponda por la lesión infringida prevista en dicho Código, más un incremento de un tercio a la mitad. Si los actos de violencia a que se refiere el presente artículo ocurren en el ámbito doméstico, siendo el autor el cónyuge, concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantenga relación de afectividad, aun sin convivencia, ascendiente, descendiente, pariente colateral, consanguíneo o afín de la víctima, la pena se incrementará de un tercio a la mitad.

La competencia para conocer el delito de lesiones conforme lo previsto en este artículo corresponderá a los tribunales de violencia contra la mujer, según el procedimiento especial previsto en esta Ley.

Artículo 43. Violencia sexual. Quien mediante el empleo de violencias o amenazas constriña a una mujer a acceder a un contacto sexual no deseado que comprenda penetración por vía vaginal, anal u oral, aun mediante la introducción de objetos de cualquier clase por alguna de estas vías, será sancionado con prisión de diez a quince años.

Si el autor del delito es el cónyuge, concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien la víctima mantiene o mantuvo relación de afectividad, aun sin convivencia, la pena se incrementará de un cuarto a un tercio. El mismo incremento de pena se aplicará en los supuestos que el autor sea el ascendiente, descendiente, pariente colateral, consanguíneo o afín de la víctima.

Si el hecho se ejecuta en perjuicio de una niña o adolescente, la pena será de quince a veinte años de prisión.

Si la víctima resultare ser una niña o adolescente, hija de la mujer con quien el autor mantiene una relación en condición de cónyuge, concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantiene o mantuvo relación de afectividad, aún sin convivencia, la pena se incrementará de un cuarto a un tercio.

Artículo 44. Acto carnal con víctima especialmente vulnerable. Incorre en el delito previsto en el artículo anterior y será sancionado con pena de quince a veinte años de prisión, quien ejecute el acto carnal, aun sin violencias o amenazas, en los siguientes supuestos:

- 1.- En perjuicio de mujer vulnerable, en razón de su edad o en todo caso con edad inferior a trece años.
- 2.- Cuando el autor se haya prevalido de su relación de superioridad o parentesco con la víctima, cuya edad sea inferior a los dieciséis años.
- 3.- En el caso que la víctima se encuentre detenida o condenada y haya sido confiada a la custodia del agresor.
- 4.- Cuando se tratare de una víctima con discapacidad física o mental o haya sido privada de la capacidad de discernir por el suministro de fármacos o sustancias psicotrópicas.

Artículo 45. Actos lascivos. Quien mediante el empleo de violencias o amenazas y sin la intención de cometer el delito a que se refiere el artículo 43, constriña a una

mujer a acceder a un contacto sexual no deseado, afectando su derecho a decidir libremente su sexualidad, será sancionado con prisión de uno a cinco años.

Si el hecho se ejecuta en perjuicio de una niña o adolescente, la pena será de dos a seis años de prisión.

En la misma pena incurrirá quien ejecute los actos lascivos en perjuicio de la niña o adolescente, aun sin violencias ni amenazas, prevaleciéndose de su relación de autoridad o parentesco.

Artículo 46. Prostitución forzada. Quien mediante el uso de la fuerza física, la amenaza de violencia, la coacción psicológica o el abuso de poder, obligue a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual con el objeto de obtener a cambio ventajas de carácter pecuniario o de otra índole, en beneficio propio o de un tercero, será sancionado con pena de diez a quince años de prisión.

Artículo 47. Esclavitud sexual. Quien prive ilegítimamente de su libertad a una mujer con fines de explotarla sexualmente mediante la compra, venta, préstamo, trueque u otra negociación análoga, obligándola a realizar uno o más actos de naturaleza sexual, será sancionado con pena de quince a veinte años de prisión.

Artículo 48. Acoso sexual. El que solicitare a una mujer un acto o comportamiento de contenido sexual para sí o para un tercero o procurare un acercamiento sexual no deseado, prevaleciéndose de una situación de superioridad laboral o docente o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, con la amenaza de causarle un daño relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será sancionado con prisión de uno a tres años.

Artículo 49. Violencia laboral. La persona que mediante el establecimiento de requisitos referidos a sexo, edad, apariencia física, estado civil, condición de madre o no, sometimiento a exámenes de laboratorio o de otra índole para descartar estado de embarazo, obstaculice o condicione el acceso, ascenso o la estabilidad en el empleo de las mujeres, será sancionado o sancionada con multa de cien (100 U.T.) a mil unidades tributarias (1.000 U.T.), según la gravedad del hecho.

Si se trata de una política de empleo de una institución pública o empresa del Estado, la sanción se impondrá a la máxima autoridad de la misma. En el supuesto de empresas privadas, franquicias o empresas transnacionales, la sanción se impondrá a quien ejerza la máxima representación en el país.

La misma sanción se aplicará cuando mediante prácticas administrativas, engañosas o fraudulentas se afecte el derecho al salario legal y justo de la trabajadora o el derecho a igual salario por igual trabajo.

Artículo 50. Violencia patrimonial y económica. El cónyuge separado legalmente o el concubino en situación de separación de hecho debidamente comprobada, que sustraiga, deteriore, destruya, distraiga, retenga, ordene el bloqueo de cuentas bancarias o realice actos capaces de afectar la comunidad de bienes o el patrimonio propio de la mujer, será sancionado con prisión de uno a tres años. La misma pena se aplicará en el supuesto de que no exista separación de derecho, pero el autor haya sido sometido a la medida de protección de salida del hogar por un órgano receptor de denuncia o a una medida cautelar similar por el Tribunal de Control, Audiencia y Medidas competente. En el caso de que los actos a que se refiere el presente artículo estén dirigidos intencionalmente a privar a la mujer de los medios económicos indispensables para su subsistencia, o impedirle satisfacer sus necesidades y las del núcleo familiar, la pena se incrementará de un tercio a la mitad.

Si el autor del delito a que se refiere el presente artículo, sin ser cónyuge ni concubino, mantiene o mantuvo relación de afectividad con la mujer, aun sin convivencia, la pena será de seis a doce meses de prisión. En los supuestos a que se refiere el presente artículo podrán celebrarse acuerdos reparatorios según lo dispuesto en el Código Orgánico Procesal Penal.

Artículo 51. Violencia obstétrica. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- 1.- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
 - 2.- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
 - 3.- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
 - 4.- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
 - 5.- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Artículo 52. Esterilización forzada. Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón medica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de dos a cinco años. El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Artículo 53. Ofensa pública por razones de género. El o la profesional de la comunicación o que sin serlo, ejerza cualquier oficio relacionado con esa disciplina, y en el ejercicio de ese oficio u ocupación, ofenda, injurie, denigre de una mujer por razones de género a través de un medio de comunicación, deberá indemnizar a la mujer víctima de violencia con el pago de una suma no menor a doscientas (200 U.T.) ni mayor de quinientas unidades tributarias (500 U.T.) y hacer públicas sus disculpas por el mismo medio utilizado para hacer la ofensa y con la misma extensión de tiempo y espacio.

Artículo 54. Violencia institucional. Quien en el ejercicio de la función pública, independientemente de su rango, retarde, obstaculice, deniegue la debida atención o impida que la mujer acceda al derecho a la oportuna respuesta en la institución a la cual ésta acude, a los fines de gestionar algún trámite relacionado con los derechos que garantiza la presente Ley, será sancionado o sancionada con multa de cincuenta (50 U.T.) a ciento cincuenta unidades tributarias (150 U.T.).

El tribunal competente remitirá copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al órgano de adscripción del o la culpable, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Artículo 55. Tráfico ilícito de mujeres, niñas y adolescentes. Quien promueva, favorezca, facilite o ejecute la entrada o salida ilegal del país de mujeres, niñas o adolescentes, empleando engaños, coerción o fuerza con el fin de obtener un beneficio ilícito para sí o para un tercero, será sancionado o sancionada con pena de diez a quince años de prisión.

Artículo 56. Trata de mujeres, niñas y adolescentes. Quien promueva, favorezca, facilite o ejecute la captación, trans(porte, la acogida o la recepción de mujeres, niñas o adolescentes, mediante violencias, amenazas, engaño, rapto, coacción u otro medio fraudulento, con fines de explotación sexual, prostitución, trabajos forzados, esclavitud, adopción irregular o extracción de órganos, será sancionado o sancionada con prisión de quince a veinte años.

Artículo 57. Obligación de aviso. El personal de salud que atienda a las mujeres víctimas de los hechos de violencia previstos en esta Ley, deberá dar aviso a

cualesquiera de los organismos indicados en el artículo 71 de la misma, en el término de las veinticuatro horas siguientes por cualquier medio legalmente reconocido. Este plazo se extenderá a cuarenta y ocho horas, en el caso que no se pueda acceder a alguno de estos órganos por dificultades de comunicación.

El incumplimiento de esta obligación se sancionará con multa de cincuenta (50 U.T.) a cien unidades tributarias (100 U.T.), por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa.

Artículo 58. Obligación de tramitar debidamente la denuncia. Serán sancionados o sancionadas con la multa prevista en el artículo anterior, los funcionarios y funcionarias de los organismos a que se refiere el artículo 71 de esta Ley, que no tramitaren debidamente la denuncia dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a su recepción.

En virtud de la gravedad de los hechos podrá imponerse como sanción, la destitución del funcionario o la funcionaria.

Artículo 59. Obligación de implementar correctivos. Toda autoridad jerárquica en centros de empleo, de educación o de cualquier otra índole, que en conocimiento de hechos de acoso sexual por parte de las personas que estén bajo su responsabilidad, no ejecute acciones adecuadas para corregir la situación y prevenir su repetición, será sancionada con multa de cincuenta (50 U.T.) a cien unidades tributarias (100 U.T.). El órgano jurisdiccional especializado competente estimará a los efectos de la imposición de la multa, la gravedad de los hechos y la diligencia que se ponga en la corrección de los mismos.

Artículo 60. Reincidencia. Se considerará que hay reincidencia cuando después de una sentencia condenatoria definitivamente firme o luego de haberse extinguido la condena, la persona cometiere un nuevo hecho punible de los previstos en esta Ley.

O dispositivo venezuelano também prevê, em seu corpo, as responsabilidades civis daquele que comete o delito, assegurando à mulher ou a seus herdeiros o direito de reparação ou indenização do dano causado:

Artículo 61. Indemnización. Todos los hechos de violencia previstos en esta Ley acarrearán el pago de una indemnización a las mujeres víctimas de violencia o a sus herederos y herederas en caso de que la mujer haya fallecido como resultado de esos delitos, el monto de dicha indemnización habrá de ser fijado por el órgano jurisdiccional especializado competente, sin perjuicio de la obligación de pagar el tratamiento médico o psicológico que necesitare la víctima.

Artículo 62. Reparación. Quien resultare condenado por los hechos punibles previstos en esta Ley, que haya ocasionado daños patrimoniales en los bienes muebles e inmuebles de las mujeres víctimas de violencia, estará obligado a repararlos con pago de los deterioros que hayan sufrido, los cuales serán determinados por el órgano jurisdiccional especializado competente. Cuando no sea posible su reparación, se indemnizará su pérdida pagándose el valor de mercado de dichos bienes.

Artículo 63. Indemnización por acoso sexual. Quien resultare responsable de acoso sexual deberá indemnizar a la mujer víctima de violencia en los términos siguientes:

1.- Por una suma igual al doble del monto de los daños que el acto haya causado a la persona acosada en su acceso al empleo o posición que aspire, ascenso o desempeño de sus actividades.

2.- Por una suma no menor de cien (100 U.T.) ni mayor de quinientas unidades tributarias (500 U.T.), en aquellos casos en que no se puedan determinar daños pecuniarios. Cuando la indemnización no pudiese ser satisfecha por el condenado motivado por estado de insolvencia debidamente acreditada, el tribunal de ejecución competente podrá hacer la conversión en trabajo comunitario a razón de un día de trabajo por cada unidad tributaria.

De modo geral, o dispositivo legal venezuelano é bastante preciso em sua forma de coibir e erradicar a violência obstétrica, bem como outras modalidades de violência ou delitos, por seu caráter altamente rigoroso e punitivo. Explicita o que não deve fazer, ao profissional da saúde, a uma mulher gestante ou em trabalho de parto, sob pena de sofrer as consequências legais determinadas pela lei orgânica. Não há lei semelhante, no corpo legal venezuelano, à Lei Nacional nº 25.929 da República Argentina, cabendo à sociedade civil, mobilizada em organizações como a REVEHUNA – Rede Venezuelana de Humanização do Nascimento, ações que levem ao conhecimento de mulheres e pais os seus direitos e os de seus filhos durante o nascimento. Não há na lei venezuelana, inclusive, nenhuma menção ao direito ao acompanhante ou sua presença como fator de bem-estar e eleição da mulher, ou como devem ser tratados mães, pais e filhos no âmbito do atendimento à saúde, salvo os direitos à proteção da maternidade, vínculo materno-filial e aleitamento materno, resguardados pelos artigos 44, 45 e 46 da Lei Orgânica de Proteção aos Meninos, Meninas e Adolescentes. Falta, neste sentido, à legislação venezuelana, a normatização do que se compreende como humanização do atendimento ao parto, bem como o entendimento deste processo como um evento familiar. Analisando por este olhar, a estrutura legal argentina indica um caminho mais seguro na construção de uma praxis

médica e social que atendam não somente à garantia dos direitos da mulher contra a violência, mas à sociedade em seus processos de continuidade e estruturação biológica, cultural e política.

Contudo, além da importância da conceituação da violência obstétrica e seus correlativos, é também muito importante o reconhecimento e igual tratamento da violência institucional, haja vista que a maioria dos partos acontece em hospitais, podendo a mulher sofrer a violação de seus direitos por um servidor técnico-administrativo, logo no momento de sua admissão. A figuração das violências psicológica e física desdobradas nas formas de ameaça e assédio são também relevantes para situar com mais exatidão o grau e intensidade da violência sofrida pelas mulheres durante a gestação e parto.

Um ponto importante a ser ressaltado é o entendimento que se tem sobre estes tipos de violência no Brasil e, para isso, tomaremos como exemplo um trabalho acadêmico: a tese de doutorado de Janaína Marques de Aguiar, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, *Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*, orientado pela Dr.^a Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira. Este trabalho aborda a violência sofrida por mulheres nas maternidades do Sistema Único de Saúde, agrupando todas as variações de maus tratos físicos e psicológicos sob o termo violência institucional, justificando:

Embora ainda sejam poucos os estudos que abordam este tema, se comparados com a literatura científica sobre a violência contra a mulher de uma forma geral, alguns autores apontam que a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda social (caracterizando um sucateamento da saúde), também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para suas vidas e a de seus bebês [...]. Por outro lado, o desconhecimento e a falta de respeito para com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além da tácita imposição de normas e valores morais depreciativos por parte do profissionais, também são apontados como importantes fatores na formação da complexa trama de relações que envolvem os atos de violência institucional contra gestantes, puérperas e mulheres em situação de abortamento [...]. Estes maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto ao gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social

de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica. [...]

se considerarmos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência nesse campo é fundamentalmente uma violência de gênero. E, uma vez que o próprio conceito de gênero está interligado a fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e étnicos, já que as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual estão inseridas, esta violência perpetrada nas maternidades (públicas ou privadas) é atravessada também por estas questões. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010).

Com isso, a autora consegue delinear todos os fatores a serem empregados em sua análise, de modo a torná-la abrangente tanto do ponto de vista técnico, quanto político e cultural, construindo uma abordagem eficiente dos problemas que compõem a questão da violência e má qualidade dos serviços de saúde prestados às mulheres. Todavia, a colocação, em seu texto, de que “Ao se falar da violência institucional nas maternidades (como uma violência exercida por profissionais de saúde contra suas pacientes) a princípio a associação a que somos remetidos é dessa violência como um uso abusivo do poder do qual são investidos esses profissionais numa relação que é por definição sempre assimétrica: entre um sujeito que detém um determinado saber sobre a saúde e o cuidado com o corpo e, outro, que se “sujeita” a este cuidado por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber”, obriga a deparar-nos diante das especificidades da realidade brasileira, ao que ponderamos:

- a) o que se considera violência institucional compreende a atuação do profissional de saúde dentro da instituição de atendimento, atrelando, de certa maneira, sua atuação às condições físicas, organizacionais e de recursos da mesma;
- b) a relação profissional-paciente é, por construção social e histórica, opressora e violenta;
- c) a sujeição da paciente às decisões do profissional de saúde não ocorre mediante esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados tampouco mediante o consentimento por parte da mulher;
- d) tal sujeição não encontra equipamentos sociais disponíveis para sua reversão.

Diante dessas colocações, o risco de considerarmos, exclusivamente, a violência obstétrica como um traço da violência institucional se dá pela manutenção do constructo que perpetua o abuso das

ações cometidas pelo profissional de saúde, não o considerando um responsável civil pelos seus atos. Sobre este fato, novamente a afirmação de Diniz se mostra pertinente, ao considerar as políticas de humanização como estratégias menos acusatórias no diálogo com os profissionais de saúde. Outro risco é o do Estado continuar sendo condescendente para com a atuação negligente, imprudente e danosa do profissional de saúde, que encontra nas condições estruturais da instituição de atendimento as justificativas para os seus atos. E a mais grave de todas as considerações: continuar negando às mulheres os meios para fazer valer seus direitos como pessoa humana, em circunstâncias específicas de sua existência.

À realidade brasileira, observamos que: 1) deve-se fazer cumprir os dispositivos legais já existentes; 2) deve-se corrigir seus dispositivos, de modo a não permitir interpretações que venham subtrair um direito que se pressupõe estar atribuído; 3) criar novos dispositivos, assegurando que se cumpra a totalidade do que se preconiza nas campanhas governamentais de humanização.

Diante de cenário tão deficiente, a sociedade civil, através de coletivos de saúde, organizações e grupos de mulheres, já se organiza no Brasil, denunciando a vergonhosa situação do país que sustenta os maiores índices de cirurgias cesarianas em todo o mundo, bem como índices de morbimortalidade materno-infantil que apresentam-se estacionados, apesar dos esforços governamentais e crescente acesso a tecnologias.

Em 25 de novembro de 2012, Dia Internacional para Eliminação da Violência contra as Mulheres, foi lançado o video-documentário Violência obstétrica — A voz das brasileiras, produzido entre outubro e novembro do mesmo ano, com depoimentos coletados, após chamada na internet, de mulheres que tenham sofrido violências físicas e psicológicas quando do nascimento de seus filhos, além de procedimentos considerados desnecessários e tiveram descumprido o direito ao acompanhante, já assegurado por lei.



Violência Obstétrica - a voz das brasileiras¹²

Vídeodocumentário popular produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan.

Disponível em: <http://youtu.be/eg0uvonF25M>

¹² Disponível em: <http://youtu.be/eg0uvonF25M>

6. O aborto na realidade da atenção obstétrica no Brasil

A complicação de aborto é uma das principais causas de mortalidade materna registradas no Brasil, sendo considerado que é subnotificado (MENEZES, 2009 apud VICTORA, 2011) devido às questões legais, culturais e religiosas de mulheres e profissionais de saúde. Em 2002, 11,4% de todas as mortes maternas foram relacionadas a complicações registradas de aborto (LAURENTI, 2004 apud VICTORA, 2011).

“A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais.”
(BRASIL, 2005)

Mulheres em situação de abortamento espontâneo ou induzido que dão entrada em serviços de saúde de atenção obstétrica e pronto socorros frequentemente encontram dificuldades para conseguir atendimento adequado e humanizado. A dificuldade de acesso a serviços qualificados de saúde pode ser considerada como um fator indireto que contribui com a ocorrência da mortalidade materna.

"Em relação à legislação sobre criminalização do aborto, foi reconhecida a revisão das disposições punitivas para as mulheres que passam por aborto, conforme recomendação Geral nº 24 (CEDAW, 2007)."
(REIS et al, 2011)

"Cabe ressaltar que a OMS considera o aborto inseguro uma das causas de mortalidade materna mais facilmente evitáveis (WHO, 2010 apud BRASIL, 2011)"
Saúde Brasil 2011 - Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher (BRASIL, 2011)

Na pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC¹³, em 2010, foi constatado que 25% das mulheres entrevistadas tiveram gestação interrompida, 22% declararam terem sofrido aborto natural, e 4% admitiram interromper voluntariamente a gestação. 53% das mulheres que declararam ter provocado aborto e procuraram assistência a saúde sofreram algum tipo de violência no atendimento, sendo estas:

- serem tratadas como suspeitas, questionadas insistentemente se haviam tirado o bebê;
- não receberam informações sobre os procedimentos realizados;
- foram acusadas de criminosas, e ameaçadas de serem entregues à polícia;
- aguardaram horas, não sabendo se seriam internadas ou não;
- foram internadas, sem receber explicações;
- foram culpabilizadas, mediante a exposição dos restos fetais seguida da frase “olha só o que você fez!”.

Segundo a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, o profissional de saúde, no atendimento à mulher em abortamento, deve proceder segundo estes critérios:

- Não cabe objeção de consciência no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.
- É dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.
- Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e éticoprofissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.
- Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

¹³ Disponível em <http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

- Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.
- Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e com pouco conteúdo a ser esvaziado, e satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas apenas com apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários. Na maior parte dos procedimentos, é suficiente o uso de analgésicos não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação. Algumas mulheres precisam receber drogas tranqüilizantes, como o diazepam ou o midazolan, quando a ansiedade passa a ser componente prejudicial ao atendimento.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da bioética (ética aplicada à vida):

- a) Autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
- b) Beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
- c) Não-maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar);
- d) Justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde.

7. Do reconhecimento da violência obstétrica

Se muitas vezes os meios de comunicação prestam desserviço no que se refere à disseminação de informações a respeito dos direitos sociais e reprodutivos das mulheres, assim como muitos outros assuntos de interesse e importância sociais, temos que reconhecer que, graças à exposição midiática de certos acontecimentos, a sociedade – ou parte significativa dela – toma conhecimento de realidades bastante indesejáveis, e que necessitam de ações e mudanças.

Nesse movimento, foi realizada, em 2010, uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em parceria entre Fundação Perseu Abramo e SESC. Essa pesquisa revelou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor (apesar de medicamento indicado), realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (VENTURI et al., 2010).

A tese de Janaína Marques Aguiar é, neste sentido, bastante relevante pois, além de ser ela mesma um registro das experiências e opiniões dos atores envolvidos no parto hospitalar – parturiente, médicos e enfermeiros – acerca das relações de poder, autoridade e cuidado, explicita, na fala dos mesmos, o reconhecimento da desigualdade, abuso, preconceito, discriminação, maus tratos, impunidade e injustiça que envolvem o contexto do atendimento à saúde de mulheres em processo reprodutivo. No referido trabalho, foram ouvidas e entrevistadas 21 mulheres, 10 médicos ginecologista-obstetras, 5 enfermeiras e 3 técnicas de enfermagem, além de citar como referência pesquisas da mesma natureza que chegaram a entrevistar 9.633 mulheres em 47 instituições de atendimento à saúde. A maior parte dos depoimentos é bastante forte e ilustrativa, chamando a atenção, por seu caráter sintético, a seguinte colocação proferida por um dos médicos entrevistados:

“Duvido que você reclame. Do teu marido não é maior?” [...] Assim, você não tem como provar, não tem como denunciar isso porque você não tem como filmar, entende? Essa denúncia tem que vir da mulher, mas testemunhas (outros funcionários) já vieram falar. [...] Indignados. Entendeu? Então isso é uma grande violência, mas o quê que a gente faz? (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2010)

(relato da atuação de um colega de trabalho que desrespeitou verbalmente uma paciente que se queixava de um exame de toque, ironizando sua conduta mediante a comparação do seu dedo com o pênis do suposto companheiro da mulher)

Ao estudarmos sua tese, observamos que a consequência de uma série extensa de condutas e tratamentos inadequados na assistência às mulheres em trabalho de parto é o aumento significativo de seu sofrimento, o qual, naturalmente, é evitado ou exteriorizado, reativamente. As agressões sofridas, de natureza física ou verbal, determinam em maior ou menor grau o comportamento e a percepção da mulher acerca da experiência do seu parto. Estigmatizações como “escandalosa”, “descontrolada” e “irresponsável” (referindo-se aos casos de mulheres de baixa escolaridade que já possuem outros filhos quando da ocasião do atendimento ao parto), entre outras, são levantadas por Aguiar, e se cristalizam na conformação da experiência, seja através da reatividade ou da culpabilização da paciente.

Muitas vezes, a violência se dá de modo velado, silencioso. É assim, por exemplo, que alguns protocolos institucionais que em princípio visariam humanizar o atendimento são efetivados de modo a reforçar, na mulher, o sentimento de abandono, configurando-se como violência. Tal fato se explicita no trabalho de Heloísa Salgado (2012), que coletou o seguinte relato:

“Até hoje é rotina da maternidade, após a cesárea, o bebê é colocado entre os joelhos da mãe, pois já que não sentimos as pernas, o bebê não cai. Ninguém me ajudou, eu não conseguia levantar a cabeça para ver se ela estava incomodada com algo, não conseguia pegá-la, e não tinha ninguém na sala de recuperação. São 2 circulantes para 6 ou 8 leitos. Eu trabalhei nessa maternidade depois, e vi que era rotina. Sou formada hoje além de doula, como técnica em enfermagem. Ficamos cerca de 1 hora a 1:30 ali, com ela no meio das minhas pernas. [E se o bebê chora, e as circulantes estão ocupadas, ele fica chorando? Tem como chamar uma das circulantes?] Fica chorando, porque não tem campainha, não tem acompanhante pra ajudar ou chamar alguém, então a mãe TEM que esperar alguém resolver vir.” (SALGADO, 2012).

A relação de desigualdade entre a mulher e o profissional de saúde, a que Aguiar refere-se como assimetria da relação, torna-se bastante evidente se analisarmos as situações e seus possíveis desdobramentos do ponto de vista jurídico: uma paciente que, acuada ou agredida, reagir violentamente à ação sob ela impetrada pode, de acordo com o Artigo 331 do Código Penal -

Decreto Lei 2848/40, ser enquadrada sob o crime de desacato a funcionário público.¹⁴ À mulher, nenhuma proteção legal imediata é conferida, visto serem considerados os atos médicos concernentes a sua autoridade e atuação profissional. Além disso, há dificuldade para levar adiante, judicialmente, qualquer denúncia a respeito do caráter violento e danoso do profissional de saúde, como o relato mencionado anteriormente, de um médico que aponta a dificuldade de provar as agressões. De modo geral, as parturientes também desconhecem seus direitos, o que colabora para manter e perpetuar tais condutas abusivas, configurando a “crise da confiança” e da ética no exercício das relações.

A violência também é utilizada algumas vezes pelas pacientes como estratégia de resistência. Tal como apontado pelos profissionais entrevistados, muitas pacientes chegam à maternidade com uma postura defensiva; pouco disponíveis para o diálogo; esperando serem agredidas e acabam reagindo da mesma forma para se defender. Entretanto, essa estratégia individualizada de defesa não lhes restitui qualquer poder na relação com o profissional, que se mantém cada vez mais assimétrica. A paciente continua sendo o polo mais vulnerável à violência, ainda que ela se utilize da mesma como uma forma de defesa, porque o ciclo de violência não se interrompe. [...] para que o sofrimento alheio cause alguma mobilização de indignação no indivíduo é necessário que esse sofrimento seja percebido como resultado de uma injustiça. Quando essa associação não é feita, frequentemente a postura adotada é a de resignação. Abstém-se de qualquer responsabilidade pessoal ao se conceber que o sofrimento do outro não é causado por uma injustiça, mas sim por uma questão de causalidade do destino, causalidade econômica ou sistêmica. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010).

8. Caracterização da violência obstétrica

De acordo com o que observamos nos relatos das mulheres vítimas de algum tipo de violência durante a gestação e o parto, com as legislações vigentes na Venezuela e Argentina acerca do

¹⁴ O anteprojeto do Código Penal prevê a revogação do crime de desacato, configurando como injúria ato sofrido por funcionário público. Dessa maneira, pressupõe-se estabelecer uma relação de paridade entre as partes. Contudo, a injúria a funcionário público no exercício de suas funções pode dobrar a pena prevista.

tema, e na falta de referências na produção técnica e judiciária brasileiras, elaboramos uma tipificação própria para a abordagem das modalidades de violência obstétrica no Brasil, e que abarcasse ao máximo as situações desrespeitosas e degradantes com as quais nos deparamos. A razão pela qual não abordamos a violência obstétrica como sendo aquela praticada única e exclusivamente por profissional da saúde deve-se ao fato de constatarmos, conforme será exemplificado mais adiante, que são plurais as fontes de agressão contra as mulheres em seu processos reprodutivos – sobre estes, consideramos também o aborto, diante dos inúmeros relatos de maus tratos e violências nesta circunstância. É, também, uma maneira de incluir os aspectos relativos à esterilização.

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.

Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.

Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.

Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.

Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce

Podem, em um mesmo fato, mesclarem-se os caracteres de violência obstétrica.

“Parirás com dor”

Relatos e registros da violência a que são submetidas
mulheres na assistência ao ciclo gravídico puerperal no Brasil

*Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa
senão em virtude de lei;*

*Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento
desumano ou degradante;*

*São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem
das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo
dano material ou moral decorrente de sua violação;*

*São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação,
o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança,
a previdência social,
a proteção à maternidade e à infância,
a assistência aos desamparados,
na forma desta Constituição.*

(Constituição Federal, 1988)

Na maternidade, estas mulheres experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, como: a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho, e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades públicas.

(AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011)

9. Descumprimento das normatizações e legislação vigentes

9.1. Proibição do acompanhante

Descumprimento da Lei 11.108/2005, RDC nº 38/2008 da ANVISA e do Estatuto da Criança e do Adolescente (no caso de adolescente grávida)

As pesquisas apontam que presença de um acompanhante no parto apresentou diversos benefícios para mãe e para o bebê e desde 1985 a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado que a mulher tenha um acompanhante no parto. Dos benefícios proporcionados apenas pela presença de um acompanhante: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto. Caso o nascimento seja por uma cesárea, os benefícios da presença do acompanhante incluem: diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno.

Diante de tantos benefícios comprovados da intervenção simples que é a presença de um acompanhante para a mulher em trabalho de parto e parto, quais seriam as justificativas para impedir a entrada e a permanência de um acompanhante escolhido pela mulher? Por qual motivo impedir o acesso a tantos benefícios para a saúde de mãe e bebê?

A privação do direito ao acompanhante durante a cesárea e após a cirurgia é tão recorrente em nosso país que pesquisas denominam a recuperação anestésica como o período de ficar “largada no cantinho” (SALGADO, 2012; LINO, 2010).

Foi possível verificar, por meio das entrevistas, que ficar sozinha na recuperação foi um dado importante observado no conjunto do material empírico, pois, para este grupo, esse foi um momento de grande desconforto, falta de informação e solidão, como será visto adiante.

“no pós-parto me senti sozinha e muito angustiada, sem atenção das técnicas de enfermagem e/ou informações sobre meu marido e sobre meu bebê.”
(SALGADO, 2012)

Os argumentos mais comuns são “O anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”. “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”, “O hospital tem suas próprias regras.”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto”.

De modo geral, “desculpas” dessa natureza constituem violência obstétrica de caráter institucional e, por seus desdobramentos causais, conseqüentemente a ocorrência de violência obstétrica de caráter psicológico.

“Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse ‘Então eu vou embora e você faz o parto’.”

C.M., atendida na rede pública, Barbacena (MG)

É bastante frequente, em instituições privadas, o estabelecimento de protocolos superiores à legislação vigente. Já algumas instituições públicas ou conveniadas ao SUS alegam desconhecimento do dispositivo, ou atribuem ao setor privado o direito ao acompanhante como uma espécie de “privilegio”, infringindo, portanto, os dispostos da Lei nº 8.080/90. Para fins de aplicação da Lei Federal 11.108/05 que garante o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, o pós-parto imediato é considerado como os primeiros 10 dias após o parto, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418/05.

Considera-se descumprimento do direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato quando:

1) **houve restrição da escolha da mulher.** Exemplos: “só pode entrar se for uma mulher”, “só pode entrar se for o pai”, “só pode entrar se for da família”, “só pode entrar se for profissional da área médica”

2) **houve restrição do tempo de permanência do acompanhante.** Exemplos: “só pode entrar no pré-parto”, “só pode entrar no momento do parto”, “só pode ficar durante o pós-parto”, “só pode ficar durante o horário de visitas”;

“Apesar de ter sofrido uma cesárea, meu marido não conseguiu ficar como acompanhante, pois o serviço só permitia acompanhante mulher. Fiquei algumas horas sozinha até uma acompanhante mulher chegar. Durante o pós-parto imediato, e apesar de estar sofrendo vários desmaios, o hospital proibiu a permanência da acompanhante depois de 24h por protocolo da instituição.”

Fernanda Alves, atendida no Hospital Escola da UFRJ, Rio de Janeiro (RJ)

3) **houve restrição pelo vínculo com a instituição.** Exemplos: “esse direito só vale para o SUS”, “só pode na ala privada”, “só para quem paga quarto”, “é um direito só para quem tem plano de quarto privativo”, “não pode ficar acompanhante para quem tem acomodação de enfermaria ou quarto coletivo”, “só para o particular”

“Sou mãe solteira de gêmeos. Não foi fácil conseguir ter minha irmã como acompanhante, pois o hospital alegou que o direito à escolha do acompanhante é somente para o SUS. Consegui uma carta de uma psicóloga dizendo da importância de um acompanhante e os venci pelo cansaço.”

D.D. atendida no Hospital da Luz na Vila Mariana através do plano de saúde Dix, São Paulo (SP)

“Prezada Senhora,

Acusamos o recebimento de sua correspondência, e esclarecemos que a legislação questionada, Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, vale somente para hospitais do SUS, conveniados ou credenciados. Informamos que o Hospital Unimed é uma empresa privada, que não faz parte do Sistema Único de Saúde, seja por credenciamento, seja por convênio. Assim sendo, o Hospital Unimed Limeira não se enquadra na referida Lei, possuindo regra e normatização própria, que prevê a possibilidade, do esposo acompanhar o parto, desde que tenha participado do Curso de Gestante oferecido pela Unimed Limeira.

Diante do exposto acima, contamos com a sua compreensão e permanecemos a disposição para outros esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Dr. João Luís Zaros - Diretor Superintendente

*Unimed Limeira, 13 de junho de 2011”
(nos anexos)*

4) **houve restrição pelo tipo de parto**. Exemplos: “só pode acompanhante em parto normal”, “só pode acompanhante se for cesárea”.

Outra alegação muito frequente para proibir a entrada de acompanhantes é de que a Lei não cita “bloco cirúrgico” ou “cesárea” no texto. A classificação oficialmente adotada pelo Brasil, o CID-10, classifica cesárea como um subtipo de parto. Essa classificação é de conhecimento de todos os profissionais da área da saúde.

“Imprimi a lei e levei para o meu médico ver. Mas ele leu e disse que não tem nada na lei [Lei Federal 11.108/05] escrito cesariana. Ele disse que o direito é só para parto e por isso eu não vou poder ter acompanhante na cesariana.”

I. atendida através de plano de saúde

“Dirijo-me a V.Sa no sentido de solicitar um Parecer Oficial deste Conselho sobre a permissão ou não de acompanhantes em sala de cirurgia quando da realização de cesariana. Tenho sofrido, como Diretor Técnico do Hospital Antônio Prudente e também como anestesista atuante, pressões intensas de acompanhante que por vezes recorrem até mesmo à ANS e ao Ministério Público para entrarem em sala de cirurgia, alegando amparo na Lei 11.108.

Finalmente, somos obrigados a aceitar pessoas estranhas ao serviço no centro cirúrgico? Perdemos a autoridade sobre o nosso local de trabalho? Quem manda na sala de cirurgia? A ANS, o Ministério Público, os acompanhantes de pacientes, ou ainda somos nós?”

Consulta realizada ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará¹⁵

“[...] O artigo 7º do Código de Ética Médica diz que o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia... e o artigo 28º permite ao profissional recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

[...] A lei nº 11.108, de 07/04/05, publicada no Diário Oficial da União no dia 08/04/05, diz em seu artigo 19-J que “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença,

¹⁵

<http://www.cremec.com.br/pareceres/2012/par2212.pdf>

junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.” E o parágrafo 1º garante que “o acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.”

Portanto, o direito a acompanhante se restringe no âmbito do SUS, com específica ênfase à presença deste em ambientes hospitalares de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Soma-se a lei acima o fato de que a autonomia do profissional médico não poderá ser, sob qualquer pretexto, contestada; reservando ao médico assistente universal poder e responsabilidade quanto à permissão de acompanhante nos ambientes em maternidades do SUS.

A lei nº 11.108, portanto, restringe-se às maternidades do SUS e NÃO dá direito a presença de acompanhante em bloco cirúrgico.

Portanto, a presença de leigo acompanhante de pacientes no âmbito do bloco cirúrgico NÃO é obrigatória e é dependente da permissão do médico assistente, sendo o mesmo responsável universal por esta decisão.”

Parecer do CRM-ES, aprovado na Plenária do dia 26/05/2008
publicado no Jornal do CRM-ES, na coluna “Fique Alerta”

Existem normatizações para o controle de infecção hospitalar que devem ser aplicadas a todos os profissionais que entram no bloco cirúrgico e inclusive aos acompanhantes, conforme a RDC nº 38/2008 da ANVISA. Várias maternidades já acolhem as mulheres com seus acompanhantes inclusive dentro dos blocos cirúrgicos adotando práticas como paramentação (vestes higienizadas, touca, máscara), movimentação restrita dentro da sala.

“Nos casos de cesariana, o acompanhante deverá atender as normas de segurança para prevenir os riscos de infecção, inclusive utilizando adequadamente vestuário cirúrgico, movimentação restrita na sala de cirurgia e o cumprimento das normas do centro cirúrgico. O hospital deve instituir suas normas internas para a presença do acompanhante no centro cirúrgico e para que seja dada ciência ao acompanhante, pela equipe cirúrgica, preservando a autonomia do médico assistente, caso o perfil do acompanhante não se enquadre nas normas estabelecidas.

Portanto, cabe à instituição hospitalar se adequar ao cumprimento da Lei 11.108/05, não havendo dispositivo ético que impeça a presença na sala cirúrgica, durante o parto cesariano, de acompanhante da confiança e autorizado pela parturiente, desde que seguidas as normas estabelecidas pela instituição e as orientações dadas pela equipe profissional sobre o comportamento a ser adotado, no centro cirúrgico, pelo acompanhante. Em situações excepcionais, não estará indicada a presença do

acompanhante, pois determinadas intercorrências podem causar impacto emocional desagradável para um acompanhante leigo ou interpretações errôneas sobre os procedimentos médicos adotados em situações emergenciais.”

Parecer nº 22/2012 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

5) ***houve impedimento da entrada ou permanência de acompanhante.*** Exemplos de outras alegações: “o médico não deixou”, “é um protocolo do hospital”, “o anestesista não deixou”, “alegaram desconhecer essa lei”, “segurança entrou e retirou o acompanhante de dentro do quarto”, “disseram que iam deixar entrar depois mas não deixaram”.

“O segurança entrou no quarto e retirou meu marido de lá. Fiquei sozinha durante a madrugada depois do nascimento de nosso filho porque o hospital impõe limite nos horários.”

M.L. atendida através do plano de saúde no Hospital Nossa Senhora de Fátima, Curitiba (PR)

No Brasil, é comum os serviços alegarem desconhecer a lei e assim impedirem que a mulher exerça seu direito.

“Entrei em contato com a Maternidade e me informaram que não conhecem a lei que dá o direito ao acompanhante no parto e por isso a maternidade não permitirá acompanhante na hora do parto.”

Dayana Rossi, em contato com a Maternidade Marlene Teixeira onde pretendia ser atendida no parto, em Aparecida (GO)

Uma questão que dificulta a aplicação da Lei 11.108 de 2005 pode ser a falta de previsão de punição para o descumprimento da referida Lei. Para exigir que o seu direito seja cumprido, algumas mulheres procuram o Ministério Público ou chamam a polícia quando dão entrada no serviço de saúde. Outras mulheres relatam o medo de buscar esses dispositivos com medo de desagradar as equipes e sofrer retaliações durante seu atendimento. A vulnerabilidade da mulher na assistência à saúde é evidente e necessita de ações efetivas para sua proteção.

“O meu médico disse que o meu marido não poderá ficar comigo no parto porque o parto é feito no centro cirúrgico, e hoje em dia existem muitas bactérias e ele pode acabar levando alguma pra lá.”

Jennifer, que ficou sem acompanhante durante a cesárea pois não quis exigir seu direito “para que o médico não trabalhasse de mau humor”, atendida através de plano de saúde

“A maternidade alegou que no SUS não pode ter acompanhante. Mas se eu quisesse muito, eu poderia pagar o parto todo particular para ter acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto e dividir o valor durante a gestação. Disseram que é só mil e quinhentos reais. Mil e quinhentos reais para ter o acompanhante, entendeu?”

A. L. M., que faz acompanhamento pré-natal pela rede pública e seria atendida na maternidade conveniada ao SUS de sua cidade, Cachoeiro de Itapemirim-ES

9.2. Restrição ao acompanhante mediante cobrança de taxas

Descumprimento da Lei 11.108/2005, RN nº 211/2010 e RN nº 262/2011 da ANS

Em 2009, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na Consulta Pública nº 31, culminando na Resolução Normativa nº 211 onde houve, por sua vez, redução de direitos das mulheres ao que se refere ao direito ao acompanhante no pós-parto no setor suplementar de assistência à saúde.

Durante a Consulta Pública nº 31, foi levantada a questão sobre a definição do “pós-parto imediato” citado na RN 167 referente ao direito à presença de um acompanhante no parto.

Trecho da Transcrição Literal da 2ª Reunião do Grupo de Trabalho para revisão do Rol de Procedimentos:¹⁶

“- Egberto – Eu tenho a força. Não, é que só que surgiu aqui a dúvida com relação a essa definição do pós-parto imediato. O que a agência entende?”

- Marta – Volta, por favor.

- Egberto - Porque se eu não me engano existe uma definição, só não sei se é portaria ou lei, agora comecei a procurar aqui e existe uma definição.

- Marta – Não precisa, a gente já procurou pra você.

- Egberto – Pois é, não, eu tenho aqui que eu já respondi sobre isso.

- Marta – Então, tá, lá no FAQ, a gente também colocou. A gente recebeu um monte de pergunta, o que era pós-parto imediato e a gente foi lá na portaria, é uma portaria ministerial que define o que é pós-parto imediato, que são 24 horas depois do parto. Então, a gente já colocou isso... Ah, então, depois você me dá sua nova portaria. A gente colocou isso no FAQ.”

Marta Oliveira – Gerente Geral Técnico-Assistencial dos Produtos da ANS

Egberto Miranda da Silva Neto – Advogado da UNIODONTO e da UNIMED

(Anexos em CD, 20090401_transcricao_literal_da_reuniao.pdf página 186 e 187)

¹⁶

A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418 de 2005 define o “pós-parto imediato”, indicando 10 dias após o parto. Apesar disso, a RN 211 foi publicada pela ANS no Diário Oficial como segue abaixo:

Resolução Normativa nº 211

Subseção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 19. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la;

[...]

§ 1º Para fins do disposto no inciso I deste artigo, entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

(grifo nosso)

Contudo, empecilhos ainda são colocados para dificultar a permanência do acompanhante, como a “falta de estrutura” para o acompanhante pernoitar, a “falta de alimentação” para o acompanhante, “acomodação ‘sem direito’ a acompanhante” apesar da ANS considerar que isso estaria implícito na RN 211.

“Conseguí ter acompanhante no parto. Mas como meu plano era enfermaria, tive acompanhante só por 24h após o parto, depois disso só nos horários de visita, uma hora pela manhã e uma hora pela tarde.”

Carolina Moraes, atendida através de plano de saúde em Mogi das Cruzes-SP

“Apesar de ter a Lei 11.108/05, a RDC 36 a RN 211/ANS impressas em mãos, a acompanhante da gestante foi barrada para entrar com alegação de que a norma do hospital não permite acompanhantes, mas que seria possível caso houvesse pagamento de uma taxa. Decidi comunicar à ANVISA, mas me repassaram para a Vigilância Estadual, depois para a Municipal que alegou que a demanda não era com

eles e não saberia para onde me repassar. Liguei para ANS, porém me informaram que eu deveria passar primeiro pela operadora do plano. O SAC da Unimed estava com algum problema e não realizava o envio da mensagem. O PROCON municipal não possuía informações sobre essa questão, e ficaram de dar resposta depois.”

Jaqueline Oliveira, parente da gestante que foi atendida no Hospital da Mulher através do plano de saúde Unimed

Ainda assim, é muito comum a prática de cobrança de taxa para a entrada e permanência do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Em algumas maternidades havia cobrança da “taxa de paramentação” que variava de 20 a 300 reais, muitas vezes sendo cobrada à vista no momento da internação. Este é um caso típico de violência obstétrica de caráter institucional, psicológico e material.

“Antes mesmo de nascer, um choro rasgava o silêncio do hospital esperança. Era madrugada. Aos prantos, Gustavo, pai do pequeno Marcos lamentava a falta de R\$ 300,00 para acompanhar o parto do seu filho. Gustavo não pôde acompanhar o nascimento porque não tinha dinheiro para pagar a taxa exigida pelo estabelecimento.”

(ABREU, 2009)

“Se há a lei, deve ser obedecida. Quando se cobra este preço, geralmente é para inibir a presença do acompanhante dentro daquela instituição.”

José Ricardo de Mello, presidente do Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde particulares e Filantrópicos.¹⁷

Diante dessas ações abusivas, - a cobrança de taxa para a entrada do acompanhante e o tempo inferior ao previsto pela Lei 11.108/05 e pela Portaria 2.418/05 - houve participação da sociedade civil na Consulta Pública nº 40 para exigir que a cobertura das despesas referente ao acompanhante no parto estivesse explícita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a fim de garantir o direito da mulher em um período de extrema vulnerabilidade.

¹⁷ Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2010/08/mulheres-tem-direito-garantido-por-lei-de-acompanhamento-durante-o-parto.html>

*Ata da 5ª reunião do Grupo Técnico para revisão do Rol de Procedimentos¹⁸**20 de junho de 2011*

MARTHA(ANS) – [...] Como isso daqui foi o que mais apareceu na consulta pública inteira, o grande problema dos beneficiários era essa palavra aqui, paramentação, o que significa isso? Nas contribuições que a gente recebeu, está coberta acomodação e alimentação, mas estão me cobrando a paramentação, por exemplo, se eu vou pro centro cirúrgico cobrando a vestimenta, então, sei lá, R\$ 70,00 pra esterilizar a roupa, isso não existe, a gente considera que o acompanhante está coberto, para aquele momento ele está coberto, ele tem que entrar no centro cirúrgico, a vestimenta pra ele entrar no centro cirúrgico tem que estar coberta, mas isso daqui deve ser tão absurdamente recorrente que foi o que mais apareceu na consulta pública inteira, por um lado eu estou feliz, porque se isso foi o que mais apareceu é porque o resto deve estar bonitinho, mas isso eu até acho esquisito a gente colocar num artigo de uma resolução dizendo que você tem acomodação, alimentação e paramentação, mas pela quantidade de demanda que chegou, a gente achou que era razoável a gente colocar esse tipo de coisa, apesar de esquisito. Outra coisa que chegou com muita frequência, acho que lá atrás a gente fala pré-parto, parto e 24 horas do pós-parto de acordo com a lei 11.101, essa lei fala o que é pré-parto, o que é parto, ela dá algumas definições, o que a gente quis dizer aqui não é que a definição de pós-parto é 24 horas, pós-parto pode ser até um anos depois do parto, o que a gente queria era atribuir alguma obrigatoriedade de cobertura desse acompanhante, e nessa discussão, primeiro que a gente tirou a citação a lei, porque estava causando mais confusão do que ajudando, e a gente definiu o puerpério como pelo menos 48 horas, esse 48 horas saiu da média de permanência na internação para por parto. Na verdade a gente sabe que tem algumas internações, vou colocar entre aspas, social, a criança fica internada e a mãe acaba ficando internada como mera acompanhante da criança, não é mãe internada efetivamente, a gente acha complicado deixar só puerpério porque a mãe pode ficar internada um mês no hospital, e aí, vai ficar como acompanhante, aí a estrutura fica complexa pra organizar, como a média de internação é 48 horas e a gente precisa de um parâmetro pra isso, a gente colocou 48 horas.

REPRESENTANTE DO PROCON/PRO-TESTE - a resolução anterior previa a expressão pós-parto imediato, eu acho que é mais adequada porque a lei fala em pós-parto imediato. Tem um manual da Febrasgo que parto imediato pode ser de um a 10 dias ou até mais, acho extremamente complicado a gente restringir às 48 horas,

¹⁸ Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/nona_revisao_do_rol_de_procedimentos/5_reuniao/ata_5_reuniao.pdf

tudo bem, é uma média, mas caso a mulher tenha que ficar três dias por uma complicação no parto ou cinco dias, ela não pode ter um acompanhante com ela num momento extremamente delicado que ela está passando com a criança, com as complicações pós-cirúrgicas, eu acho uma restrição extremamente complicada.

MARTHA(ANS) – *na realidade a gente não está restringindo a 48 horas, a gente está falando que 48 horas é obrigatório. O que a gente precisa é restringir essa internação social e a gente precisa ter esse parâmetro até pro cálculo atuarial de impacto, o parâmetro é necessário, 48 ou 72 horas acho que não faz a menor diferença a gente combinar isso aqui, a gente só tem que ver qual a coisa mais adequada.*

REPRESENTANTE DO PRO-TESTE - ***Eu acho que exatamente por isso que a gente deveria deixar pós-parto imediato, porque as horas que forem necessárias precisarão ser cobertas, a redação do jeito como ela está a gente não sabe o que pode acontecer, a redação dessa forma, o que vai acontecer é que a operadora vai cobrir as 48 horas e depois vai dizer que ela não é obrigada a cobrir o acompanhante.***

MARTHA (ANS) - *então, a gente vai definir o pós-parto imediato da lei, que é 10 dias, ok?*

Transcrição literal disponível no site da ANS
grifo nosso

Apesar disso, a Resolução Normativa nº 262 foi publicada no Diário Oficial com o seguinte texto:

Artigo 19

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

Essas dissonâncias afetam as mulheres asseguradas por planos com internação em “quarto coletivo” ou “enfermaria”, pois outros tipos de planos (“quarto privativo”, “apartamento”) oferecem a acomodação para acompanhante como um dos diferenciais dos produtos. Isso facilita a venda de planos de saúde mais caros, ou a cobrança indevida de taxas adicionais para a entrada e permanência do acompanhante. Não há esclarecimento sobre o direito da mulher em ter um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato através dos corretores que realizam a intermediação da venda de seguros de saúde ou dos contratos de planos de saúde. Muitas mulheres são induzidas a contratar um plano mais caro quando desejam contar com a presença de um acompanhante nesse período delicado.

“Todos os funcionários disseram: ‘Acompanhante só para quem paga quarto’.”

Natália que não conseguiu ter o acompanhante de escolha no pós-parto, em internação em enfermaria coletiva no Hospital Salvalus através do plano de saúde Greenline, em São Paulo-SP

Denúncia de descumprimento da Lei nº 11.108/2005 e RDC 36 da ANVISA no Hospital Madre Theodora ao se impedir que o requerente acompanhe parturiente no pós-parto quando internadas em quartos coletivos, conforme documento de protocolo nº 00001875/2011.

Instauração de Inquérito Civil Público nº 1.34.004.000562/ 2011- 41, publicado no Diário Oficial da União nº 80, 28 de abril de 2011

Rodolfo Vasconcelos, que recebeu a proposta de pagar R\$ 670,00 “por fora” pela diária de acompanhante durante o pós-parto imediato de sua esposa no quarto coletivo, ou pagar 600,00 “por fora” para acomodação em quarto privativo e conseguir ficar como acompanhante. Sua esposa foi atendida no Hospital Madre Theodora através do plano de saúde Sulamérica, em Campinas-SP

“Se você fizer o plano de saúde com acomodação em apartamento seu esposo pode sim ficar com você no pós parto, só não poderá assistir a cirurgia do parto a não ser que ele trabalhe na área medica. Informe sua idade que te passo os valores.”

C. corretora do Hapvida (email nos Anexos)

“O plano apartamento pode ficar durante o dia e noite também... O plano enfermaria não poderá dormir, poderá ficar durante o dia somente.”

J. Supervisor de Vendas do Santa Casa Saúde, São José dos Campos-SP
(email nos anexos)

“Prezada, Bom Dia

Para enviarmos um orçamento SAMP, preciso saber a idade de quem vai aderir ao plano. Temos um plano mais econômico, mas o seu marido não poderá fazer o acompanhamento que a Sra. deseja, porque a acomodação é Enfermaria.

O plano para acompanhante é o Plano Pleno (Cartão Branco - Apartamento).

No aguardo das idades.

Atenciosamente”

K. corretora do SAMP, ES (email nos Anexos)

“Depende muito do Hospital ou Clínica...

Essa enfermaria é na verdade uma acomodação onde podem ficar até quatro pacientes, embora na maioria dos casos fiquem só dois...

No entanto, normalmente só é permitido acompanhante do sexo feminino, pois as outras pacientes podem se sentirem constrangidas.

Acho que o ideal para você, seria mesmo um plano com acomodação em apartamento, afinal a diferença de valores nem é tão grande se considerarmos o seu conforto e sua tranquilidade, podendo ter quem você quiser como acompanhante.

Como lhe disse antes, se você me informar um número de telefone para contato, uma consultora nossa poderá lhe tirar todas dúvidas, além de lhe mostrar todas as opções para que você possa decidir com segurança.”

S. gerente de vendas do Hapvida em Teresina-PI por email

“para ter direito a presença do marido em tempo integral é necessário o plano apartamento.

Segue anexo orçamento”

O. consultor comercial do Saúde Ideal em Curitiba-PR por email

“Pode fazer a solicitação diretamente na administração do hospital, não é um benefício previsto em contrato mais de fácil de resolver.”

V. corretor do Hapvida do estado da Bahia

“No Quarto enfermária, seu esposo podera ficar com a senhora somente no horário de visita, que é estipuldao (sic) pelo hospital.

Para senhora ter acompanhante teria que ser no quarto particular (apartamento)”

S. consultora de vendas do Vip Saúde, Amil, Sulamérica e Medial em São José dos Campos-SP por email

10. Procedimentos considerados invasivos e danosos à mulher no atendimento ao trabalho de parto e parto normal

10.1. Episiotomia (ou mutilação genital?)

Procedimento realizado rotineiramente, sem respaldo científico

A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris.

No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências.



Figura: episiotomia praticada com tesoura. (AMORIM, 2008)

Estima-se que é realizada em 94% dos partos normais no Brasil (BRASIL; CEBRAP, 2006). Essa proporção é estimada por meio de pesquisa domiciliar amostral, e pode ser ainda mais elevada, uma vez que não há registro oficial do procedimento. Assim, a episiotomia é invisível, inclusive, aos sistemas de informação sobre saúde, como se integrasse o “pacote do parto normal”, conforme efetivado nos hospitais brasileiros.

Quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão.

Quando algum tipo de trauma perineal ocorre, ele pode ser classificado em quatro graus:

primeiro grau: compreende lesões superficiais, que atingem pele e tecido subcutâneo do períneo ou o epitélio vaginal. Também são consideradas de primeiro grau as lacerações superficiais múltiplas nessas regiões;

segundo grau: lesões mais profundas que as de primeiro grau, que atingem músculos superficiais do períneo e o corpo perineal;

terceiro grau: as lesões de terceiro grau mostram-se mais severas, por envolverem músculos perineais e esfíncteres anais, e subdividem-se em:

3a: menos de 50% do esfíncter anal externo afetado;

3b: mais de 50% do esfíncter anal externo afetado;

3c: inclui lesões no esfíncter anal interno;

quarto grau: além de atingir os tecidos que compreendem o trauma de terceiro grau, o de quarto grau inclui o rompimento do esfíncter anal (externo ou interno ou ambos) e do epitélio anorretal. (KETTLE, 2005, p. 29; ROYAL COLLEGE, 2004, p. 1).

Importante salientar que a episiotomia, por si só, constitui pelo menos um trauma de segundo grau (AMORIM; KATZ, 2008). Além de ignorarem esse fato, médicos com frequência afirmam que a não realização desse procedimento acarreta inevitavelmente lacerações graves, o que também não tem base científica (AMORIM; KATZ, 2008; ROBINSON, 2012). Outra alegação para realização da episiotomia consiste na prevenção de incontinência urinária e fecal, fato não comprovado cientificamente. Não há, até o momento, estudos de longo prazo que verifiquem a ocorrência de incontinência em idades mais avançadas da mulher, relacionando-a à realização ou não da episiotomia. Porém, estudos que compreendem horizontes mais curtos apontam que a episiotomia tem justamente o efeito contrário, de provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos (AMORIM; KATZ, 2008; ROBINSON, 2012; VISWANATHAN, M. et al., 2005).

Outras complicações comuns da episiotomia são: dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma (ALPERIN et al., 2008; AMORIM; KATZ, 2008; CARROLI, MIGNINI, 2010; OYELESE, ANANTH, 2010; ROBINSON, 2012; VISWANATHAN et al., 2005). Além disso, muitas vezes é realizado o “ponto do marido”, para deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino, o que, por sua vez, pode acarretar mais dor durante a relação sexual (para a mulher) e infecção.

Estudos mostram que mulheres que não sofreram episiotomia tiveram menos trauma no períneo, precisaram levar menos pontos, com uma melhora mais rápida do tecido (MATTAR, 2007; LARSSON, 1991; ANDREWS, 2008)

Desde o início da década de 1980 há fortes indícios de que a episiotomia de rotina é prejudicial para a mãe e não oferece benefícios para o bebê (CARROLI; BELIZÁN, 1999), e foi contraindicada como procedimento rotineiro em 1985 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985). Diante dessas informações, constata-se que as mulheres estão sendo submetidas à episiotomia de forma rotineira, em uma relação de confiança com o profissional de saúde, em um momento de

vulnerabilidade, muitas vezes sem aviso e sem informações científicas, em uma situação na qual não é possível se defender – constitui violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico.

Todas as evidências científicas indicam que o uso **restritivo** da episiotomia deve ser incorporado em todos os serviços de atenção obstétrica. Mas por que existe tanta resistência para permitir que mulheres tenham acesso a uma assistência de qualidade no parto?

“Durante o pré-natal, falei para a obstetra que eu não queria que fosse feito a episio. Ela me respondeu se eu gostaria de ficar toda rasgada e relaxada.”

F.C. atendida por médica conveniada ao plano de saúde, em Belo Horizonte (MG)

“Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.’”

Danielle Moura, que procurou informações sobre episiotomia durante a gestação, que decidiu por não se submeter ao procedimento e comunicou ao médico sobre a decisão.

Atendida através de plano de saúde em Belém-PA

“Senti muita dor com uma manobra de ‘massagem perineal’ que foi feita durante o parto e pedi para a médica tirar a mão dali. Ela respondeu ‘Quem manda aqui sou eu’. Logo em seguida, foi feita uma episiotomia sem aviso. Até hoje tenho sonhos e flashes dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma.”

Elis Almeida, atendida no Hospital da Mulher em Santo André-SP

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. ”

Jacqueline Fiuza que foi atendida na rede pública na Casa de Parto São Sebastião em Brasília-DF

"Você não sabe nem se limpar direito."

comentário de profissionais que atendem mulheres que retornam ao serviço de saúde quando estão com a cicatriz da episiotomia infeccionada

"Além da episiotomia gigantesca tive laceração de 3º grau. Infeccionou, tomei antibiótico, passei 12 dias deitada porque não conseguia ficar em pé de tanta dor, um mês sem conseguir me sentar, usei o travesseirinho da humilhação por 3 meses, sexo também deve ter sido uns 5 meses depois do parto. Doeu pra caramba. Doeu e ardeu. Demorou para melhorar. Passei anos sem coragem de olhar o estrago. A cicatriz até hoje as vezes inflama e dói ou incomoda. Depois de 3 ou 4 anos criei coragem e olhei com um espelhinho, está horrível, a cicatriz vai altinha e fofinha até quase ao lado do ânus."

Isabella Rusconi



Foto cedida por Raquel Gonçalves

“Essa é a episio que tive! uma marca que carrego não só no corpo, que me gera vergonha! não só pela marca mas pela minha vontade não ter sido atendida, por eu ter sido violentada! O obstetra fez uma cesárea vaginal.”

Raquel Gonçalves, atendida no Hospital São Luiz através de plano de saúde
São Paulo-SP

“... temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de ‘hemibundectomia lateral direita’, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Sem falar das episiotomias que fazem a vulva e a vagina ficarem tortas, que chamam de ‘AVC vulvar’, sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas?”

fala atribuída a um diretor de hospital em DINIZ, 2006.

Ponto do marido: durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto.

A episiotomia indiscriminada e de rotina se configura como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina.

Num determinado momento da sutura, ele disse que ia dar dois pontos que iam doer um pouco mais, depois comentou que era o “ponto do marido”. Perguntei a ele o que era isso e ele disse que era um ponto que era dado para que “as coisas voltassem a ser parecidas com o que era antes” e que, se eles não fizessem isso, depois o marido voltava para reclamar. Como a referência ao marido é uma constante, perguntamos se eles já viram um marido reclamar, ao que responderam que não, uma vez que esse ponto era sempre feito. (DINIZ)

“E o médico, depois de ter cortado a minha vagina, e depois do bebê ter nascido, ele foi me costurar. E disse: ‘Pode ficar tranquila que vou costurar a senhora para ficar igual a uma mocinha!’. Agora sinto dores insuportáveis para ter relação sexual.”

J. atendida através de plano de saúde em São Paulo-SP

Entre os médicos existem divergências sobre a necessidade de anestesia, sobre a efetividade da anestesia local e a disponibilidade de anestesia peridural para a realização da episiotomia e da episiorrafia (sutura da episiotomia). Mulheres estão sendo submetidas ao corte e à sutura na vagina sem anestesia ou sem anestesia adequada causando traumas físicos e psicológicos. Muitas mulheres relatam que essa é a principal dor do parto. Quando uma pessoa poderia merecer ser submetida a um corte na vagina e uma sutura sem anestesia?



*“Não recebi nenhuma espécie de anestesia e senti cada ponto. A cada ponto eu me contorcia de dor. ‘Não estou conseguindo dar um ponto, a senhora não pára quieta!’ Minha resposta foi irônica, mesmo em meio ao sofrimento físico e desgaste emocional: ‘Desculpe, doutor, mas está doendo pra ca*****.’”*

Ana Cristina Teixeira, atendida na rede pública no Hospital Regional da Asa Norte em Brasília-DF.

“Chorei na hora do corte e depois chorei do primeiro ao último ponto. Depois que nasceu, aplicaram a anestesia. A anestesia não pegou e costuraram assim mesmo.”

L. atendida na rede pública na Serra-ES

“O médico fez uma episiotomia em mim sem anestesia e sem me perguntar. Os pontos da episiotomia infeccionaram e eu tive mais 20 dias de muita dor tomando medicamentos.”

C.M. atendida na rede pública, em Barbacena-MG

Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina

Simone Diniz

Todos os anos, milhões de mulheres na América Latina têm sua vulva e vagina cortadas cirurgicamente (musculatura vaginal, tecidos eréteis da vulva e vagina, vasos e nervos) sem que haja qualquer necessidade médica(1). Esse corte, chamado episiotomia, tem sido utilizado de rotina em centenas de milhões de mulheres desde meados do século XX, com base na crença de sua necessidade para facilitar o parto, e para a preservação do estado genital da parturiente.

A partir da metade da década de 80, há evidência científica sólida recomendando a abolição da episiotomia de rotina (redução do seu uso a no máximo 10-15% de casos), uma vez que para a grande maioria das mulheres, o procedimento ao invés de promover a saúde genital ou a do bebê, provoca danos sexuais importantes, dor intensa, aumenta os riscos de incontinência urinária e fecal, e leva a freqüentemente complicações infecciosas, problemas na cicatrização e deformidades, entre outros(2). No Brasil e em outros países, temos o agravante do chamado "ponto do marido", a apertada adicional da vulva supostamente para "devolver à mulher a condição virginal", muito freqüentemente associada a dores na relação sexual e mesmo à impossibilidade da penetração, necessitando correção cirúrgica(3,4).

Por esses motivos, a episiotomia de rotina tem sido considerada por vários autores como uma forma de mutilação genital(5,6), e mesmo como violência de gênero cometida pelas instituições e profissionais(7,8,9). Alguns já propõem uma mudança de nomenclatura, chamando a episiotomia desnecessária de rotina como "lesão genital iatrogênica no parto", "agravo sexual iatrogênico" ou de "ferimento sexual iatrogênico no parto"(10). O abuso de episiotomias tem sido considerado uma questão exemplar de desrespeito aos direitos humanos na área de saúde(11).

Poucas questões de saúde e de violência sexual tem a magnitude e a gravidade na vida das mulheres, e são tão preveníveis quanto a episiotomia. Além de seu potencial em reduzir o sofrimento das mulheres, a restrição do uso da episiotomia implicaria ainda em uma importante economia do setor saúde, preservando desse agravo milhões de mulheres por ano. Nas demais regiões do mundo, as evidências científicas levaram a uma gradual redução das episiotomias, enquanto na América Latina, há uma enorme

resistência à mudança e a maioria dos serviços, públicos ou privados, mantêm uma taxa de episiotomia de mais de 90% nos partos vaginais(12).

Se for considerado que, de acordo com evidências científicas, a episiotomia tem indicação de ser usada em cerca de 10% a 15% dos casos e ela é praticada em mais de 90% dos partos hospitalares na América Latina, pode-se entender que anualmente milhões de mulheres têm sua vulva e vagina cortadas e costuradas sem qualquer indicação médica. Um estudo mostrou que o uso rotineiro e desnecessário da episiotomia na América Latina desperdiça anualmente cerca de US\$ 134 milhões só com o procedimento, sem contar nenhuma de suas freqüentes complicações(13).

No caso brasileiro, a questão da episiotomia é marcadamente um problema de classe social e de raça: enquanto as mulheres brancas e de classe média que contam com o setor privado da saúde, em sua maioria serão "cortadas por cima" na epidemia de cesárea, as mulheres que dependem do SUS (mais de dois terços delas) serão "cortadas por baixo", passarão pelo parto vaginal com episiotomia. Como as mulheres negras têm características diferentes em termos de cicatrização, pela maior tendência a formação de quelóides [cicatrices tumoriformes mais comuns nos indivíduos de raça negra(14)], acreditamos que estão mais sujeitas a complicações cicatriciais da episiotomia.

Não raro os casos de aleijões genitais resultantes da episitomia (informal e jocosamente classificados pelos profissionais como "hemibundectomy lateral direita" ou como "AVC de vulva") vão depois compor a demanda de outro profissional, o cirurgião plástico especializado em corrigir genitais deformados por episiotomias - isso para as mulheres que têm recursos para pagar os procedimentos corretivos.

Diferentemente das mulheres que são atendidas no setor privado e nas quais os procedimentos cortantes como a episiotomia serão realizados sob a ação da anestesia peridural, no caso das mulheres do SUS a episiotomia e sua sutura será feita com bloqueio local do períneo, procedimento considerado em estudos qualitativos como altamente ineficaz, resultando em dor intensa, com as mulheres chorando e gemendo "do primeiro ao último ponto"(15). Nesses casos, as mulheres relatam que o momento mais doloroso da parto foi exatamente o da sutura da episiotomia. Muitas mulheres relatam que escolhem a cesárea para fugir de uma episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática e com seqüelas(16).

Estudos sobre o risco de infecção da episiotomia de rotina mostram que, se comparado com o risco das mulheres que não sofreram episiotomia ou que tiveram laceração espontânea, foi de 5 a 11 vezes maior nas submetidas ao procedimento(17). Há mesmo uma complicação infecciosa rara mas freqüentemente fatal da episiotomia, a fascíte

necrotizante. Dados dos Estados Unidos e Inglaterra mostram que naquelas pesquisas essa complicação respondeu até por um quarto das mortes maternas(18).

Um dos argumentos a favor da episiotomia mais enfatizado no Brasil é o de que o parto vaginal deixaria a musculatura vaginal flácida, desqualificando a mulher sexualmente. A evidência científica é clara de que a episiotomia piora o estado genital ao invés de protegê-lo(19), e que o único fator que propicia um tônus vaginal adequado é a prática de exercícios vaginais - orientação virtualmente ausente da assistência pré-natal ou ginecológica em geral no Brasil. O apelo da episiotomia para "devolver a mulher à sua condição virginal", como proposto por alguns autores na década de 20, teve grande eco na cultura brasileira.

A imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um "falo" enorme - que seria o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina(20). Isso poderia implicar numa autorização para que o homem procure uma mulher "menos usada" ou demande como alternativa o coito anal(21).

A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para a penetração seria então prevenida ou resolvida pela episiotomia, ou mesmo pela cesárea, preservando-se o estatuto da vagina como órgão receptor do pênis. No Brasil, prevalece um "sistema erótico" baseado nas noções de atividade-masculino e passividade-feminino. Essa idéia ratifica a teoria da vagina apertada ou frouxa (passiva, diante do falo que a estimula e é estimulado), em oposição à compreensão de vagina e vulva como órgãos ativos, capazes de se contrair e relaxar, de acordo com a vontade feminina, pois são músculos voluntários(22).

Essa concepção mecânica e passiva da vagina é transposta para o parto, dificultando a compreensão, mesmo pelos médicos, de que esse órgão se distende para o parto e depois volta ao tamanho normal. Mais uma vez, não se trata do que é "cientificamente correto", mas de sua representação(23).

No Brasil, a episiotomia e seu "ponto do marido", assim como a cesárea e sua "prevenção do parto", funcionam, no imaginário de profissionais, parturientes e seus parceiros, como promotores de uma vagina "corrigida". Se as mulheres acham que vão ficar com problemas sexuais e vagina flácida após um parto vaginal, e que a episiotomia é a solução, elas tendem a querer uma episiotomia(24).

Mas, quando as mulheres têm acesso a informação e sabem que é possível ter uma vagina forte por meio de exercícios, elas passam a compreender que a episiotomia de rotina é uma lesão genital que deve ser prevenida e que elas podem recusá-la(25). Um

dos recursos seria a adoção pelos serviços de saúde, no pré-natal e no parto, de um consentimento informado sobre episiotomia com base nas evidências científicas, para que as mulheres possam decidir sobre seu corpo, como já realizado em outros países. Mas contamos sobretudo com a mudança na formação dos recursos humanos e a informação da opinião pública através da mídia.

Essa é a finalidade da Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina no Estado de São Paulo, que estamos iniciando em 2003. Sabemos que a prevenção da episiotomia passa por mudanças institucionais mais amplas na forma de assistência - desde a liberdade de posição do período expulsivo até manobras simples que facilitam a saída do bebê e os exercícios pélvicos. Por isso, embora o foco seja a episiotomia de rotina, pretendemos contemplar um conjunto mínimo de mudanças que promovam a integridade genital das mulheres e uma experiência satisfatória e segura no parto.

Em resumo, nosso problema é: como promover mudanças institucionais e de opinião pública para reduzir os índices de episiotomia desnecessária (lesão sexual iatrogênica no parto), promovendo uma assistência ao parto menos agressiva e uma vida sexual mais satisfatória para mulheres (e seus parceiros).

BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TOMASSO, Gisella (col.). ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002.

2 COCHRANE COLLABORATION: consumer network. Disponível em:

<http://www.cochraneconsumer.com/>. Acesso em: 2003.

3 DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto: um diálogo. Disponível em:

www.mulheres.org.br/parto. Acesso em: 2003.

4 http://www.goodnewsnet.org/temporary02/BookOne_Ch_twoSept02.htm

5 BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE-BWHBC. The new our bodies, ourselves. Nova York: Touchstone Simon and Schuster, 1998.

6 KITZINGER, S. The Sexuality of Birth. In: Women's Experience of Sex. S. Kitzinger (ed.) 209-218. New York: Penguin.

7 WAGNER M. Episiotomy: a form of genital mutilation. Lancet 1999; 353: 1977.

8 GOER HENCI. The Tragedy of Routine Episiotomy.

http://www.gentlebirth.org/nwnm.org/Tragedy_Routine_Episiotomy.htm

9 GIBSON, FAITH. The Brave New World of 21st Century Maternity Care, LM,CPM

http://www.goodnewsnet.org/temporary02/Book_one_ch_5_Sept02.htm -

10 www.amigasdoparto.com.br/episiotomia4.html

11 França Jr., Ivan. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: Zóbole, Elma e Fortes, Paulo. Bioética

e Saúde Pública. São Paulo. Ed. Loyola, 2003. (no prelo)

12 TOMASSO, Gisella (col.), op. cit.

13 TOMASSO, Gisella (col.), op. cit.

14 <http://www.usp.br/fo/lido/patoartegeral/patoarterepa3.htm>

15 ALVES, M.T.S.B., SILVA, A A M. S (ORGS.) Avaliação da qualidade de Maternidades - Assistência à mulher e seu recém nascido no SUS - UFMA/UNICEF - São Luís, 2000.

16 www.amigasdoparto.com.br/depoimentos (checar)

17 RÖCKNER G, HENNINGSSON A, WAHLBERG V, ÖLUND A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. Scand J Caring Sci 1988; 2:19-24.

18 GOER HENCL., op. cit.

19 REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê Humanização do Parto.

20 CERES, GRUPO. Espelho de Vênus. Identidade Social e Sexual da Mulher. Rio de Janeiro. Brasiliense, 1981.

21 AUSTRALIAN BROADCASTING COMPANY. Transcript and further information for "Body of Knowledge". Disponível em: <http://www.abc.net.au/quantum/scripts98/9825/clitoris.html>. Acesso em: 2003.

22 DAVIS FLOYD, R. Birth as an American Rite of Passage. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1992.

23 TOMASSO, Gisella (col.), op. cit.

24 TOMASSO, Gisella (col.), op. cit.

25 COCHRANE COLLABORATION: consumer network. Disponível em: <http://www.cochraneconsumer.com/>. Acesso em: 2003.

10.2. Intervenções com finalidades “didáticas”

Submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, com a única e exclusiva finalidade de antecipar o exercício da prática desse procedimento em detrimento do aprendizado do respeito à integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade é considerado, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual.

Em hospitais escola, é comum ter várias pessoas juntas ou em sequência para realizar exame de toque vaginal. A mulher não é informada dos nomes, da qualificação, da necessidade e riscos do procedimento, ou mesmo das informações sobre a progressão do seu próprio trabalho de parto. Ela também não é consultada a permitir ou negar o procedimento.

“Senti meu corpo totalmente exposto, me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos me usando para demonstração. O médico mal falou conosco, abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira.”

A.F.G.G., atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG

Entendemos que os profissionais necessitam treinar os procedimentos que talvez sejam necessários em sua atuação. Porém, em primeiro lugar, esses mesmos profissionais precisam ser ensinados e orientados a atender o parto de modo a preservar a integridade da mulher. Assim, antes de aprender a realizar a episiotomia, esses profissionais precisam aprender a respeitar a fisiologia do parto e o ritmo da mulher, medida que se mostra fundamental na preservação da integridade do períneo (KETTLE, 2005).

Os estudos científicos mais recentes são controversos em relação a quando uma episiotomia seria realmente necessária. Há, inclusive, pesquisas que indicam que não há qualquer situação em que esse procedimento seja benéfico (AMORIM; KATZ, 2008; ROBINSON, 2012).

Contudo, ainda que se pretenda ensinar a episiotomia a profissionais de saúde, existem meios de proporcionar esse treinamento que não envolvem a prática indiscriminada, abusiva e antiética do procedimento. Apesar das evidências, a episiotomia de rotina ainda é ensinada nas universidades de medicina do Brasil (DINIZ; CHACHAM, 2006).

“A interna me disse que sabia que, na verdade, aquela paciente não precisaria necessariamente fazer uma episiotomia. Porém, ela pediu à residente para fazê-lo, pois havia assistido a três partos normais até aquele momento de seu estágio de 5º ano e todos sem episiotomia. [...] Na hora do parto, a residente constatou que realmente não seria necessário fazer uma episiotomia, porém, assim mesmo, levou adiante o acordo que fizera de antemão com a interna. [...] Cabe salientar que o procedimento foi realizado sem qualquer analgesia ou anestesia. Ocorreu em um plantão noturno, quando não há anestesista disponível no centro obstétrico da Faculdade Y. Anestesistas só podem ser solicitados a comparecer aquele serviço no plantão noturno em casos de urgência e emergência obstétrica. Além disso, a médica R1 sequer procurou realizar o bloqueio de pudendo, forma de analgesia local, pois conforme explicou para a interna e para mim, não gostava de fazê-lo, pois só havia visto essa forma de analgesia local ‘pegar’ três vezes até aquele momento. [...] A paciente gemia de dor. A médica então lhe perguntou: ‘Está doendo? Vai doer um pouquinho mesmo, mas não é insuportável, é?’ (HOTIMSKY, 2007)

“[...] Perguntei baixinho se ela poderia estimar quanto se fazia de episiotomia e de indução ali, ao que ela cochichou ‘perto de 100%’. Eu perguntei: ‘Perto de 100%? Por que?’. ‘Porque eles têm que aprender (olha de soslaio para os residentes) e as mulheres são o material didático deles, falou, fazendo uma concha com a mão em minha direção.’ (DINIZ, 2001)

“Aqui na escola, primigesta é indicação de fórceps por alívio materno-fetal. É um instrumento que é útil e o fato de ser aplicado não significa que se está diante de uma situação drástica, ele não é um instrumento de último recurso. O fórceps didático é o que a gente indica para o residente aprender. O fórceps indicado é aquele que é realizado por indicação médica.”

Fala atribuída a um médico direcionada ao acadêmicos durante uma sessão de tutoragem (HOTIMSKY, 2007)

MPF defende privacidade em exames em hospital universitário de Rio Grande ¹⁹

¹⁹ Informe de 05/09/2011, disponível no site: <http://www.prrs.mpf.gov.br/app/iw/nti/publ.php?IdPub=61529>

Uma gestante de alto risco teve procedimento ginecológico negado pelo Hospital Universitário Miguel R. Corrêa Junior porque impediu que estudantes de medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) acompanhassem o exame. O Ministério Público Federal moveu ação civil pública, julgada improcedente tanto pela Vara Federal de Rio Grande quanto pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4). Agora, a Procuradoria Regional da República da 4ª Região (PRR4) apela para que o Supremo Tribunal Federal (STF) mude o entendimento.

O procurador Carlos Eduardo Copetti Leite, autor do recurso, considera que negar atendimento ao paciente que recusa o acompanhamento discente contraria direitos fundamentais como direito à dignidade, à intimidade e à saúde. Segundo ele, a questão transcende o interesse subjetivo da causa. "O objetivo da ação civil pública não é impossibilitar todo e qualquer acompanhamento de estudantes em exames médicos, mas tão somente quando o paciente sinta-se constrangido, humilhado e violado na sua intimidade", afirma.

Para a Justiça, o bem maior a ser protegido neste caso é o da excelência do ensino médico, que privilegia o interesse público de todos os cidadãos que necessitam de cuidados hospitalares. Copetti argumenta que "o grau de realização do direito fundamental ao ensino dos estudantes de medicina não é tamanho a ponto de justificar a não realização ou a restrição do direito à saúde, à intimidade e à dignidade da paciente".

O procurador acrescenta que o hospital da FURG é credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo remunerado por todos cidadãos para a realização de seus fins. Portanto, o ensino da medicina não pode ser obstáculo à realização de consultas e exames. Além disso, a instituição é referência em relação ao acompanhamento pré-natal de casos de alto risco: é o único em Rio Grande em que tal serviço é oferecido pelo SUS. "Exigir a busca por outra instituição seria até agravar a situação dos interessados, fazendo com que eles dispensem recursos que não possuem para o deslocamento, sendo justamente a hipossuficiência a razão que os leva a procurar um hospital público naquela localidade", defende.

10.3. Intervenções de verificação e aceleração do parto

Em um parto normal, para a verificação da dilatação do colo do útero, é feito o procedimento conhecido como exame de toque. Uma manobra muito comum durante o exame de toque é a “dilatação” ou “redução manual do colo do útero”, que é um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto. Pode ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, e que na grande maioria das vezes é realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente.

Relatos de várias partes do Brasil referem-se à utilização rotineira de ocitocina, rompimento artificial da bolsa e a dilatação manual do colo para acelerar a dilatação, seguida de comandos de puxos, episiotomia, manobra de Kristeller²⁰ e fórceps para acelerar o período expulsivo. Caso essas manobras não resultem na saída do bebê pela vagina, ou caso haja suspeita de sofrimento fetal, recorre-se à cesárea (que é realizada quando há anestesia disponível).

“Na hora do expulsivo, eu não tive alternativa de posição, então tive que me deitar na mesa obstétrica, minhas pernas foram amarradas aos estribos, um campo cirúrgico foi erguido de modo que eu não via quem eram as pessoas que entravam na sala e me viam de pernas abertas, embora escutasse a porta abrindo e fechando o tempo todo. Ainda não estava com dilatação completa quando ela me orientou a fazer ‘força comprida’ durante as contrações.”

Vania, atendida na Maternidade São Lucas em Ribeirão Preto-SP com pagamento particular

Já é de conhecimento que essas intervenções realizadas rotineiramente para acelerar o trabalho de parto e parto podem provocar diversas complicações para mãe e bebê, inclusive aumentam o risco de morbimortalidade de ambos. Essa abordagem que mais se assemelha a uma linha de montagem não considera as necessidades e diferenças de cada indivíduo, não considera a fisiologia do parto e nascimento além de submeter mãe e bebê a riscos desnecessários. O relato abaixo nos dá a dimensão das terríveis consequências destes procedimentos, dentro de um contexto negligente de atendimento ao parto:

No final da gestação de minha primeira filha, eu e meu marido precisamos nos mudar de cidade, devido a uma transferência em seu emprego. Morávamos no Rio de Janeiro e eu vinha preparando-me para um parto normal através de exercícios, prática de yoga

²⁰ Manobra de Kristeller ou manobras derivadas dessa com o antebraço, braço, ou joelho de um profissional sobre a barriga da mulher.

para gestante e com as informações disponíveis na época. Tinha uma alimentação e rotinas saudáveis, e todas as minhas amigas que tiveram os mesmos cuidados que eu conseguiram dar à luz aos seus filhos de forma natural. Com a mudança, necessitava trocar de médico, e empreendi uma pesquisa sobre médicos que realizassem parto normal de cócoras, como era meu desejo, e que atendessem meu plano de saúde. Assim, indicado por uma prima, cheguei ao Dr. X, que preconizava, inclusive, o uso de uma cadeira específica para este fim. Ele parecia bastante consciente e me passou segurança quanto a sua atuação profissional. Fiquei tranquila, e também não tinha outra opção naquela cidade do interior do Paraná, de médicos que aceitavam realizar tal parto.

Com 39 semanas de gestação, e a poucos dias do parto, durante um exame pré-natal, o médico disse que era necessário fazer um exame chamado pelvimetria óssea. Segundo ele, o exame consistia na manipulação interna da vagina, à altura do colo do útero, com o objetivo de checar a proporção céfalo-pélvica entre a mãe e feto. Eu estava acompanhada de meu marido, e o médico ia narrando e explicando todo o procedimento, enquanto o realizava. Em um determinado momento, ele começou a manipular a parte externa, vaginal, centrando o movimento no ponto logo acima da entrada da vagina, com o dorso da mão. Embora o exame tenha sido rápido, fiquei bastante perturbada, achando que estava ficando louca e, na tentativa de amenizar o estado de choque em que me encontrava, perguntei ao meu marido se ele havia percebido algo estranho durante o exame. Imediatamente ele respondeu-me que observara, em determinado momento, uma alteração no tom de voz do médico, que se tornara mais baixa e pausada. Senti-me muito confusa e humilhada como jamais me sentira em toda a vida. Tudo aconteceu muito rápido, e eu fiquei paralisada, sem reação: nenhuma mulher está preparada para reagir a tamanho abuso numa circunstância dessas e, mesmo se eu quisesse, posteriormente, tomar alguma atitude em relação ao acontecido, que provas eu apresentaria a uma autoridade legal? Não haviam provas físicas.

Senti-me sozinha e sem opções: numa cidade estranha, no interior do Paraná, sem poder procurar outro médico devido ao fato de estar prestes a parir. Na tentativa de relevar o que tinha acontecido, pois meu foco era o parto, me autoenganei - hoje tenho consciência disso. Mas o pior ainda estava por vir.

Alguns dias antes do parto ele me pressionou para receber mais dinheiro do que o plano de saúde cobria, de acordo com sua tabela. Eu não tinha como pagar, e não dei-lhe o valor pedido.

A história da minha filha com paralisia cerebral começa assim – apesar de todo o meu preparo, de uma gestação perfeita, de ter feito tudo o que poderia ser feito. O mesmo

médico disse-me se todas as grávidas fossem saudáveis como eu ele não teria nenhum trabalho.

Às 5h30 da manhã do dia 18 de maio de 1993, acordei sentindo uma pressão no colo do útero. A bolsa estourou. Era o momento e a hora natural da minha filha vir ao mundo. Um momento de muita alegria. Esperei ansiosamente por esse dia, que deveria ser o mais importante da minha vida até então. Paradoxalmente, sentia-me calma e preparada para aquele momento. Fui segura, com o pai da minha filha, da cidade onde morávamos até uma cidade vizinha. Lá ficava o único hospital da região credenciado no meu plano de saúde.

Permaneci tranquila até dar entrada no hospital e ser atendida por uma enfermeira. Deitei na maca, abri as pernas e ela fez o exame de toque. “Ai”, reclamei num ato reflexo. Ela respondeu: “Ah, minha filha, não reclama não porque ainda vai doer muito!”. Na hora, pensei comigo se aquela era, de fato, uma enfermeira, tamanha agressividade de sua postura. “Quatro centímetros”, ela falou, de modo frio e impessoal. Senti-me intimidada, entrei num estado apreensivo, devido ao choque no modo de tratamento, e a partir dali a evolução da dilatação estacionou.

Ao chegar, o Dr. X logo anunciou que não seria possível fazermos um parto normal, pois o colo do meu útero não estava dilatado o suficiente, e dizendo que minha dilatação estagnadara nos 4 centímetros. Pensei: “Mas não dava pra esperar mais um pouco? Sempre ouvi dizer que o primeiro parto demora mesmo...”. E todas as nossas conversas que tivéramos sobre parto natural ser a melhor opção e cesariana, só em último caso? Parece que ele havia esquecido tudo. E eu, me sentindo pressionada e ameaçada diante de uma cesária iminente, perguntei se não havia a opção da indução antes da cirurgia, visto que só estava há quatro horas em trabalho de parto. Eu achava que a indução era comum e inócua, uma vez que é praticada em larga escala no sistema de saúde pública e privada, no Brasil, e ao menos seria uma opção melhor do que uma cirurgia cesariana.

Ele sequer retrucou, e apresentava muita pressa, parecendo que queria se livrar daquilo tudo. Deu ordem para a enfermeira aplicar um hormônio indutor chamado ocitocina na minha veia, e foi embora.

Eu e o pai da minha filha ficamos lá, perdidos no escuro. Fiquei superassustada, pois nunca havia entrado em um hospital na minha vida e o único médico que eu conhecia havia sumido.

É difícil descrever o tamanho da dor provocada pela reação desse hormônio no meu corpo. Em apenas uma hora fez o trabalho de parto que normalmente dura várias. Entre uma contração e outra eu apagava, literalmente. Nunca senti tamanha dor e tanto medo em toda a minha vida. O médico não deveria estar ali para me acalmar?

Muitos anos depois li, em um artigo científico, que a ocitocina deve ser prescrita com muito cuidado porque cada mulher reage de forma diferente à mesma dosagem. Ou seja: o médico deveria estar sim por perto, não só para me dar apoio psicológico, mas para monitorar o processo e orientar a enfermagem se a dose deveria ser diminuída ou mesmo ter sua aplicação cessada. Posso afirmar que aquela reação à ocitocina não era razoável. Parecia mais uma overdose. Muito possivelmente minha filha sofreu as consequências disso pois li, nesse mesmo artigo que um dos efeitos colaterais da ocitocina é o sofrimento fetal.

Aos nove centímetros de dilatação, pronta para parir e sendo encaminhada para a sala de parto, o Dr. X reapareceu. Eu não o teria escolhido para cuidar do meu parto se eu soubesse que ele me abandonaria e só voltaria na hora do expulsivo, minando meus nervos e me deixando aterrorizada. Eu imaginava que ele estaria, senão do meu lado, próximo, acompanhando a evolução e alguma possível intercorrência que pudesse acontecer. Como de fato aconteceu.

Minha filha tão desejada e esperada, nasceu sem soltar um pio. Quase inconsciente. Foi resgatada pela pediatra que fez os procedimentos de ressuscitação. Porém, ela ficou em um estado que eles chamam de “gemente”. A criança se mantém com os bracinhos tremendo e soltando um gemidinhos. Durante horas seguidas.

A pediatra que atendeu minha filha foi embora logo em seguida, dizendo que tinha um congresso – mesmo sabendo que minha filha estava muito mal e com chances de apresentar convulsões. Em uma consulta, um mês depois do seu nascimento, ela admitiu que já sabia que minha filha teria convulsões. Eu me pergunto qual foi o juramento que ela fez no dia de sua formatura: cuidar de pessoas e salvar vidas, ou ir a congressos? Tal como o obstetra, Sr. X, ela também me abandonou, embora tivéssemos acertado previamente o acompanhamento de minha filha.

Minha filha nasceu à tarde, e por toda a noite e madrugada teve convulsões. Jamais esquecerei o terror que senti ao vê-la ter uma convulsão nos meus braços, quando eu tentava amamentá-la. Gritei apavorada, e a enfermeira a levou novamente para o berçário.

Na manhã seguinte, uma médica indicado pela pediatra que eu havia contratado apareceu. Eu não a conhecia, e ela ordenou a transferência de minha filha para a UTI pediátrica de outro hospital, visto que o qual eu me encontrava não tinha essa unidade. Outro erro.

Pouco tempo depois, foi diagnosticada a paralisia cerebral, e a experiência do parto foi bastante traumática para mim e meu marido na época. Minha filha não tinha completado um ano quando engravidei novamente. Procurei outro profissional, uma médica, a quem contei tudo o que havia passado e, ainda assim, queria que minha segunda filha, nascesse de parto natural pois, depois de tudo o que tinha lido e

estudado, continuei acreditando que o parto normal é o melhor para mãe e bebê – e que o parto da minha primeira filha não fora um parto normal.

O parto da minha segunda filha foi uma experiência redentora. Sou convictamente agnóstica, mas ao ter minha filha nos meus braços, logo após nascer, e vê-la ali, perfeita, e poder amamentá-la, segurar sua mãozinha, eu gritava “Obrigada Senhor, obrigada!”, alto, e muitas vezes... As enfermeiras ficavam espantadas, e somente eu e minha médica sabíamos o que aquilo significava para mim. Como mulher, eu sempre achei que merecia uma outra experiência: uma que correspondesse àquilo que eu tanto sonhara, para o qual tanto havia me preparado e que tanto acreditei. Isso me deu forças para seguir em frente – só quem passa pela experiência de um parto natural, humanizado, sabe do que estou falando.

A razão pela qual decidi escrever este relato de forma anônima foi porque é uma maneira de deixar tudo aquilo no passado – o caso teve bastante repercussão na cidade na época. Não tenho medo, mas não quero aborrecimentos relacionados a isso, não quero ver minha vida voltar para trás, estou em outra. Esses assuntos me fazem mal.

E, apesar de já estar em outro momento de vida, não consigo ver aqueles que foram os responsáveis pela situação como seres humanos. Vejo-os como monstros que passeiam livremente por aí, namoram, saem para jantar, vão ao cinema sozinhos, enquanto minha filha não pode viver sem sua cadeira de rodas. Não pode falar e tem problemas de aprendizado. Sequelas das agressões obstétricas que sofremos.

C.R.

10.4 Falta de esclarecimento e consentimento da paciente

Muitos procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de sua necessidade. Alguns são realizados sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento. Diversos relatos apontam o incômodo em se submeter a exames realizados em seu corpo por pessoas que não se apresentam, não informam a necessidade do exame e realizam comentários agressivos durante o procedimento.

Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor.

O médico disse: “na hora de fazer tava gostoso, né?”. Nessa hora me senti abusada.

F. atendida na rede pública em São Paulo-SP

“Durante a pesquisa de campo, pudemos constatar que as pacientes não eram consultadas nas tomadas de decisão com relação à realização de qualquer procedimento cirúrgico ou acerca de quem na equipe iria executar esses procedimentos. Raramente sabiam o nome de qualquer profissional da equipe médica, muito menos se se tratava de um médico ou um estudante de medicina. Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias.” (HOTIMSKY, 2007)

“Quando cheguei na maternidade, um plantonista veio fazer o exame de toque, depois chamou outro para fazer outro toque e chegaram à conclusão que eu estava com 4 cm de dilatação. Fui levada para o centro cirúrgico sem me informarem nada. Quando questionei o porquê eu estava naquela sala, o médico falou que minha estatura era baixa e provavelmente o bebê não passaria na minha pelve. Questionei a conduta dele e pedi para que ele me deixasse tentar o parto normal. Ele ficou visivelmente irritado e disse que lavava as mãos caso ruim acontecesse. Ele não quis mais me atender e me passou para outro plantonista. Depois de passar o tempo todo deitada na maca, pois não me permitiram me movimentar para ajudar no trabalho de parto, sem poder beber ou comer, com ocitocina no soro, sem acompanhante, fui para mesa de parto, amarraram minhas pernas, uma enfermeira subiu em cima da minha barriga e minha filha nasceu. Só depois de 7 horas após o parto levaram a minha filha para eu conhecer.”

R.R.S.V. atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG

“Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Eu não queria ter uma seqüela sexual do parto. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relação.”

G.A. 26 anos, atendida na rede pública na Maternidade Pró-Matre em Vitória-ES

“Ao nascer, minha filha passou por todos os procedimentos de rotina, incluindo aplicação de nitrato de prata, procedimento que só pode fazer algum sentido em nascidos por parto normal, também sem que eu fosse informada.”

R.L.A.Y. que teve uma cesárea através de plano de saúde em Belo Horizonte-MG

10.5. Manobra de Kristeller

Quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou expremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho.

“A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller. Este recurso foi abandonado pelas graves conseqüências que lhe são inerentes (trauma das víceras abdominais, do útero, descolamento da placenta).” (Obstetrícia Normal, manual de BRIQUET) (DELASCIO; GUARIENTO, 1970:329)



Essa manobra ainda é frequentemente realizada na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica (que prejudica a dinâmica do parto e prejudica a oxigenação do bebê), comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de kristeller é

proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário (LEAL et al., 2012).



Manobra de Kristeller sendo aplicada em mulher imobilizada pela posição ginecológica

Existem fortes evidências dos benefícios de incentivar a mulher a escolher uma posição que se sinta mais confortável para o parto, e de incentivar posturas mais verticalizadas.

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.

2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

2.18 - Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.

(BRASIL, 2001)

A mulher deveria ser incentivada a adotar posições diferentes durante o trabalho de parto e fase final do parto, de modo a sentir-se mais confortável e a facilitar o nascimento. Posições

verticalizadas, por exemplo, favorecem a descida do bebê, por contarem com a ajuda da gravidade. Assim, seria mais racional, mais ético e mais respeitoso permitir que a mulher posicione-se de modo mais confortável para ela, em vez de realizar procedimentos comprovadamente prejudiciais à saúde da mulher e da criança.



“Duas pessoas subiram em cima da minha barriga para o bebê nascer.”

J. que não recebeu nenhum incentivo para adotar outra posição mais favorável para o parto. Ficou deitada de barriga para cima e pernas na perneira. Atendida através de plano de saúde em Vitória-ES

“A manobra de kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente” (REIS, 2005).

“O médico fez manobra de Kristeller, empurrando minha barriga para baixo. Me fizeram episiotomia sem ao menos perguntar se eu permitia ou me explicar o motivo do procedimento. Eu me senti extremamente mal e vulnerável por não ter entendido

nada do que aconteceu comigo. Minha filha nasceu mal e ficou internada por uma semana. Nunca soube o motivo. Ninguém nunca me explicou nada sobre o parto e sobre o porquê da minha filha ficar internada. Eu nunca mais quis ter filhos.”

C.M. atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG

Este procedimento, além de todos os danos já apresentados, constituindo violência obstétrica de caráter físico e psicológico, contradiz claramente as indicações da RDC 36/2008 da ANVISA:

5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

10.6. Restrição de posição para o parto

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.

1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.

(BRASIL, 2001)

6.2 Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho e parto

9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto

(OMS, 1996)

“5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;”

(RDC 36 de 2008 da ANVISA)

Apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde, da recomendação do Ministério da Saúde, da Portaria 1.067 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina²¹ para o parto. Essa posição prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para a mãe e prejudica a oxigenação do bebê.

“A posição supina tem sido amplamente usada no segundo período do trabalho de parto, a despeito da evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição.” (AMORIM, 2010)

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico.”

G. atendida através de plano de saúde no Rio de Janeiro-RJ

²¹ Posição supina e posição de litotomia são posições horizontais de barriga para cima

"A conclusão dos revisores é que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, com o balanço das evidências a favor das posturas não-supinas." (AMORIM, 2010)

10.7. Restrição da escolha do local do parto

“É direito da mulher definir durante o pré-natal o local onde ocorrerá o parto. Vale ressaltar que os partos podem ser realizados nos centros de parto normal, em casa ou em qualquer hospital ou maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS)”
(Brasil, s/d)²²

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1.5 - Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.

(BRASIL, 2001)

“No dia em que minha filha nasceu, 16 de fevereiro de 2012, fui realizar a curetagem para retirada da placenta depois de um parto domiciliar. O procedimento foi feito no Hospital e Maternidade São Luis, unidade Itaim em São Paulo. Após o procedimento, devido a algumas complicações, fui para UTI. O médico plantonista da UTI, acredito eu, não lembro dele se apresentar, em um momento virou pra mim e falou:

- Você só vai sair daqui quando você estiver arrependida de ter tido um parto domiciliar e quando as pessoas lhe perguntarem sobre seu parto e você falar para elas que está arrependida e não incentivar essa prática.”

Ludmila Ancelmo Cavalcante, que escolheu o seu local de parto, escolheu uma equipe para acompanhar o parto, e foi encaminhada a um hospital quando foi necessário, Hospital São Luis, unidade de Itaim, São Paulo-SP

²²

Tipos de Parto, BRASIL, disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>

11. Cirurgias Cesarianas

Muitas das indicações de cesáreas que são realizadas frequentemente na obstetrícia brasileira não possuem respaldo na literatura científica. (SOUZA, AMORIM, PORTO, 2010).

Um dos fatores relacionados com os índices de prematuridade são a indução e realização de cesáreas desnecessárias (CHANG et al, 2012). Há evidências de que no setor privado há maior presença de prematuros leves, o que pode estar relacionado com os altos índices de cesáreas eletivas agendadas (LEAL et al, 2004; BARROS et al 2006; MARCH OF DIMES et al, 2012).

“Apesar da evidência de que cesarianas, mesmo se eletivas, estão associadas com aumento da morbidade e mortalidade materna, não há sinais de que as tendências atuais de aumento dessas cirurgias estejam reduzindo.” (VICTORA et al 2011)

“No mercado de planos de saúde no Brasil esta situação se configura ainda mais grave, pois, segundo pesquisa realizada em 2007 (DOMINGUES et al., 2008 apud ANS, 2010), por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), financiada pela ANS, mais de 90% das cesarianas ocorrem sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto, aumentando a chance do feto ser retirado do útero ainda prematuro. A retirada cirúrgica de conceitos do útero, antes que tenham atingindo a completa maturidade fetal pode aumentar complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais, e, em consequência, levar a necessidade de internação em UTI neonatal (VILLAR et al., 2005 e TITA et al., 2009 apud ANS, 200). Esta situação aumenta os custos hospitalares, interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina e eleva o risco do desenvolvimento de outros problemas de saúde no recém-nato, ocasionados pela internação.” (ANS, em “Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal”)

2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

2.19 - Prática liberal de cesariana.
(BRASIL, 2001)

11.1. Cesáreas eletivas

Cesárea eletiva é a cirurgia de cesariana que é realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e realizada antes mesmo do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem caracterizar urgência ou emergência.

“Estudos demonstraram que os benefícios conferidos ao feto pela cesariana são pequenos. Além do procedimento se associar a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, encontra-se associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal. A morbidade materna relacionada à cesariana é representada por aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte e de histerectomia por cesarianas repetidas. Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, que podem ser reduzidas se a cesariana eletiva for realizada acima da 39ª semana de gravidez (B).”

(SOUZA et al, 2010)

“O estudo indica que existe uma alta proporção de cesáreas eletivas sendo realizadas antes das 39 semanas. E que pode ser atribuída a uma série de fatores, incluindo o desejo da mulher em retirar o bebê assim que atingisse o tempo de ser considerado “a termo” e o desejo do obstetra em agendar a cirurgia à sua própria conveniência. Esses nascimentos foram associados com um aumento evitável de mortalidade neonatal e internação em UTIn, que demanda um alto custo financeiro.”

(TITA et al, 2009)

No Brasil, muitos hospitais privados possuem altíssimos índices de cesáreas. Em alguns períodos do ano em alguns hospitais, é difícil encontrar vagas disponíveis devido a grande demanda para agendar cesáreas. Os riscos e complicações dessa cirurgia devem ser esclarecidos à mulher, já que, possui aumento considerável de mortalidade e morbidade grave para mãe e bebê comparados a um parto normal com assistência adequada.

"A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações."

Caroline Gurgel, atendida através de plano de saúde no Hospital São Luiz em São Paulo-SP

11.2. Cesárea por conveniência do médico

Procedimento abusivo e antiético

Na conduta médica nos plantões obstétricos da rede pública e privada, existe uma “etiqueta” de não sobrecarregar o próximo médico que irá assumir o plantão, pois esse possivelmente estará chegando de outro plantão e estará cansado. Essa conduta, conhecida por “limpar a área”, consiste em realizar cesáreas no final do plantão de todas as mulheres que ainda estão em trabalho de parto, ou acelerar o parto através de outras intervenções²³. Dessa forma, o plantonista seguinte poderá descansar ao chegar, se encarregando de acompanhar somente as gestantes que serão internadas em seu plantão.

Essas cesáreas, realizadas sem necessidade clínica, acontecem aproximadamente às 18h da tarde, às 21h e às 6h da manhã. As mulheres não são esclarecidas da necessidade do procedimento, ou por vezes são ludibriadas por falsas indicações – exemplos: “não tem dilatação”, “não tem passagem”, “o seu bebê prendeu o pé na sua costela”.

Maria Luíza teve seu primeiro filho por cesárea no convênio e agora está fazendo o pré-natal do segundo. Na consulta, o médico pergunta se ela sabe porque foi feita a cesárea e ela responde:

– Não me explicaram direito. Acho que foi um caso de sujeira na área.

– Como assim, sujeira na área?

– Sei lá... Só me lembro que o médico falou pro outro: vamos logo fazer a cesárea para limpar a área²⁴.

– Mas não teve alguma coisa, assim como, a bacia era estreita, o neném estava em sofrimento? Não falaram uma coisa assim? O que falaram pra senhora?

– Ah, ele disse assim, “Vamos lá?”. Aí eu fui.

– E a senhora não falou nada, não achou nada estranho?

²³ Soro com ocitocina, redução manual do colo do útero, ruptura artificial da bolsa, comandos de puxo antes da dilatação completa, manobra de Kristeller,

²⁴ “limpar a área” - realizar todos os partos, por cesárea ou indução até uma certa hora do plantão, para viabilizar horas de sono suficientes para que o profissional possa enfrentar mais um plantão em seguida daquele

– Eu ia falar o quê? Ele mandou eu ir eu fui. O senhor acha que uma mulher na hora do parto, com aquela bata que aparece tudo, cega e sem óculos como eu estava, ia fazer o quê? Eu só via aqueles vultos verdes, eles mandando e eu indo.

(Cartilha “O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os Direitos Humanos das mulheres na gravidez e no parto” do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde)

“Limpar a área’ é retratado como uma espécie de ‘etiqueta’ do plantonista, e aqueles que não aderem a esse modelo de atuação são vistos como profissionais que não querem trabalhar e que sobrecarregam seus colegas.

A atuação menos intervencionista, com menos medicação para acelerar os partos, ou que não ‘resolvem’ cirurgicamente por não julgar clinicamente necessário, não recebe apoio de colegas médicos.” (HOTIMSKY, 2007)

“Esvaziar a enfermaria é também um recurso usado pelos profissionais de saúde para gerenciar sua carga de trabalho e encontrar tempo para dormir antes do próximo turno. Deixar a enfermaria cheia para o próximo turno é considerado incorreto, então os médicos entendem ser sua obrigação ‘limpar’ a enfermaria usando indução ou cesáreas” (DINIZ, O Corte por cima e o corte por baixo)

“A gente vai procurando resolver o que tem que resolver para deixar a situação do plantão mais tranqüila possível pra poder descansar.”

Fala atribuída a uma médica em um plantão noturno (HOTIMSKY)

“Eu teria vergonha de entregar um plantão cheio”

(Cesariana: epidemia desnecessária?)

Outro tipo de cesárea por conveniência do médico são as cesáreas realizadas no setor suplementar com falsas indicações, agendadas previamente entre segunda e sexta-feira. É comum ver várias pacientes de um mesmo médico com cesáreas agendadas para um mesmo dia que serão realizadas uma seguida da outra. E outro fato muito comum são os mutirões de cesáreas realizadas às vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano.

Em 2010, o índice de cesáreas no setor suplementar alcançou 82% dos partos, apesar da Organização Mundial de Saúde recomendar uma taxa de até 15% de cesáreas. As mulheres asseguradas por planos de saúde estão mais vulneráveis a uma cirurgia de cesárea, apesar de estarem supostamente em um grupo com melhor qualidade de vida e mais acesso aos serviços de saúde. Especialistas apontam que a baixa remuneração para a assistência ao parto é um dos fatores determinantes para o agendamento de várias cirurgias a serem realizadas em sequência em um só dia.

“Alguns planos de saúde até remuneram melhor o parto normal do que a cesárea, mas mesmo assim não compensa.”

José Fernando Maia Vinagre, representante do Conselho Federal de Medicina em entrevista à Folha e São Paulo do dia 20 de novembro de 2011 (em anexo)

“Eu estava grávida de 39 semanas, com data de provável de parto para o período de natal. Meu médico disse: ‘Não há problema nenhum se você quiser fazer uma cesárea!’ A cesárea me foi oferecida como alternativa para os dois fatos: o natal e o trabalho de parto que ainda não se iniciava. Pronto, marquei a cirurgia para dali 3 dias.”

M.M. atendida através de plano de saúde em Belo Horizonte-MG

“Meu médico sabia que eu queria parto normal. Pedi a ele que tentasse esperar mais, que preferia repetir os exames mais pra perto e pelo menos sentir as contrações para então fazer a operação. Ele me disse que era muito arriscado” esperar, que cesariana não era tão perigoso assim como dizem, que não era nada demais. Ele abriu a agenda dele e falou: ‘Ingrid, quarta-feira que vem você se interna e a gente faz a cesárea.’. Meu marido virou pra ele e falou: ‘Poderia ser na sexta-feira, assim no final de semana eu poderia ficar com ela direto?’. Ele respondeu: ‘E eu vou perder o meu final de semana???’”

Ingrid Lotfi, atendida através de plano de saúde Unimed no Rio de Janeiro-RJ. Depois de nascer, seu bebê passou 14 horas na UTIn por desconforto respiratório

11.3. Cesárea por dissuasão da mulher

“é um procedimento seguro, o bebê já está maduro, não tem com o que se preocupar, é muito mais cômodo pra família, mais fácil, melhor para aproveitar a licença-paternidade, você não vai sentir dor e ainda vai continuar apertadinha para seu marido”

O período provável para o parto é entre 37 a 42 semanas. A partir de 37 semanas, o bebê é considerado “a termo”.

Muitas cesáreas são agendadas para quando a mulher está prestes a completar 37 ou 38 semanas. Isso evitaria que o médico fosse pego de surpresa de madrugada para atender a um trabalho de parto, ou durante o período que tem consultas marcadas ou durante o fim de semana. Porém, nem sempre pode-se saber a idade gestacional exata e não há outro sinal de maturação do bebê como o início natural do trabalho de parto. O alto índice de bebês com baixo peso ao nascer no setor privado é uma questão que merece atenção (LEAL, 2004; BARROS, 2006; MARCH OF DIMES, 2012).

“Por comodidade, médicos e pacientes marcam a cirurgia com antecedência. No entanto, mesmo no período correto para o parto (a partir de 38 semanas), o bebê pode não estar pronto ainda, alerta José Fernando Maia Vinagre, presidente da Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Vinagre diz que muitos bebês nascem antes da formação completa. Além do baixo peso, os recém-nascidos podem ter problemas respiratórios e ter de passar por Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Ele lamenta que o método tenha se tornado “normal” em vez do parto natural.”²⁵

²⁵

“Aumento de cesarianas leva a mais bebês prematuros”, em:

<http://delas.ig.com.br/sausedamulher/aumento-de-cesarianas-leva-a-mais-bebes-prematuros/n1597378550791.html>

Médicos se fiam no exame de ultra-som, por exemplo, para definir o tempo de gestação. O problema, diz, é que o exame não é totalmente preciso. Ao lado da confiança exagerada no ultra-som, obstetras hoje adotam uma postura mais flexível com relação ao prazo da gravidez. "Se há qualquer problema com a gestante, eles preferem realizar o parto, a partir da 38ª semana", afirma Barros, que é professor da Universidade Federal de Pelotas.

Mas, como o exame não é preciso, muitas vezes, a criança nasce prematuramente. "Em vez das 38 semanas acusadas no ultra-som, o bebê pode ter 36, 35." O nascimento antecipado aumenta o risco de problemas para o bebê. No mínimo, ele perde uma oportunidade preciosa para se desenvolver e ganhar peso.

Aluísio Barros em entrevista a Estação do Bebê, "Uma epidemia de partos prematuros"²⁶

Diante da falta de informações, as mulheres estão extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas questionáveis, submetendo-se a uma cirurgia de grande porte com riscos e complicações para mãe e bebê. Por razões óbvias e prescritas no próprio Código de Ética Médica, **os médicos deveriam esclarecer as gestantes sobre os riscos de se submeter a uma cesárea eletiva, em relação ao parto normal.**

Quadro 1 – Recomendações para as indicações de cesarianas baseadas em evidências.

Indicação	Recomendação	Grau de recomendação
Doença cardiovascular	Indicação obstétrica com fórceps de alívio para minimizar esforços maternos	C
Diabetes	Não é indicação de cesárea <i>per se</i>	A
Pré-eclâmpsia	Não é indicação de cesárea <i>per se</i>	B
Outras situações clínicas	Individualizar: cesárea por indicação obstétrica	C
Câncer ovariano e cervical	A cesariana pode estar indicada em função do tratamento	C
Parto após transplante hepático	Não é indicação de cesárea	C
Oligohidrâmnio	Isoladamente não é indicação de cesárea	B
	Preferir a medida do maior bolsão em vez do ILA para sua determinação	A
Ruptura prematura das membranas	Não é indicação de cesárea	A
Circular de cordão	Não é indicação de cesárea	A
Gestação prolongada	Não é indicação de cesárea	A
Anomalias congênitas	Indicação obstétrica, a depender de qual anomalia (considerar se existe desproporção)	B
Macrossomia fetal	Feto de mãe diabética com mais de 4,5 kg de peso estimado: cesariana eletiva	A
	Feto de mãe diabética com menos de 4,5 kg: indicação obstétrica	A
	Feto de gestante sem diabetes com mais de 5 kg de peso estimado: considerar cesárea	A
	Feto de gestante sem diabetes com menos de 5 kg: não é indicação de cesárea eletiva.	A
	Não há evidências para avaliação de peso fetal a termo em gestações de baixo risco	A
Prematuro em apresentação cefálica	Não é indicação de cesárea	B
Prematuro em apresentação pélvica	Não há evidências suficientes a favor da cesariana eletiva	A
	Indicação liberal de cesariana intraparto	A
Pequeno para a idade gestacional	Isoladamente não é indicação de cesárea	A
Baixo peso	Isoladamente não é indicação de cesárea	A
Amadurecimento placentário precoce	Não é indicação de cesárea	B

Quadro retirado de SOUZA et al, 2010

“Sentindo dores desde às 6 da manhã, meu médico me diz às 15h da tarde de sábado, que o ‘termometro para parto normal’ dele estava quebrado e por parto normal o bebê não nasceria antes da meia noite. Quando entrei na sala de cirurgia, uma enfermeira fez o toque e viu que tinha 9cm de dilatação. Se esperassem uma ou duas horas, eu teria condição de ter o parto normal como planejei nos 9 meses anteriores. Porém, a equipe já estava toda montada para a cirurgia e foi feita uma cesárea sem me dar outra opção.”

Luana Amorim, atendida na Maternidade Lilia Neves através de plano de saúde Campos dos Goytacazes-RJ

“Fiz uma ultrassonografia quando estava de 20 semanas e minha bebê ainda estava sentada. Por isso, minha médica pediu para marcar a cesárea para quando a gestação completasse 37 semanas. Ninguém me examinou antes de abrirem minha barriga. Durante a cirurgia ouvi ela dizer que a bebê tinha virado e poderia ter sido um lindo parto normal.”

A.C.N., atendida através de plano de saúde na Maternidade Santa Úrsula em Vitória-ES

“Meu obstetra, que era meu médico há 9 anos, me disse que meu bebê não nasceria de parto normal porque meu colo de útero estava ainda grosso e ela não estava encaixada com 39 semanas de gestação. Marcou a cesárea para dali a alguns dias. Procurei outro profissional e tive meu parto normal com 41 semanas.”

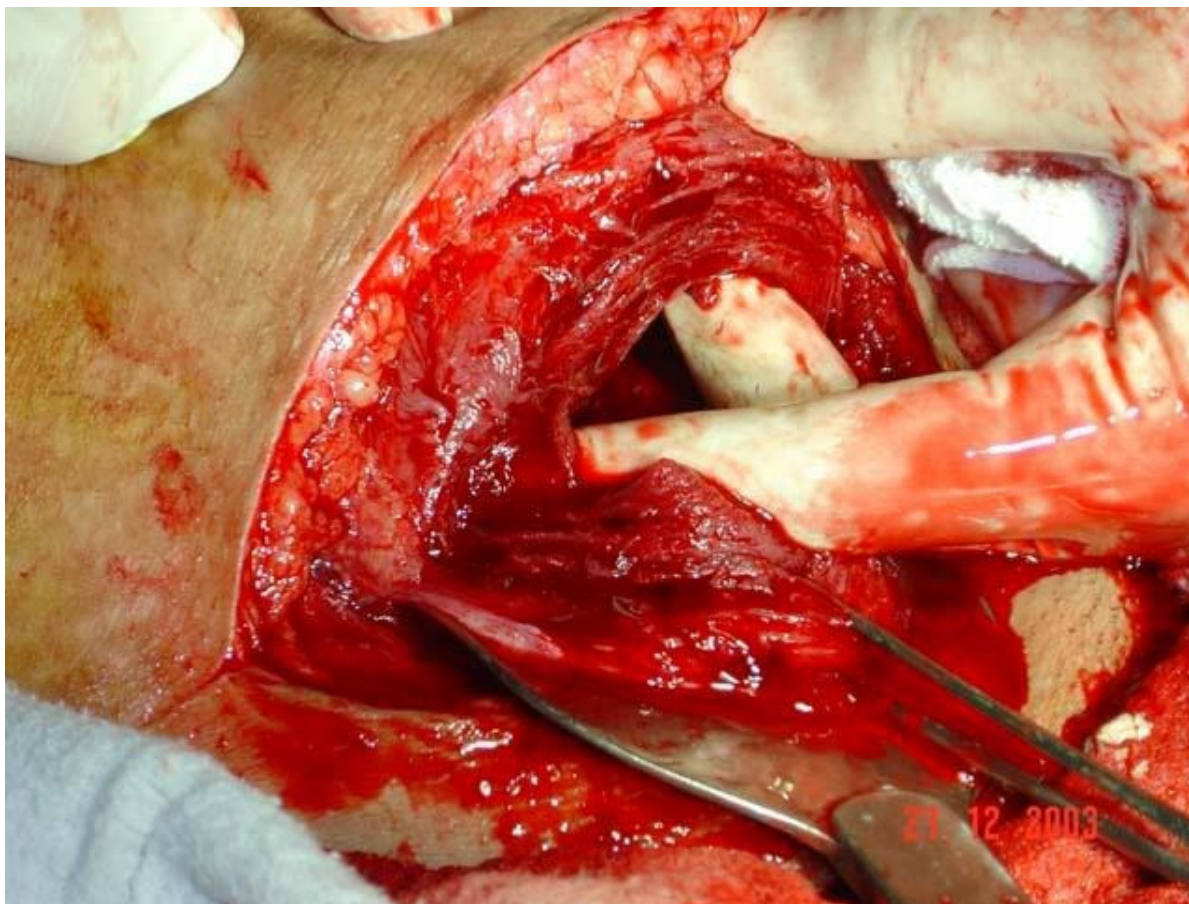
Eleonora Moraes, atendida através de plano de saúde em Ribeirão Preto-SP

“O médico diz que não era pra eu sofrer. Se eu quisesse fazer a cesárea, ele faria. 38 semanas o bebê já está pronto. Digo que não quero, quero parto normal mesmo.”

Thais Saito, atendida através de plano de saúde no Hospital Santa Joana em São Paulo-SP, foi submetida à cesárea

“Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea.”

Patrícia Reis França, em entrevista para a Folha de São Paulo do dia 20 de novembro de 2011



“As pacientes, claro, adoraram a idéia de um parto sem dor antes e durante (ainda que um pouco mais dolorido depois), com data marcada e ainda a vantagem de preservar o aparelho genital.”²⁷

Muitos atribuem os altíssimos índices de cesáreas no país à preferência das mulheres pela cirurgia. Não caberia ao profissional esclarecimento sobre os riscos e complicações da cirurgia eletiva? Não caberia ao profissional prestar esclarecimento sobre o risco de prematuridade, de desconforto respiratório do bebê, do risco aumentado de mortalidade materna e neonatal? Não caberia ao profissional esclarecer sobre as opções de analgesia de parto, técnicas não farmacológicas de alívio da dor, riscos e complicações de episiotomias? Não caberia ao profissional esclarecer a gestante sobre sua falta de disponibilidade para acompanhar um parto que não tem data ou hora para iniciar e pode durar várias horas?

²⁷

Veja on-line, “Sem dor e sem culpa”, publicada em 2 de maio de 2001
http://veja.abril.com.br/020501/p_060.html

11.4. Cesárea por coação da mulher

“Se você não quiser, você pode ir lá ter seu filho no plantão do SUS pra você ver o que é bom.”

Diante da conjuntura atual, em que a violência na assistência ao parto é comum, frequente e naturalizada, muitas mulheres estão buscando alternativas no setor suplementar. Não é raro ouvir relatos de mulheres que se sentiram coagidas a aceitar uma cesárea eletiva quando foram avisadas no final da gestação de que seus médicos não prestam assistência à parto normal ou que não aguardam o início do trabalho de parto (maturação do bebê) para realizar a cirurgia.

“melhor agendar logo para não correr risco de não ter vaga no hospital”

No setor suplementar em algumas cidades, dependendo do plano de saúde e sua rede credenciada, é muito difícil encontrar vaga disponível em maternidade entre segunda a sexta-feira, estando essas lotadas de cesáreas previamente agendadas.

Durante o pré-natal, mulheres formam vínculos afetivos com os médicos, na expectativa de que esse seja o profissional que as atenderá no parto. Muitas mulheres sentem que estão sem opção quando dependem e confiam no médico que insiste em agendar uma cesárea sem indicação clínica.

“Pode-se interpretar que o médico deve estimular a livre escolha da via de parto às pacientes que assiste, informando-as acuradamente sobre as alternativas que dispõem. A possibilidade de cercear o direito de escolha da futura mãe, mesmo que apenas por indução, é algo que pode ser considerado contrário à ética profissional. Devido a seu conhecimento e ao respeito que impõe, o médico deve manter-se cauteloso quanto à possibilidade de influenciar a decisão da paciente, levando-a a escolhas que possam não atender a seus legítimos anseios ou interesses.”
(BARCELLOS et al, 2009)

“Quando completei 40 semanas, o obstetra solicitou um ultrassom para avaliar se ainda dava para esperar que eu entrasse em trabalho de parto espontaneamente. O resultado do exame foi ótimo, boa quantidade de líquido, placenta grau II, boa vitalidade fetal. Porém, meu médico me indicou uma cesárea para o dia seguinte

alegando que se o bebê não tinha encaixado ainda, ele não encaixaria mais. Fui para casa chorando. Meu marido tentou me consolar dizendo que poderíamos consultar outro médico, já que o exame dizia que estava tudo bem. Mas ir para qual médico? Ainda liguei para desmarcar a cirurgia e o médico limitou-se a dizer que eu deveria tomar um calmante e que eu não devia colocar a vida do meu filho em risco adiando essa cirurgia."

Socorro Moreira, atendida através de plano de saúde em Fortaleza-CE

"Meu médico indicou a cesárea porque o cordão estava enrolado no pescoço. Ele pediu para que a cirurgia fosse marcada para a quarta-feira de manhã, pois ele só tinha esse horário disponível e o parto normal poderia matar meu bebê. Eu nunca iria desejar a morte do meu filho."

E.S.S. de 30 anos, atendida através de plano de saúde em Vitória-ES

"Tive uma infecção urinária durante o início da gestação e a médica disse que não poderei ter um parto normal para não contaminar o bebê."

F. atendida por médica através de plano de saúde, em Vitória-ES

"Camano: Um médico sem preparo, visando apenas a sua comodidade, por vezes indica uma cesárea não consultando a opinião da paciente e isso nós não aprovamos.

Marcelo: É verdade... Eu diria que são mal indicadas porque o indivíduo fez por conveniência, não atendendo de forma honesta as indagações e dúvidas da sua paciente.

Krikor: Vai numa maternidade particular numa véspera de feriado...

Marcelo: Fica cheia e no dia seguinte esvazia..."

Revista Ser Médico, debate "Cesárea a pedido: atender ou não?" Edição 28 de 2004

11.5. Publicidade e Apologia a Cesárea

A divulgação e publicidade envolvida na divulgação da ideia infundada de segurança da cesárea eletiva deveriam ser alvo de fiscalização e autuação dos profissionais que a cometem. Pelos argumentos, pela desconsideração aos aspectos simbólicos do parto, pela alusão à condição feminina de servilidade sexual, pela recorrente banalização da cirurgia cesariana, consideramos violência obstétrica de caráter midiático os exemplos a seguir.

“A cesariana é a evolução do parto. É rápida e não causa trauma para a mulher”

Fabio Leal, presidente da Associação de Ginecologistas e Obstetras do Espírito Santo em entrevista a A Tribuna, 23 de fevereiro de 2012, Vitória-ES

4 ATRIBUNA VITÓRIA, ES, QUINTA-FEIRA, 23 DE FEVEREIRO DE 2012

Cidades

FALE COM A EDITORA GIOVANA RANGEL E-MAIL: cidades@redetribuna.com.br

Médicos em defesa da cesariana

Apesar da campanha do Ministério da Saúde de incentivo ao parto normal, o número de cesarianas no Estado é 78% maior

Christian do Nascimento
Luisa Torre

Na hora de escolher a melhor maneira de trazer um filho ao mundo, as mulheres querem segurança e rapidez ao dar à luz. Isso é o que dizem médicos, que têm visto na cesariana uma boa opção de parto.

Apesar da campanha do Ministério da Saúde de incentivo ao parto normal, no Espírito Santo, o total de cesarianas em 2011 foi considerado alto. Foram realizadas 29.851 cesáreas contra 16.964 partos normais, o que representa um número 78,81% maior.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as cirurgias representem até 15% dos partos.

Uma das justificativas apontadas por especialistas para a diferença nos números é que o procedimento normal pode ser demorado, chegando a até 12 horas, enquanto as cesarianas são mais rápidas.

O presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do Espírito Santo, Fabio Leal, afirmou que o parto normal pode trazer complicações para mãe e bebê.

“O parto normal é um procedimento muito demorado e exige muito mais fisicamente da mulher, enquanto a cesárea é um procedimento cirúrgico rápido e de menor risco para mãe e filho”.

O presidente do Sindicato dos Médicos do Espírito Santo (Simes) e ginecologista Otto Baptista destacou que a cesariana é menos traumática para a mulher.

“O parto normal é mais delicado e dolorido. É uma evolução, muitas mulheres não querem complicações e preferem a cesariana”.

Já para o ginecologista Richard Tanure, o alto número de cesáreas é reflexo de um pré-natal mal feito. “As pacientes chegam sem

orientação e sem paciência, não sabem quando a dor é normal e quando é contração. Isso repercute na hora de ganhar o neném”.

O chefe da divisão de tocoginecologia do Hospital das Clínicas, Justino Mameri Filho, destacou que a vontade da mulher deve ser respeitada.

Ele afirmou, no entanto, que no Sistema Único de Saúde (SUS) a decisão pelo parto normal ou cesariana é dos médicos que acompanham a grávida.

Embora o número de cesarianas seja maior que o de partos normais, a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) informou que tem desenvolvido melhoria nos pré-natais.

“Acompanhamos as gestantes e sugerimos que escolham o parto normal”, disse a gerente da normalização da Sesa, Geórgia Lopes.

OS NÚMEROS			
	2009	2010	2011
Normal	21.802	20.370	16.664
Cesárea	30.139	31.714	29.851

FONTE: SESA

À ESPERA DE SOPHIA



Ela optou pelo parto normal

Grávida de sete meses e mãe de Gabriel, 12, e Stephanie, 20, a autônoma Stefânia Luzia Pessotti de Abreu, 38, optou pelo parto normal para dar à luz Sophia Emanuelly.

“Quero optar pelo parto normal, acho mais saudável tanto para mim quanto para meu bebê. A recupera-

ção é mais rápida e o risco é menor. Só trocaria o normal pela cesariana se fosse necessário”, afirmou.

Segundo ela, os dois filhos nasceram pelo método tradicional. “Tentei convencer uma amiga, mas ela escolheu cesariana por medo da dor, do cólica para suportar”.

O QUE ELES DIZEM



“As mulheres não querem complicações no parto e preferem a cesárea”

Otto Baptista, presidente do Sindicato dos Médicos do Espírito Santo



“A cesariana é a evolução do parto. É rápida e não causa trauma para a mulher”

Fábio Leal, presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do Estado



“O parto normal mostra menos complicações do que a cesariana. Mas muitas mulheres o ignoram”

Paulo Batistuta, ginecologista obstetra

"Houve e há abuso dos médicos que marcam cesáreas pensando em sua comodidade", diz Zugaib. "Também não considero a cirurgia a opção ideal para a saúde pública porque, além de ser mais cara, não temos qualidade suficiente, em matéria de médicos e hospitais, para garantir a taxa mínima de risco de um parto normal. Mas quem tem acesso a serviços e atendimento de primeira linha pode se sentir muito melhor fazendo uma cesárea."

Dr. Marcelo Zugaib, chefe do departamento de obstetrícia e ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em entrevista para a Veja on-line, "Sem dor e sem culpa", publicada em 2 de maio de 2001.

Agendar a data do nascimento do bebê é tratado com naturalidade por maternidade no Rio:



"Alguma mamãe aí vai ter seu bebê amanhã?"

Post na página da Maternidade Perinatal do facebook, no dia 11 de dezembro de 2012, Rio de Janeiro-RJ

Submeter-se a uma cesárea é tratado como uma “dica” por maternidade em São Paulo:

Post recenti di altri

 **Luciana Carvalho**
Só tem foto de parto por cesárea nessa maternidade? :-(
Mi piace · Commenta · Venerdì alle 23.02

 A Santa Joana piace questo elemento.

 **Santa Joana #ficaadica**
52 minuti fa · Mi piace

 **Luciana Carvalho** Obrigada pela sinceridade! Então é essa mesma a posição oficial do Santa Joana.
pochi secondi fa · Mi piace

 |

 **Hellen Durval**
29/10/2012



Mi piace · Commenta · Condividi · Venerdì alle 16.04

 A 2 persone piace questo elemento.

 Scrivi un commento...

“#ficaadica”

resposta da página institucional da maternidade Santa Joana (São Paulo-SP) no facebook à pergunta “Só tem foto de parto por cesárea nessa maternidade?”

A cesárea agendada é divulgada sem restrições na mídia brasileira. Além de já ser considerada como um bem de consumo, outros produtos e serviços estão sendo agregados a essa cirurgia. Serviços agendados previamente de manicure, pedicure, escova e corte de cabelo. Filmagem e fotografia também com agendamento prévio. E agora o buffet com decoração para a festa antes, durante e depois da cesárea; podendo levar convidados e lembrancinhas; transmissão simultânea do nascimento do bebê através de câmera dentro do centro cirúrgico e exibida em televisores de plasma em um auditório, e transmissão do auditório para um televisor dentro do centro cirúrgico para que a mulher possa ver a reação da platéia. “Satisfação e segurança” prometidas por uma maternidade sem divulgar os riscos de submeter-se desnecessariamente a uma cirurgia de grande porte, o risco de agendar a cesárea para antes do bebê estar realmente maduro para nascer, os riscos aumentados do bebê necessitar de internação em UTIn.



Família acompanha o nascimento de Matheus por meio de um telão, em Niterói, no Rio de Janeiro. (Folha de S. Paulo, “‘Cine parto’ vira festa de família com espumante em maternidade”, publicado em 30 de setembro de 2012)²⁸

“Por R\$ 200, eles alugam o espaço e acompanham pela televisão o trabalho da equipe médica na sala de parto da maternidade São Francisco, localizada em uma área nobre do município (a 13 km do Rio). As imagens são captadas por uma câmera instalada no alto do

²⁸Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1161504-cine-parto-vira-festa-de-familia-com-espumante-em-maternidade.shtml>

centro cirúrgico. Já a gestante pode ver a festa da família por uma outra televisão colocada próxima aos médicos.” (Folha de S. Paulo, 30 set 2012, em “‘Cine parto’ vira festa de família com espumante em maternidade”)

Parir é uma festa

Para celebrarem o nascimento do filho, pais realizam recepção no hospital, com direito a bufê, champanhe, decoração e garçom

por Carla Knoplech | 29 de Agosto de 2012



Juliana Marzo, antes do parto, com o marido, Marcel Vieira, a mãe, Edna Pellegrini, e o garçom Felipe Bento: comemoração para a chegada de Stella

Foto no Veja Rio em “Parir é uma festa”, publicada em 29 de agosto de 2012²⁹

“É preciso ter em mente que o parto é um procedimento cirúrgico e, sendo assim, requer atenção especial, sob o risco de prejudicar o pleno restabelecimento de mãe e bebê.” (Veja Rio, “Parir é uma festa”, 29 ago 2012)

²⁹ Disponível em: <http://vejario.abril.com.br/edicao-da-semana/festa-na-maternidade-699200.shtml>

O esclarecimento final da matéria de que “o parto é um procedimento cirúrgico”, desconsiderando o parto normal, ainda recomenda atenção especial visando o pleno restabelecimento de mãe e bebê que foram submetidos a uma cirurgia (sem necessidade clínica).

“Havendo o reconhecimento da associação entre a elevação das taxas de cesáreas e o desenvolvimento econômico regional (pelo potencial explicativo das variáveis estudadas), e em vista de seus maiores valores concentrarem-se nos hospitais privados, a cesárea parece ter adquirido outro caráter além do de procedimento médico: o de atividade lucrativa, ou, em outras palavras, o de um bem de consumo. Na sempiterna polêmica sobre a privatização dos serviços de saúde, recentemente reativada no Município de São Paulo pela proposta de que recursos públicos financiem um sistema de gerenciamento no âmbito do privado, a cesárea constitui-se em excelente paradigma para análise de sua perversidade, demonstrando que, nesse sistema, o que rege a indicação das terapêuticas é o objetivo lucrativo, e não o bem-estar da mãe ou de seu filho, ou das populações.” (RATTNER, 1996)

12. Atendimento desumanizador e degradante

O cenário de violência obstétrica é tão naturalizado, que mulheres retratam como “sorte” quando recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico (DIAS, 2006), e atribuem o atendimento ruim à “falta de sorte”. Isso demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto.

“Mulheres com menor escolaridade não consideram ter sido desrespeitadas. Para elas, que se baseiam no que ouviram da experiência de amigas e parentes próximas, o parto em hospital é assim mesmo. Vai doer; vão gritar com ela. Há até a percepção de algo negativo, mas por ser visto com naturalidade não é entendido como maus-tratos”

Gustavo Venturi, em entrevista para Revista do Brasil, “As outras dores do parto”, publicado em 13 de março de 2012

“Minha filha nasceu a caminho do hospital, no carro, sem assistência. Tudo porque me senti altamente constrangida no hospital, lugar no qual deveria me sentir segura. Fui amedrontada e desrespeitada nos atendimentos anteriores no hospital.”

B.R.S. atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG

Dentre os relatos recolhidos, como formas de maus tratos e tratamento inadequado de mulheres no contexto da gestação e parto, identificamos:

Peregrinação em busca de vaga

A peregrinação em busca de vaga é uma das principais causas de mortalidade materna. A afixação de cartazes de “Não há vagas” estimulam a peregrinação, omitindo a instituição e os profissionais do trabalho de encaminhar a gestante para um serviço que tenha vaga disponível para atendê-la, em contrariedade à norma:

5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

5.6.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

RDC 36 de 2008 da ANVISA

“É obrigação do médico procurar encontrar uma vaga para a paciente (quando seu caso é uma urgência ou emergência). Acho muito errado, mas tem médico que trata mal essas pacientes. Isso era mais freqüente há um tempo atrás, mas, infelizmente, ainda acontece.”

Fala atribuída a um médico de uma instituição que possui vários cartazes de “Não há vagas” (HOTIMSKY, 2007)

Médico Assistente: “Você não queria ter esse filho por quê?”

A paciente abaixa os olhos e permanece em silêncio.

Médico Assistente: “Por que você não evitou?”

A paciente permanece em silêncio.

Médico Assistente: “Não tem vaga para você. O que você prefere? Você pode ser encaminhada para qualquer hospital de São Paulo que tenha vaga ou pode procurar vaga sozinha.”

A paciente começa a chorar.

Paciente: “Prefiro ser encaminhada.”

Médico Assistente: “Você sabia que não teria vaga sem pré-natal, não sabia?”

Paciente: “Me falaram.”

(HOTIMSKY, 2007)

Diálogos como esse são comuns na obstetrícia brasileira. Mulheres sentem que merecem o tratamento hostil que recebem na assistência à gestação e ao parto, como uma forma de punição pela sua sexualidade e por sua gestação. Em alguns estados, durante o pré-natal há vinculação da gestante ao serviço que a atenderá no parto - caso haja vaga (Lei Federal 11.634/2007). Porém, não há amparo legal para oferecer “procurar vaga sozinha” quando uma gestante chega a um serviço de saúde em busca de atendimento que “não tem vaga para você”.

Omissão de Informações

Em muitos serviços de assistência obstétrica não há utilização do partograma, o que prejudica o acompanhamento da paciente, além de contrariar a norma.

"Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias."

(BRASIL, 2001:45)

5.6 Processos Operacionais Assistenciais

5.6.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

5.6.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;

RDC 36 de 2008 da ANVISA

"A paciente estava deste às 4 horas da manhã em cima da mesa de cirurgia aguardando a cesariana que foi deixada para o plantão seguinte. Quando a doutora do plantão chegou, ela perguntou a indicação da cirurgia e a paciente não soube responder. Não tinha nada escrito no prontuário dela."

L., estudante de Medicina, Pró-Matre, Vitória-ES

Algumas mulheres buscam perguntar aos pediatras sobre quais procedimentos serão realizados no bebê ao nascer, como instilação de nitrato de prata nos olhos, verificação do ânus perfurado com cateter, aspiração do líquido estomacal, entre outros. Porém, nem sempre conseguem obter os esclarecimentos adequados, muitas vezes com abordagens que reforçam o sentimento de submissão ao poder médico.

"Você deveria vir aqui e me perguntar sobre fralda, sobre chupeta, mamadeira! Não devia me perguntar sobre procedimento no bebê!!!"

Fala atribuída a médica neonatologista em resposta ao questionamento da gestante sobre os procedimentos a serem realizados no bebê ao nascer.

A.D., atendida através de plano de saúde, Vitória-ES

Descaso e abandono

“Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para ‘pegar’. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer.”

Sandra, atendida na Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES

“Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor ‘no corte’. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuro me informar e descubro que o médico que ‘fez os partos’ não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que ‘normal não dói, é coisa da cabeça delas’.”

ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES

Desprezo e humilhação

“Fui muito humilhada nesta maternidade, pelos médicos e enfermeiros que me atenderam primeiro.”

Francisca Souza, para o Portal AcessePiauí

“A médica plantonista que estava no dia que minha filha nasceu, me atendeu ali... como se eu fosse um pedaço de carne de açougue que o açougueiro corta, pesa e vende... sem ao menos olhar na cara de seu cliente.”

P.L.S. atendida na rede pública em Ipatinga-MG

“Eu acho que o maltrato, tratam você como se você... Você já tá ali numa situação constrangedora, né, e assim, a pessoa falar grosso com você, falar grossa, de repente por ela estar com raiva de alguma coisa, ela vim te aplicar uma injeção e te aplicar de qualquer jeito. Eu acho que isso é uma violência, entendeu, dentro da saúde.”

Taís em (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011)

Ameaça e coação

“Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.”

Aline Pereira Soares, atendida na rede pública em Curitiba-PR

“Era noite de lua cheia e as enfermeiras diziam que eu tinha sorte por pegar a sala de parto limpa pois em noites de lua cheia elas mal tinham tempo de limpá-la.

Na sala de parto o médico mandava eu ficar quieta, disse que uma menina de 13 anos não fazia o escândalo que eu estava fazendo. E disse que eu estava fazendo tudo errado.”

Luana de Freitas Eulálio, atendida no Hospital Evangélico de Curitiba

“Eu digo pras grávidas: ‘se não ficar quieta, eu vou te furar todinha’. Eu agüento esse monte de mulher fresca?”

T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto, Itaguaí-RJ

“Até a enfermeira lá falou assim, a estagiária falou: ‘Olha, isso mesmo. Continua assim [quieta] porque geralmente eles judia um pouco quando a mulher dá trabalho’.”

Jane em (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011)

Preconceito e discriminação

“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!”

fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES

A eclâmpsia, pré-eclâmpsia e os distúrbios hipertensivos afetam muito mais a população negra, sendo as maiores causas da mortalidade materna da população negra. Apesar disso, o médico não poupou seu diagnóstico com base no em preconceito racial, e sócio-econômico. O racismo dos profissionais de saúde atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificulta o acesso da mulher ao serviço de saúde, dificulta o acesso da mulher ao tratamento adequado.

“Muitas pacientes são migrantes, tem sotaque do nordeste. Vêm do nordeste ter filhos e depois voltam. São muito ignorantes!”

fala atribuída a um médico em (HOTIMSKY, 2007)

“E, ainda por cima, é uma gringa!”

Fala atribuída a uma médica referindo-se a uma paciente que falava português com forte sotaque espanhol (HOTIMSKY, 2007)

“[...] cabe ressaltar que houve outras circunstâncias, ao longo da pesquisa de campo, em que constatamos que ‘pacientes estrangeiras’ se incluíam entre as categorias sociais que frequentemente recebiam um tratamento hostil ou discriminatório.” (HOTIMSKY, 2007)

Homofobia

“Ligaram do Hospital Dório Silva pro Conselho Tutelar para denunciar a parturiente, pois ela se declarou lésbica.”

F. funcionária do hospital Dório Silva, na Serra-ES

Estigmatização

“Faço parto normal no público. No privado nunca fiz. As mulheres não querem. Elas são muito preguiçosas.”

P. médica ginecologista obstetra em Vitória-ES

“Domingo à tarde e feriado são dias em que vêm muitas mulheres para o PA porque comeram uma feijoada ou brigaram com o marido. O marido sai no domingo, vai para o jogo de futebol e deixa ela em casa com as crianças. Aí, quando ele chega em casa e quer descansar, a mulher de birra fala: ‘Vai descansar coisa nenhuma’ Você vai me levar para o hospital porque estou com dores...’ E isso é típico de feriado e domingo, principalmente de madrugada.”

relato de médica em (HOTIMSKY, 2007)

“Me deitei e lá vinha ela de novo com aquela luva de toque. Nesse momento ela falou ‘Você tá sentindo dor assim porque perde tempo gritando, pára de gritar... Uma vez fiz um parto de uma menina de 15 anos, que não deu um grito sequer e que conversava com o filho pedindo que ele não a machucasse... Foi o parto mais lindo que já vi e não me deu trabalho nenhum...’. Pronto, vários pesos na consciência (por não conversar com minha filha, por gritar e por ter minha filha ‘me machucando’).”

Lorena Andrade, atendida através de plano de saúde em Juiz de Fora-MG

“Todas as entrevistadas ressaltaram que, se a mulher fizer escândalo, ela sofrerá maus-tratos dentro das maternidades públicas. Uma informação passada para elas não só por pessoas de seu meio social (mulheres da família, amigas, vizinhas e, até, o marido de uma delas), mas também pelos próprios profissionais de saúde.”

(AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011)

“Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: ‘Tchau! Até o ano que vem!’. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: ‘Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.’ Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa.”

Gabriela, atendida através da rede pública na Maternidade Pró-Matre em Vitória-ES

“Tinha uma mulher lá do preparo, do pré-parto lá, preparando as mulheres, falou na minha cara: ‘você não acha que está velha demais não, pra estar parindo?’. Falou na minha cara. Falou que eu estava velha pra estar parindo. Eu falei: ‘não, eu não sou velha. Eu só estou maltratada’; falei pra ela. E ela lá menina, e eu com dor e

ela: “se você não calar a boca...” que se eu começasse a gritar que ela ia embora e ia deixar eu lá gritando”.

Ester, 32 anos, no parto de seu segundo filho em AGUIAR et al, 2011

Assédio, sadismo

“Vou dar logo no cu!”

Fala de um médico plantonista em resposta a um pedido realizado no meio da noite para prescrição de medicação para dor na cicatriz da episiotomia. Prescreveu um anti-inflamatório via retal.

Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES

O plantão noturno não é considerado pela equipe médica apenas como um expediente de trabalho, mas também como um horário de descanso (HOTIMSKY, 2007).

“Ao chegar na maternidade, fui recebida por um médico que se mostrou insatisfeito em me atender naquele horário, pois cheguei ao hospital no meio da noite. Ele perguntou se a minha febre e minha dor só aconteciam à noite e porque eu não fui ao hospital pela manhã. Conteí para ele o que estava sentindo e que uma enfermeira tinha me atendido em casa e me orientado a procurar o hospital ainda naquele dia. Ele disse: ‘Há! A enfermeira já te diagnosticou? Pode ir no banheiro e tirar a roupa.’. Eu fiz isso e ele me mandou deitar. Ele tocou meu peito de uma forma que eu senti uma dor absurda e então ele disse que precisaria fazer um exame de toque. Eu retruquei, disse que não queria que ele fizesse que ainda tinha um ponto do parto. Ele riu e disse que iria fazer o toque porque ele não podia dizer se era mastite assim. Ele fez o toque e eu me senti violentada por aquele médico, que parecia estar descontando no meu corpo e na minha dor a minha interrupção no seu plantão tão tranquilo no meio da noite.”

C.M., atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG

“Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: ‘Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!’. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor.”

P. atendida na ala do serviço público da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES

Culpabilização, chantagem

A perda de um filho é uma marca para o resto da vida de uma mulher e por si só é extremamente traumático. Ser repreendida por um profissional de saúde por estar “tentando matar seu bebê”, ou tentando lhe causar dano, ou mesmo ser indicada como a única responsável pela sua morte, é um trauma inominável.

“Viu o que você fez com o seu filho?”

fala recorrente de médicos na sala de parto diante de morte de bebê durante o parto, Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES

“O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: ‘Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?’. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: ‘Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.’. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: ‘Quer ver o corpo?’. Eu não quis.”

K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG

“Eles gritavam comigo assim: ‘Faz força direito!’, ‘Faz força de fazer cocô’, ‘Você vai matar seu filho! É isso que você quer?’, ‘Pára de gritar senão seu filho vai morrer!’.”

C. atendida na rede pública, em Vila Velha-ES

“A enfermeira disse que, como eu estava “quase lá”, ela colocaria o “sorinho” em mim primeiro. Perguntei o que tinha no soro e ela falou que tinha ocitocina. Eu disse NÃO. Ela não deu importância. Pelo contrário, disse que ia me colocar, porque ninguém ali queria um bebê morto, não é mesmo? As pessoas vão para o Hospital para ter um bebê vivo, e se eu tivesse que ir para a UTI ninguém perderia tempo achando minha veia. Ainda reclamou que a veia da minha mão era muito torta.”

Thais Stella, atendida na rede pública no Hospital Sorocabana, Lapa em São Paulo-SP

Desconsideração dos Padrões Culturais

Já existe uma normativa no Estado de São Paulo (Resolução SS 72 de 2008) que dispõe sobre a adoção de procedimentos quando da realização de assistência a partos das mulheres indígena. As adequações são simples, se referem à adequação da dieta (alimentação com frango, arroz,

mingau, milho e derivados na alimentação de mulheres da etnia guarani) e direito de levar a placenta para casa (embalada em sacos plásticos). Mas infelizmente, o aspecto cultural dessas mulheres é tratado com descaso, chacotas ou ofensas de cunho discriminatório em várias localidades do Brasil.

“A gestante estava no quarto PPP em um ambiente tranquilo e em penumbra durante o trabalho de parto. Quando a médica entra no quarto, ela disse: ‘Que absurdo! O que é isso aqui? Ascende essa luz! Isso não é toca de índio! Ei! (dando tapinhas em sua perna), acorda! Assim você não vai parir nunca! Colabora!’”

ex-acadêmica do hospital escola da UFRJ

“Depois que as mulheres começaram a ganhar neném no hospital, nunca deixaram trazer a placenta para casa. Antigamente, enterrávamos a placenta no pé da bananeira. Agora, nossas filhas dizem ‘eca’ quando contamos sobre essa tradição.”

J. , indígena de Aracruz-ES

Mulheres em situação de abortamento

Quando uma mulher em situação de abortamento chega ao serviço de saúde, percebe-se que há uma tendência a pressupor que o aborto foi provocado, apesar da considerável incidência de abortos espontâneos. (HOTIMSKY, 2007)

“A mulher que estava na cama ao lado dizia a todo tempo que ela não tinha provocado o aborto. Era horrível ver o jeito que tratavam dela. Muita grosseria e muito descaso. Ela morreu no dia em que eu tive alta.”

L. atendida em um hospital público, Vitória-ES

“Cheguei ao hospital apavorada, em prantos. Fui imediatamente encaminhada ao médico de plantão. Esse senhor, sem sequer me cumprimentar, ao ser informado da minha idade gestacional e ver a quantidade de sangue, disse: ‘É um aborto. Torça para que o sangramento continue, para que não precise de curetagem.’. Diante do meu inconformismo, ele disse: ‘Você é jovem e terá outros filhos.’. Senti como se estivesse sendo esfaqueada. Fiquei tonta, atordoada. Aquele médico esqueceu-se de algo essencial: para ele, aquele podia ser um ato cotidiano, mas eu estava perdendo um filho. Filho que tinha sido planejado por anos e já era extremamente amado. Não importava quão nova eu era ou quantos filhos ainda teria. Aquele era único e estava morrendo.”

G.S. atendida em Belo Horizonte-MG

“[...] Me colocaram no soro, passaram lá um negócio que ele falou o nome mais agora eu esqueci, enfiaram um aparelho que abre igual o que usa para fazer

preventivo e falou que eu ia sentir uma espetadinha, depois ele me falou que eu ia sentir uma dorzinha, só que não foi uma dorzinha não, foi uma dorzona, era como se tivesse arrancando o útero para fora."

"Alice" em (BERTOLANI e OLIVEIRA, 2010)

"Ah foi a pior possível porque foi um aborto provocado, não foi espontâneo entendeu? Então eles não te tratam bem. Te deixam sofrendo, a minha curetagem foi sem anestesia."

Entrevistada 3 (CARVALHO, 2009)

"Olha não recebem bem porque eles sabem que o aborto foi provocado por mais que você tente dizer que não eles sabem porque são profissionais, né? E olha para te dizer eu fiz a curetagem a 'sangue frio'."

Entrevistada 15 (CARVALHO, 2009)

"Mas com o serviço da maternidade não tem no andar uma enfermaria apropriada para o aborto, então é feito um protocolo de atendimento na admissão e encaminhadas para esta sala as mulheres nessa situação. Não temos normas escritas para atendimento dos casos de aborto, a partir do momento que a mulher entra na sala não importa se é provocado ou espontâneo, isso é uma particularidade dela, eu estou aqui para atender, fazer as medicações, colocar no soro e se a paciente passar mal chamar o médico de plantão. É bem verdade que essa sala é sem condições para o atendimento dessas mulheres, não tem leito, não tem banheiro, as pacientes ficam expostas. Quando estão sangrando ficam de fraldas, às vezes sujam a camisola e para ir ao banheiro atravessam um corredor até a sala do pré-parto."

Técnico de enfermagem, em "Dossiê sobre aborto inseguro para advocacy" (2010)

"Estava grávida pela 3ª vez no início de 2006, havia conversado com a enfermeira obstétrica varias vezes por telefone e estava deixando para marcar a primeira consulta e os exames de rotina para depois da 12ª semana de gestação.

Com 10 semanas senti um pequeno sangramento. Conversei com a enfermeira obstetriz que me acompanhava e disse que achava que estava perdendo o bebe. Ela recomendou repouso de disse para eu entrar em contato se houvesse qualquer mudança. O pequeno sangramento não parou e eu liguei para ela dizendo que eu sentia que havia perdido o bebê. Conversamos por um bom tempo e ela sugeriu que eu ligasse para o GO de minha confiança para conversar com ele sobre a situação e foi o que fiz. O ginecologista obstetra era humanizado e conversamos longamente. Eu disse que sentia que eu tinha perdido o bebê e ele perguntou se eu queria fazer um ultrassom para confirmar e, caso fosse confirmado, se eu desejava uma curetagem. Eu disse que não, que eu queria vivenciar o meu luto tranquilamente, que eu conhecia meu corpo o suficiente para saber que a gravidez não continuaria, mas que não queria fazer um ultrassom para ver um saco gestacional sem vida naquele momento. Ele foi muito compreensivo, conversamos

mais um bom tempo e perguntei se eu poderia esperar um aborto espontâneo. Ele disse que pelo tempo de gestação eu poderia sim esperar um aborto espontâneo e explicou como seria o processo, conversei tb com a EO que me deu as mesmas explicações. Apesar da tristeza, estava tranquila. No dia seguinte, no final do dia, comecei a sentir cólicas e um sangramento mais intenso, exatamente da maneira como haviam me explicado, em pouco tempo meu corpo expeliu um saco gestacional pequeno, do tamanho de uma moeda. Liguei para a EO e contei o que acontecera. Ela confirmou o aborto espontâneo e perguntou se queria que ela fosse para minha casa (era véspera de feriado e ela estava com viagem marcada). Eu disse que não precisava, que ela poderia viajar tranquila que eu guardaria o saco gestacional para mostrar para ela quando voltasse. E foi o que fiz. No dia seguinte, no mesmo horário, comecei novamente a sentir uma forte cólica e sangramento. Foi então que eu confirmei minha intuição: haviam 2 bebês. Como eu sabia que a EO estava viajando, liguei para o obstetra para avisá-lo. Ele me acalmou e disse que o processo seria o mesmo. Mas não foi tão rápido como o primeiro. eu sangrava mais e sentia muitas cólicas. Meu marido quis me levar para um hospital, mas eu não quis ir, sabia que lá eles me fariam uma curetagem e nem me deixariam me despedir do meu projeto de filho. Eu disse para meu marido que meus filhos nasceriam e morreriam em casa, que era o que sentia de mais digno e humano para eles (e principalmente para mim). Após muitas horas, finalmente expeli o segundo embrião, desta vez do pouco maior que um limão. Então senti o sangramento se intensificar e disse para meu marido que precisava ir a um hospital. Cheguei ao hospital com um sangramento intenso e com a pressão muito baixa. Explicava o que havia acontecido e disse que havia ido lá para tomar soro e ocitocina. Todos me olhavam como uma criminosa, com aquele olhar de rejeição e com as expressão "SEI". Como se eu estivesse mentindo. Então chegou o médico do plantão, novamente eu expliquei o que estava acontecendo e ele me perguntou: "Você é médica?" Eu disse que não e ele respondeu secamente que então eu não palpitasse. Ele chamou a enfermeira e mandou me preparar para curetagem. Eu disse que não iria fazer uma curetagem, que eu não havia ido lá para isso, que eu já havia expelido o feto e que estava lá apenas para controlar o sangramento e tomar soro. Todos lá me ignoravam. Então pedi para meu marido ligar para meu obstetra de confiança e avisá-lo do que estava acontecendo. O obstetra disse que nada poderia fazer por mim naquele hospital. Foi então que, juntando todas as forças que eu tinha eu me levantei e disse que iria embora daquele hospital, pois não seria submetida a uma curetagem de jeito nenhum. Meu marido assinou o termo de responsabilidade e quando estávamos quase saindo do hospital eu tive um forte sangramento e entrei em choque. Meu marido entrou em pânico, achou que eu havia morrido. Quando eu acordei eu estava novamente no ambulatório, finalmente haviam me colocado no soro e aplicado ocitocina para controlar o sangramento. Todos me olhavam com reprovação. Meu marido, já sem forças, foi submetido à todos os terrorismos possíveis, diziam que eu era irresponsável, que eu iria morrer, que eu era inconsequente por não ter ido logo para o hospital quando estava abortando. Ele perdeu toda a força. Acabaram me internando. No dia seguinte, às 6h da manhã, o médico entrou no meu quarto com uma maca, eu perguntei para onde eles me levariam. Ele disse que iriam me levar para a curetagem e que meu médico havia concordado. Eu olhava para meu marido, incrédula, mas ele não tinha mais forças para brigar. Ele não me acompanhou (não

sei se deixariam). Então eu me senti só, uma solidão doída, uma solidão fria. Me colocaram na maca e me levaram para o centro cirúrgico sem falarem uma única palavra comigo. Deitaram-me na mesa, eu chorava, ninguém olhava para mim, ninguém me dirigia a palavra e eles me amarraram. Naquela posição, crucificada. Em seguida, ainda sem me dirigirem palavra, me aplicaram algo e foi como se tivessem me jogado num poço. Depois eu soube que me deram anestesia geral, sem me consultar. Foi a forma que encontraram de me punir e me calar. Amarrada, sozinha e com anestesia geral. Quando voltei, eu estava numa sala, com várias outras pessoas que tb estavam voltando das anestésias. Demorei para lembrar quem eu era, o que estava acontecendo. As pessoas do hospital passavam e não me olhavam. Até que alguém percebeu que eu havia acordado, veio e viu meus sinais vitais e chamou uma pessoa para me levar pro quarto. Eu era um pedaço de carne, uma máquina, um nada. Eu poderia estar desacordada na curetagem, mas meu corpo sabia. E a sensação que eu tinha era de que eu havia sido violentada, estuprada. O médico que fez a curetagem quando foi me dar alto disse, com sarcasmo, que eu estava certa, que não havia mesmo nenhum feto. Eu queria dar um murro na cara dele. Voltei para casa me sentindo vazia, impotente. Mas eu ainda pude enterrar meus bebês, isso eles não conseguiram arrancar mim. Depois cai em depressão. Foram 6 meses de tratamento e terapia. Quando pude, finalmente me perdoar e perdoar meu marido, engravidei novamente.”

Debora Regina Magalhães Diniz, São Paulo

13. Plantão de sobreaviso dos anestesistas

Em muitas instituições no Brasil, públicas e privadas, quando há o plantão de anestesista, este é realizado (nos plantões noturnos ou em ambos) em forma de sobreaviso, no qual o médico não está presencialmente na instituição, e somente é chamado em caso de urgência ou emergência.

As demandas por analgesias de parto não são consideradas como demandas suficientemente importantes a ponto de solicitar o comparecimento do anestesista. Ou quando o anestesista é acionado, ele pode questionar a necessidade de realizar a analgesia e não ir à instituição.

Quando há necessidade de realizar uma cesárea de emergência o anestesista pode demorar a chegar (devido às distâncias, trânsito, entre outros). No plantão de sobreaviso, o anestesista não fica na instituição.

A prática do plantão de sobreaviso de anestesistas é uma prática disseminada no Brasil, apesar da apesar dos pareceres de Conselhos Regionais de Medicina contrários a essa prática:

“O plantão de sobreaviso em anestesiologia, principalmente em hospitais que atendem urgência e emergências, como é o caso das maternidades, não pode ser permitida.”

*Parecer CRM-PB nº 28/2006*³⁰

“Se o hospital tem maternidade, deve-se exigir o plantão presencial de anestesista durante todo o dia, haja vista que muitas das vezes as gestantes não sabem previamente o momento em que vão dar à luz, sendo certo que isso pode ocorrer a qualquer momento do dia ou da noite”, destacou o relator.”

Correio Forense, publicado em 19 de junho de 2007³¹

“Chegou o anestesista que não viria para uma analgesia de parto se eu chamasse, mas como eu disse que seria cesárea (ele) veio...”

Dr. Braulio Zorzella, em relato de assistência a um trabalho de parto que considerou que necessitava de uma analgesia de parto em uma maternidade pública com plantão de sobreaviso de anestesista

“Já vi o anestesista demorar uma hora e meia para chegar.”

J. funcionária de uma maternidade privada em Brasília-DF

“Um outro problema, é que nesses plantões de sobreaviso, os médicos não precisam ir ao hospital. Eles são acionados se houver alguma emergência com os pacientes que estão internados no Huol. Quando isso acontece, um funcionário do hospital entra em contato com o anestesiológico, que deveria estar numa distância de até 15 minutos do Huol. Mas não é geralmente isso que acontece. Segundo uma fonte da TRIBUNA DO NORTE é comum acontecerem casos em que os médicos não atendem ao chamado e o paciente fica esperando além do tempo recomendado, de 15 minutos. O diretor geral do Huol afirmou desconhecer essa informação e garantiu que todos os anestesiológicos de plantão comparecem ao hospital quando chamados.”

Tribuna do Norte, “MPF pede fim de tratamento “privilegiado” a anestesistas”

Publicado em 22 de fevereiro de 2009³²

³⁰ Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/pareceres/CRMPB/pareceres/2006/28_2006.htm

³¹ Disponível em:

http://www.correioforense.com.br/noticia_pdf/id/21288/titulo/Hospital_e_condenado_a_manter_plantao_de_medico_anestesista.html

³² Disponível em: http://tribunadonorte.com.br/print.php?not_id=101557

14. Apoio desumanizado à amamentação e separação mãe-bebê

Após o nascimento dos filhos, mulheres muitas vezes são tratadas como reduzidas à maternidade. São chamadas de “mãezinhas” como um tratamento infantilizado e restrito a cuidar de seu bebê.

Os serviços de saúde muitas vezes não oferecem uma abordagem adequada para acolher as mulheres que desejam amamentar.

Apesar do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno ser muito difundido, muitos serviços não respeitam o desejo da mãe em amamentar seu bebê logo ao nascer, mesmo que não haja nenhum impeditivo clínico para isso. Em algumas maternidades, só é permitido que a mãe fique em alojamento conjunto com seu bebê depois de várias horas após o nascimento, ainda que não haja nenhum impeditivo clínico que justifique a separação mãe-bebê. Essa demora dificulta o início da amamentação e afeta a duração do aleitamento materno exclusivo.

Durante a internação no pós-parto, vários profissionais chegam para apertar os mamilos das puérperas sem ao menos se apresentar ou explicar a que se deve o procedimento.

Em muitos serviços, mulheres recebem alta já com fissuras nas mamas por falta de apoio adequado no início da amamentação. Essa dor poderia ter sido evitada se fosse oferecido apoio adequado e especializado nos primeiros dias após o nascimento.

“Esforços devem ser desenvolvidos para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar. Esses esforços envolvem a remoção de constrangimentos e influências que manipulam a percepção e o comportamento da mulher.”

(UNICEF, 1990)

5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

5.6.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

5.6.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

RDC 36 de 2008 da ANVISA

“Meu filho nasceu com apgar 10 e 10. Quando ele foi para o berçário, começou realmente o tormento. Eu pedi que o levassem para o quarto. Passei a madrugada ligando para o berçário, mas só apareceram com ele umas 6 ou 7 horas depois, pois era procedimento padrão da maternidade passar horas em um berço aquecido. Qual a justificativa de se separar um recém-nascido da mãe por tanto tempo? Um bebê que nasceu super bem!”

F.C., atendida através de plano de saúde, em Belo Horizonte-MG

“Após o nascimento, não tive o direito de segurar minha filha, nem de amamentá-la na hora, ela não tinha nada, era perfeita e saudável e não me permitiram isso.”

Renata Pâmela da Silva Andrade, atendida no Hospital Adventista de São Paulo através de plano de saúde em São Paulo-SP

“Minha filha que nasceu totalmente saudável (apgar 9/9), a pediatra levou-a para o berçário, não permitindo que eu sequer tocasse nela. Apesar de eu ter manifestado meu desejo de amamentá-la imediatamente, como recomenda a OMS e o Ministério da Saúde, fui totalmente ignorada. Fui levada para uma sala de recuperação e lá permaneci por algum tempo sozinha. Depois fui transferida para o quarto. Minha filha nasceu às 3:57, mas só pude tê-la nos braços quando já era de dia.”

E.N.C. atendida através de plano de saúde, em Belo Horizonte-MG

“Eu tive de dizer: ‘Você é a quarta pessoa hoje que entra nesse quarto para apertar meu peito sem se apresentar! Eu tenho colostro, todo mundo já viu, não precisa de ninguém mais me apertar.’”

C. atendida na Maternidade Santa Úrsula através de plano de saúde Vitória-ES

15. Cobranças questionáveis do acompanhamento ao parto

A percepção naturalizada de atendimento agressivo ao parto induz mulheres a buscar seguros e planos de saúde, na tentativa de conseguir um atendimento digno e respeitoso com a escolha de um profissional de sua confiança. Até então era possível escolher um profissional para acompanhar o pré-natal e o parto sem ter que pagar a mais do que a mensalidade do plano de saúde.

Muitas mulheres formam vínculos com o médico que realiza o acompanhamento do pré-natal e cria expectativas de que esse profissional atenda ao seu parto. Escolher o médico que atenderá ao parto é uma prática muito comum no setor suplementar. Se a mulher não fizer questão de escolher o profissional, ela poderia encaminhar-se ao plantão obstétrico credenciado (se houver) ao seu plano de saúde ou a um plantão obstétrico da rede pública.

Os Conselhos Regionais de Medicina estão se posicionando a favor da cobrança da disponibilidade para o médico de escolha atender ao parto da mulher que deseja escolher o profissional. Essa cobrança que varia de 900 reais a 4 mil reais, é acordada entre a mulher e o médico durante a gestação e destina-se ao pagamento da disponibilidade do médico atender ao parto sem agendamento.

São poucos os serviços que dispõem de plantões obstétricos credenciados aos planos de saúde, muitos não estão adequados à legislação vigente (Lei 11.108/2005 e RDC 36 de 2008 da ANVISA), não possuem equipes multidisciplinares com enfermeiras obstetras e obstetrizes realizando assistência direta aos partos de mulheres com gestação de risco habitual, não possuem vagas suficientes para o público atendido, e não possuem profissionais alinhados às boas práticas baseadas em evidências de assistência ao parto.

Nos hospitais e maternidades conveniados ao SUS que possuem uma ala para a rede pública e outra para o atendimento privado, é comum ter o que chamam de “planinho” que é oferecido às mulheres que realizam acompanhamento pré-natal na rede pública e não possuem seguro de saúde. Os valores que variam entre 900 reais a 1.600 reais referem-se à internação para o parto na ala privada e a mulher pode escolher o médico que a atenderá no parto ou cesárea, entre outros benefícios como ter acompanhante de escolha, ser internada em quarto privativo (variam de acordo com cada instituição). Algumas instituições até oferecem parcelamento do valor cobrado em prestações ao longo da gestação.

16. Restrição da assistência ao parto

Mulheres que optam por dar à luz em casa tem encontrado cada vez mais dificuldades em realizar seu desejo, apesar da prática ser bastante comum e reconhecida em países na Europa, apresentando muitos benefícios à mãe e ao bebê. No Brasil, é direito da mulher definir durante o pré-natal o local onde ocorrerá o parto. Vale ressaltar que os partos podem ser realizados nos centros de parto normal, em casa ou em qualquer hospital ou maternidade do Sistema Único de Saúde (Brasil, s/d)

“Parto Domiciliar - Este tipo de parto é realizado na casa da parturiente. É recomendado apenas para gestações de baixo risco e deve ser conduzido por um médico ou enfermeiro-obstetra. Durante o trabalho de parto, é preciso garantir que a gestante possa ser transferida para um hospital se for registrado qualquer problema ou complicação.”

Tipos de Parto (BRASIL, s/d)³³

Em julho de 2012, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou uma resolução (Resolução 265/2012) que proíbe a participação de médicos em partos domiciliares e na assistência perinatal que não seja realizada em ambiente hospitalar. Essa resolução torna pública a perseguição sofrida por parturientes, enfermeiras, obstetrizes e médicos.

Quando mulheres que planejaram um parto domiciliar com equipes habilitadas a prestar assistência a parto e são encaminhadas para um serviço hospitalar por algum motivo, o atendimento é bem diferente do que se a mulher estivesse acidentalmente parindo no carro. Seria melhor que essas mulheres não pudessem ter assistência adequada quando necessário? Seria melhor que essas mulheres estivessem desassistidas?

O CREMERJ publicou também a Resolução 266/2012 que proíbe a participação de “doulas, obstetrizes, parteiras, etc” “durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar”, privando a mulher do direito de escolher a equipe que acompanhará o seu parto, e privando a população do Rio de Janeiro de ter doulas e obstetrizes atuando nos hospitais e maternidades como preconiza a atual política de humanização do Ministério da Saúde.

“[...] a presença de uma doula também é bastante apropriada, visto que ela oferece suporte físico e emocional à parturiente, transmitindo confiança, segurança e suporte afetivo, físico e emocional. Ao longo do trabalho de parto, essa profissional ajuda a gestante a encontrar as melhores posições, sugere métodos para aliviar as dores, entre eles banhos e massagens, e ainda auxilia e orienta o acompanhante.”

Tipos de Parto (BRASIL, s/d)

³³

disponível em: (<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>)

Tais resoluções provocaram a mobilização de mulheres, famílias, profissionais de saúde e militantes da humanização do nascimento de várias cidades do país, em um evento chamado Marcha do Parto em Casa, tornando público as arbitrariedades cometidas pelo Conselho, e chamando atenção dos canais de comunicação. Certos posicionamentos de alguns médicos, sobretudo da diretora da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Dr.^a Vera Lucia Mota da Fonseca, também membro da Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina, assustam pela introjetada postura autoritária e que desconhecem as práticas preconizadas pela Medicina Baseada em Evidências Científicas, em especial a Obstetrícia.

"Ainda que o parto domiciliar seja defendido por muitos médicos que seguem a linha do nascimento humanizado, a maioria dos profissionais reprova o procedimento e diz que tudo não passa de "modismo". O principal problema seria a falta de estrutura adequada fora do ambiente hospitalar para um nascimento seguro.

"Só torço para que isso acabe antes de uma mulher famosa morrer e servir de exemplo para as outras", afirmou a diretora da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Vera Fonseca. Ela classifica o nascimento em casa como um "completo retrocesso".

Na opinião de Vera, as pessoas deveriam "marchar por melhorias na assistência obstétrica, não pelo direito ao parto domiciliar". O posicionamento é reforçado pelo médico ginecologista Krikor Boyacian, corregedor do Cremesp. "Não há parto sem risco. Em um parto domiciliar, o médico estará impossibilitado de prestar socorro caso ocorra qualquer evento adverso. Não há estrutura."

Os defensores da técnica citam como benefícios o conforto, a proximidade com a família e com os profissionais envolvidos no nascimento, bem como uma maior autonomia para a mulher. "O parto não é um evento médico. É fisiológico", disse o obstetra Jorge Kuhn. "É seguro porque só é indicado para gestantes que preenchem todas as condições necessárias", completa a obstetriz Ana Cristina Duarte."

Portal R7 em "Mães farão marcha pelo parto domiciliar hoje Avenida Paulista"³⁴, publicado em 17 de junho de 2012

³⁴ Disponível em: <http://noticias.r7.com/saude/noticias/maes-farao-marcha-pelo-parto-domiciliar-na-hoje-avenida-paulista-20120617.html>

17. Planos de Saúde que descumprem a legislação e normatização

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor - Lei Federal nº 8.078 de 1990:

Artigo 6º, inciso III: “São direitos básicos do consumidor: a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Artigo 14: O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos

Artigo 39, inciso IV : É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços

VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);

Na ocasião da contratação do plano de saúde, muitos corretores e consultores de venda não informam adequadamente a mulher sobre o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato (Lei Federal nº 11.108 de 2005 e RDC 36 de 2008 da ANVISA), alegando que a referida lei restringe-se ao atendimento no serviço público, que a presença do acompanhante é um diferencial do plano com quarto privativo, deixando a mulher em uma situação de vulnerabilidade

Em vários contratos de adesão não há menção de que existe direito ao acompanhante e a obrigatoriedade de cobertura de despesas independente da acomodação contratada para situações especiais como: menor de 18 anos, maior de 60 anos, portadores de deficiência e mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

ALTERAÇÃO DE MODALIDADE DO PLANO:

Existem 2 (duas) modalidades de plano, o Básico e o Especial, esta modalidade é optada no ato da adesão, ou pode ser alterada no decorrer da vigência do contrato. A diferença existente entre as modalidades está tanto no valor da mensalidade, quanto na cobertura. O plano especial dá direito à internação em apartamento *standart* com banheiro privativo e direito a 1 (um) acompanhante, incluindo alimentação conforme dieta geral do hospital; já o plano básico, a internação se dá em quarto coletivo ou enfermaria e sem direito a acompanhante.

O titular terá sempre que manter a mesma modalidade para ele e seus dependentes. Há a opção de modificar a modalidade, do plano básico para o especial ou vice-versa, entretanto, uma vez alterando a modalidade, deverá ser alterada a de todos (titular e dependentes).

Quando o beneficiário optar em alterar de plano Básico/A para plano Especial/B deve preencher a declaração padrão, referente Súmula Normativa nº 21 da ANS, (formulário disponível ao final desta página).

A mudança do tipo BÁSICO/A para ESPECIAL/B, implicará em novo cumprimento das carências contando-se os prazos a partir da data do mês da solicitação, asseguradas as coberturas, durante a carência, na modalidade de atendimento BÁSICO/A. A opção será atribuída para todos (titular e dependentes), devendo permanecer no mínimo 12 meses no mesmo tipo.

Obs: Para mudança da modalidade com co-participação para sem co-participação deve ser preenchido ofício solicitando a mesma. Os conveniados do plano CREA/UNIMED que estiverem no plano da modalidade com co-participação e solicitarem alteração para modalidade sem co-participação terão o código do cartão alterado, para que a UNIMED possa cobrar as despesas ainda não faturadas.

Obs: Para casos não contemplados nas opções de dependentes somente com a análise e validação da UNIMED Joinville.

“já o plano básico, a internação se dá em quarto coletivo ou enfermaria e sem direito a acompanhante.”

Contrato Unimed³⁵ (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

Cláusula Nona **DOS TIPOS DE PLANO**

9.1. Por determinação ou escolha do **ADERENTE**, beneficiário-titular, ele e seus dependentes serão inscritos num dos seguintes Planos, que dão direitos a:

9.1.1. PLANO PLENO ENFERMARIA: com direito a internação hospitalar em padrão enfermaria (quarto coletivo), sem acompanhante.

9.1.2. PLANO PLENO APARTAMENTO: com direito a internação em apartamento privativo com direito a acompanhante.

³⁵ Disponível em: <http://www.crea-sc.org.br/portal/index.php?cmd=paginas&id=6>

“Plano pleno enfermaria: com direito a internação hospitalar em padrão enfermaria (quarto coletivo), sem acompanhante.”

Contrato da operadora Bem Saúde³⁶ (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

5.1.2.1. Os planos UniPart Alfa e UniPart Beta **apresentam uma outra modalidade**, com registro de produto na ANS diferenciado e que assegura, dentro do território nacional, **assistência odontológica, assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) **com co-participação sobre as consultas realizadas.**

5.1.3. O plano Unimed Dental assegura, dentro do território nacional, **exclusivamente a assistência odontológica.**

5.1.4. O plano Unimed Dental I assegura, dentro do território nacional, a **assistência odontológica** acrescida dos procedimentos previstos na subcláusula 6.5 do presente contrato.

5.1.5. Os planos Unimed Alfa e UniPart Alfa, independente da sua modalidade, asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa; e direito a acompanhante para os beneficiários internados de até 18 (dezoito) anos de idade.

“Os planos Unimed Alfa e UniPart Alfa, independente da sua modalidade, asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa; e direito a um acompanhante para os beneficiários internados até 18 (dezoito) anos de idade.”

Contrato Unimed Rio³⁷ (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

Alguns contratos apresentam exceções para a presença do acompanhante na enfermaria ou quarto coletivo, mas não informam sobre a questão da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

³⁶ Disponível em
http://www.aceis.org.br/contratos/bensaude_contrato.pdf

³⁷ Disponível em:
[http://www.unimedrio.com.br/unimed/filesmng.nsf/5C27F9FA97350D9E832573CA005D4C2A/\\$File/contrato_adexao_cobranca_direta_-_nacional_e_personal_.pdf](http://www.unimedrio.com.br/unimed/filesmng.nsf/5C27F9FA97350D9E832573CA005D4C2A/$File/contrato_adexao_cobranca_direta_-_nacional_e_personal_.pdf)

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA FÍSICA 110A

- f) **Plano AMIL 140 Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 140** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com reembolso de até 1 (uma) vez a Tabela AMIL de Reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames e procedimentos ambulatoriais e para honorários médicos de internação, não havendo reembolso para os custos hospitalares de internação.
- g) **Plano AMIL 150 Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 150** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo com direito a um acompanhante, com reembolso de múltiplos da Tabela AMIL de Reembolso – 2 (duas) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, 1 (uma) vez para exames e procedimentos ambulatoriais e 2 (duas) vezes para honorários médicos de internação, não havendo reembolso para os custos hospitalares de internação. Inclui a cobertura para os aditivos Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multiviagem ao Exterior sem qualquer custo adicional.
- h) **Plano AMIL 160 I Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 160** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo com direito a um acompanhante, com reembolso de múltiplos da Tabela AMIL de Reembolso – 3 (três) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, 3 (três) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e 4 (quatro) vezes para honorários médicos de internação, e com reembolso para os custos hospitalares de internação. Inclui a cobertura para os aditivos Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multiviagem ao Exterior sem qualquer custo adicional.
- i) **Plano AMIL 160 II Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 160** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo com direito para um acompanhante, com reembolso de múltiplos da Tabela AMIL de Reembolso – 5 (cinco) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, 5 (cinco) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e 6 (seis) vezes para honorários médicos de internação, e com reembolso para os custos hospitalares de internação. Inclui a cobertura para os aditivos Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multiviagem ao Exterior sem qualquer custo adicional.

Contrato Amil³⁸ página 3. (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

O “Plano Amil 140 Nacional”, apesar de apresentar acomodação em quarto privativo, não possui dentro de suas especificações a presença do acompanhante enquanto outros planos mais caros possuem o acompanhante em sua descrição.

C – Internações hospitalares

11.4 – A AMIL garante ao BENEFICIÁRIO, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

[...]

11.4.9 – A cobertura de despesas relativas a um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o parto, parto e pós-parto imediato) e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.

Contrato Amil (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

“[...] observadas as demais condições deste contrato [...]”

Apesar de citar a possibilidade do “Plano Amil 140 Nacional” ter a possibilidade da cobertura obstétrica, não cita a obrigatoriedade da operadora de permitir a presença de um acompanhante de escolha da mulher (Lei Federal nº 11.108 de 2005 e RDC 36 de 2008 da ANISA) e nem da obrigatoriedade de cobertura das despesas do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato quando cita “observadas as demais condições deste contrato”. À mulher resta subentender que poderá não conseguir ter acompanhante em um momento de vulnerabilidade e fragilidade como é o período do parto e pós-parto.

³⁸ Disponível em:

<http://www.amil.com.br/amilportal/upload/corretor/material/AmilContratoPessoaFisica110APF.pdf>

Toda mulher tem direito a um acompanhante de livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei 11.108 de 2005 (que altera a Lei 8.080 de 1990) e a RDC 36 de 2008 da ANVISA que regulamenta os serviços de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos privados, civis ou militares.

A alegação de que o direito ao acompanhante não se aplica a serviços privados é muito comum mas não se fundamenta na legislação vigente.

A Lei 8.080 de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Mulheres estão sendo ludibriadas e induzidas a erro quando o exercício do direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato está condicionado à contratação de plano de mensalidade mais onerosa, caracterizando-se, em tese, crime de estelionato

Faz-se necessária a intervenção do PROCON junto à ANS para estabelecer a obrigatoriedade de inclusão de texto em destaque nos contratos de adesão sobre o direito ao acompanhante de escolha da mulher e da cobertura de suas respectivas despesas no pré-parto, parto e pós-parto imediato independente do tipo de acomodação contratado para os planos tipo hospitalar com obstetrícia; recomendar capacitação adequada aos consultores de venda e corretores que realizam mediação das adesões de usuárias a planos e seguros de saúde no que se refere ao direito ao acompanhante e cobertura das despesas nos casos citados acima; fiscalização dos serviços de saúde conveniados, credenciados, referenciados e próprios dos planos de saúde no que se refere à venda do direito ao acompanhante garantido pela Lei 11.108 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA e da cobertura das despesas referente ao acompanhante de escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato regulamentado pela RN 211 de 2010 e RN 262 de 2012 da ANS.

Deliberações

Primum non nocere... em primeiro lugar, não causar dano

De acordo com a Medicina Baseada em Evidências e o Manual da Organização Mundial de Saúde para boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto, queremos o alinhamento das práticas obstétricas nacionais às melhores práticas de assistência à gestante e ao trabalho de parto e parto, a saber:

Atuação das agências reguladoras ANS e ANVISA estabelecendo normatização de oferta de plantões obstétricos qualificados, com adequação à RDC 36 de 2008 da ANVISA e demais legislações vigentes

Publicização dos índices de cesáreas e partos normais, episiotomias, acompanhantes por instituição (públicas e privadas, civis e militares) e profissional de saúde (de acordo com o vínculo: público, particular, em plantão obstétrico, credenciado pelo plano de saúde)

Atuação do Ministério da Saúde estabelecendo normativa para adequação culturais

Adequação das vestes hospitalares para utilização durante o trabalho de parto, a fim de que as mulheres possam deambular livremente, mantendo, no entanto, seu direito à privacidade, evitando constrangimento e exposição excessiva;

Capacitação dos canais 180 e 136 no Governo Federal e do 0800 da ANS para acolher, registrar e orientar mulheres vítimas de violência obstétrica e criação das categorias de violência obstétrica e violência institucional no Ligue 180 violência contra a mulher

Incentivo à criação/manutenção de grupos de gestantes com informações sobre gestação, parto, nascimento, amamentação nos serviços de atenção básica e também nos serviços credenciados aos planos de saúde que ofereçam plantão obstétrico com cobertura obrigatória inclusa no rol de procedimentos e eventos em saúde.

Proposta de Projeto de Lei para alterar a Lei Feral 11.108/2005

Exigimos ainda

- Atuação do Ministério da Saúde junto às creches públicas e privadas para alinhamento das práticas à política nacional de incentivo ao aleitamento materno
- Atuação do Ministério da Saúde junto à ANS para que haja alinhamento das práticas da Rede Cegonha no setor suplemnetar
- VOTAÇÃO da PEC para alterar a Licença maternidade para 180 dias

- Alteração da legislação para o período de exercícios domiciliares da estudante grávida/ mãe estudante
- Reabertura e criação de cursos de graduação em Obstetrícia nas Univesidades Públicas
- Incentivo à reabertura de especializações em Enfermagem Obstétrica nas Universidades Públicas
- Capacitação dos profissionais à atenção humanizada ao abortamento de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde e criação de Políticas Públicas efetivas para redução da mortalidade materna causada por complicações de aborto

Atuação das agências reguladoras ANS e ANVISA estabelecendo normatização de oferta de plantões obstétricos qualificados, com adequação à RDC 36 de 2008 da ANVISA e demais legislações vigentes

Atuação efetiva da ANS na:

- **Fiscalização da qualidade dos serviços contratados, credenciados, conveniados e próprios das operadoras de plano de saúde.**
- **Fiscalização de serviços quanto à adequação à legislação vigente, principalmente à Lei Federal 11.108/2005 e à RDC 36 de 2008 da ANVISA;**

Lei Federal nº 9.961 de 2000, Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências

Artigo 4º - Compete à ANS:

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

[...]

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;

[...]

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

a) conteúdos e modelos assistenciais;

- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

A Agência Nacional de Saúde Suplementar possui atribuição de fiscalização da qualidade dos serviços de assistência à saúde contratados, conveniados, referenciados ou próprios da operadora de plano de saúde.

Muitas mulheres relatam que os serviços de assistência ao parto credenciados aos planos de saúde não estão adequados à RDC 36 de 2008 da ANVISA e não permitem a entrada ou a escolha de um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato demonstrando descumprimento da Lei Federal nº 11.108 de 2005. Ou seja, as operadoras de plano de saúde estão credenciando serviços que cumprem a legislação vigente deflagrando a omissão da ANS.

Lei Federal nº 8.078 de 1990

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);

No Brasil, a prática de plantões de anestesista em regime de sobreaviso, no qual o médico está de plantão, mas não está no hospital, é uma prática muito comum. Essa prática de sobreaviso do anestesista em maternidade deve ser fiscalizada para não prejudicar mulheres que necessitam de analgesia de parto ou cesárea de emergência durante a madrugada ou finais de semana.

“O plantão de sobreaviso em anestesiologia, principalmente em hospitais que atendem urgência e emergências, como é o caso das maternidades, não pode ser permitida.”

Parecer do Conselho Regional de Medicina da Paraíba nº 28 de 2006

- Fiscalização dos plantões obstétricos quanto ao número de vagas compatível à área abrangida;

Uma das questões mais recentes é a cobrança de taxa de disponibilidade para atender a parto realizado por médicos que realizam o acompanhamento pré-natal da mulher grávida no setor suplementar. Essa cobrança, já autorizada por alguns Conselhos de Medicina, refere-se ao tempo que o profissional fica disponível para atender ao parto que pode iniciar a qualquer hora em qualquer dia da semana. É uma taxa que é cobrada pelo médico à parte do plano de saúde e acordada com a gestante no início do acompanhamento pré-natal. Caso a mulher não possa pagar essa taxa, ela pode agendar uma cesárea com esse profissional ou procurar o plantão obstétrico conveniado a seu plano de saúde.

“As operadoras devem disponibilizar às usuárias de planos que incluam atendimento obstétrico, todo atendimento relacionado à gravidez, desde o acompanhamento pré-natal até o parto. Não há, na legislação que rege o mercado de saúde suplementar, norma que disponha acerca da obrigatoriedade de garantir todo esse atendimento pelo mesmo profissional. Assim, havendo na entidade hospitalar médico apto a realizar o parto, estará cumprida a obrigação da operadora”

Parecer ANS em resposta ao ofício da SOGIMIG

Disponível em: <http://www.sogesp.com.br/noticias/defesa-profissional/parecer-da-ans-confirma-legitimidade-de-cobranca-de-taxa-de-disponibilidade>

Existem plantões obstétricos com equipes multiprofissional e leitos suficientes para atender as beneficiárias de planos de saúde em cada região? Existem plantões obstétricos qualificados para a assistência ao parto normal com boas práticas de assistência baseadas em evidências e adequados à legislação vigente disponíveis no setor suplementar?

- Fiscalização dos plantões obstétricos do setor suplementar quanto à qualidade do atendimento e recomendação para alinhamento às políticas de humanização da assistência ao parto do Ministério da Saúde na rede pública e nos serviços privados

Os plantões obstétricos disponíveis no setor suplementar devem estar alinhados com as políticas atuais de humanização da assistência e boas práticas de assistência ao parto baseadas em evidências, como as propostas do Rede Cegonha que atua na adequação dos serviços da rede pública.

Além das adequações à RDC 36 de de 2008 da ANVISA, outras adequações são de grande importância como equipes multidisciplinares incluindo enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência direta a gestações e partos de risco habitual, centros de parto normal intrahospitalar, publicização dos índices de cesáreas, partos nomais, episiotomias e infecção hospitalar.

A organização do sistema de assistência está intimamente relacionada com os fatores médicos, e também influencia as taxas de cesárea. As taxas de cesáreas tendem a ser menores nos países que adotam um modelo de assistência obstétrica menos medicalizado, com maior atuação de obstetrizes e menor frequência de intervenções, como na Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos .

“As formas dos plantões ou assistência a emergências também devem ser avaliadas, assim como as remunerações. Em diversos hospitais, os médicos só recebem pelos procedimentos realizados, assim, um plantonista que acompanha um trabalho de parto por toda a noite e troca de plantão para assumir seus compromissos diários, não receberá por esse acompanhamento, a não ser que realize a cirurgia.”

(TESSER, 2011)

A forma de remuneração da devem ser consideradas a fim de não incentivar a prática de cesáreas por motivos não-clínicos.

- Atuação da ANVISA na fiscalização dos serviços de atenção obstétrica à RDC 36 de 2008 da ANVISA e Instrução Normativa nº 2 de 2008.

Faz-se necessária que a Agência oriente a fiscalização da RDC 36 de 2008 pelas VISA estaduais de todas os serviços de atenção obstétrica e neonatal do país, público, privado, civil ou militar, além de publicizar os Indicadores para Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, como prevê a Instrução Normativa nº 2 de 2008 da ANVISA.

- Atuação da ANVISA na capacitação e orientação da Ouvidoria da ANVISA

Os relatos, referentes às respostas da ANVISA à denúncia de descumprimento da RDC 36 de 2008 por hospitais e maternidades, são repletos de questionamentos sobre se a Lei do Acompanhante e a RDC 36 seriam “facultativas”, ou do tempo do pós-parto imediato que se refere ao direito do acompanhante (Lei Federal nº 11.108 de 2005 e Portaria 2.418 de 2005) ser relativo ao tempo de expulsão da placenta, da dificuldade de conseguir atendimento nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para questionar sobre a garantia do exercício ao direito de ter um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Descumprimento da Lei 11.108

Descumprimento da Lei do Acompanhante no Parto (Lei Federal 11.108 de 7 de abril de 2005, que garanti às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS) pelas maternidades públicas de São Luís seja no que diz respeito ao impedimento de entrada do acompanhante, restrição quanto à escolha do mesmo (só pode se for mulher) ou restrição de tempo (só pode se for no pré-parto, ou só pode se for no parto, ou só pode se for no pós-parto, ou só pode se for parto normal).

Cabe ressaltar que somado ao direito estabelecido por lei para todas as mulheres, os benefícios da presença de um acompanhante para a parturiente e para o recém-nascido já foram amplamente demonstrados através das evidências científicas e desde 1996 este direito é recomendado pela Organização mundial de Saúde (OMS).

Situação: FINALIZADA

Data de Conclusão: : 08/08/2011 00:00:00

LEGENDA DAS SITUAÇÕES:

SEM ANDAMENTO	O Procedimento ainda não foi encaminhado para nenhuma área técnica.
ENCAMINHADA	O Procedimento foi encaminhado para uma das áreas técnicas da agência.
DEVOLVIDA	O Procedimento foi respondido por uma das áreas técnicas e devolvido à Ouvidoria.
FINALIZADA	O Procedimento foi respondido para o remetente ou encerrado devido à falta de informações.
FINALIZADA COM DESDOBRAMENTO	O Procedimento foi parcialmente finalizado.

PARECER DO PROCEDIMENTO

Parecer Final: Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção à mensagem enviada, informo que o direito a acompanhante no momento do parto faz parte de uma política de saúde elaborada pelo Ministério da Saúde, que deve ser implementada pelos governos estaduais e pelas prefeituras. Assim sendo, seguem algumas instruções/recomendações:

1 - Recomendo que a senhora procure a secretaria de saúde do município de São Luís do estado de Maranhão para informações sobre a política local de saúde da mulher e da saúde materno-neonatal. Pode ser que os profissionais da secretaria de saúde possam informá-la sobre a faculdade da presença do acompanhante. Os contatos são:

Vitorino Reis Castro é Superintendente de Vigilância Epidemiológica e Sanitária
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA é Av. dos Franceses s/n (ANTIGA RODOVIÁRIA),
Alemanha São Luis/MA, CEP: 65036-280. Tel: (98) 3212-8282 é 3212-4321, Fax: (98) 3212-4319. E-mail:
covisa@semus.saoluis.ma.gov.br; vitorinocastro@hotmail.com; vrcaastro@semus.saoluis.ma.gov.br

2 - Caso haja alguma reclamação quanto às informações e restrições colocadas pelo plano de saúde, recomendo que a senhora dê ciência à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pois é ela a instituição responsável por fiscalizar a ação das operadoras de planos de saúde. Informações mais pormenorizadas podem ser obtidas no DISQUE-ANS: 0800 701 9656

3 - Recomendo também que a senhora consulte a vigilância sanitária do município de São Luís para saber das condições sanitárias do hospital em que haverá o parto (verificar se o serviço dispõe de alvará sanitário, se tem boas condições para atender). A vigilância sanitária também pode informá-lo da capacidade das salas de parto, para verificar se elas de fato comportam um acompanhante. Em alguns casos, há restrições técnicas em razão do espaço físico de que o serviço de saúde dispõe. Os contatos da vigilância municipal podem ser obtidos na secretaria de saúde. Os contatos da vigilância estadual são:

Arnaldo Muniz Garcia é Superintendente de Vigilância Sanitária
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA é Rua Viceiro de Castro é Bairro Apiadouro Nº11, CEP: 65035710, São Luis/MA. Tel: (98) 3275-4287 / 3275-4278, Fax: (98) 3275-1160. E-mail: visa@saude.ma.gov.br

4 - Finalmente, informo que não cabe à vigilância sanitária arbitrar sobre a gestão financeira dos serviços de saúde. Caso a senhora considere essa cobrança abusiva, recomendo que a senhora procure os órgãos de defesa do consumidor (PROCON), que poderão instruí-la quanto a uma solicitação judicial.

“Pode ser que os funcionários da secretaria de saúde possam informá-la sobre a faculdade da presença do acompanhante”

O direito ao acompanhante no parto é garantido por Lei Federal nº 11.108 de 2005 e através da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 2008 (RDC 36 de 2008) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):

Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 2008 da ANVISA:

Este Regulamento Técnico se aplica a todo serviço de saúde no país que exerça atividade de atenção obstétrica e neonatal, seja ele público, privado, civil ou militar, funcionando como um serviço de saúde independente ou inserido em um hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

5.6.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Art. 4º Estabelecer que todos os serviços em funcionamento, abrangidos por esta RDC, têm o prazo de 180 dias para se adequarem ao preconizado neste regulamento.

-

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstos na Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

-

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Publicado no Diário Oficial da União, seção 1, nº 105, 4 de junho de 2008



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Dados Completos do Procedimento número: 389533.

DADOS DO PROCEDIMENTO

Data de cadastro 21/03/2011

DADOS DO REMETENTE

Nome:	RODOLFO DE ANDRADE VASCONCELOS
CPF/CGC:	xxx
UF:	SP
Cidade:	CAMPINAS
CEP:	0
Fone:	xxx
Fone:	0
Email:	xxx

DADOS DO RECLAMADO

Nome:	HOSPITAL E MATERNIDADE MADRE THEODORA
Endereco:	RUA JOSÉ GERALDO CRISTOFORO Nº 175
UF:	SP
Cidade:	CAMPINAS

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

RECLAMAÇÃO
RECEBEMOS DEMANDA NA CENTRAL DE ATENDIMENTO COM O SEGUINTE TEOR: USUÁRIO INFORMA QUE O HOSPITAL E MATERNIDADE MADRE THEODORA NÃO PERMITE ACOMPANHAMENTO NO PÓS PARTO EM QUARTO COLETIVO, ISSO CONTRÁRIA A LEI FEDERAL 11.108, ALÉM DE NÃO OBEDECER A RESOLUÇÃO DA ANVISA DE Nº 36 DE 03 JUNHO DE 2008.
Situação: FINALIZADA
Data de Conclusão: : 05/04/2011 00:00:00

LEGENDA DAS SITUAÇÕES:

SEM ANDAMENTO	O Procedimento ainda não foi encaminhado para nenhuma área técnica.
ENCAMINHADA	O Procedimento foi encaminhado para uma das áreas técnicas da agência.
DEVOLVIDA	O Procedimento foi respondido por uma das áreas técnicas e devolvido à Ouvidoria.
FINALIZADA	O Procedimento foi respondido para o remetente ou encerrado devido à falta de informações.
FINALIZADA COM DESDOBRAMENTO	O Procedimento foi parcialmente finalizado.

PARECER DO PROCEDIMENTO

Parecer Final: Prezado senhor,

A Resolução Anvisa nº. 36/08 garante à parturiente acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, que termina com a expulsão da placenta.

Além disso, deve-se observar a viabilidade da presença do acompanhante, uma vez que a presença do mesmo não pode ferir a privacidade de outras parturientes que estão internadas no mesmo quarto coletivo. A responsabilidade pela preservação da privacidade das pacientes é do hospital, e ele deve adotar procedimentos e restrições para fazê-lo.

Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,
GERÊNCIA DE TECNOLOGIA DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

“A Resolução Anvisa nº. 36/08 garante à parturiente acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, que termina com a expulsão da placenta.”

De acordo com a Portaria 2.418 de 2005 do Ministério da Saúde, o período considerado “pós-parto imediato”, para fins de aplicação da Lei Federal nº 11.108 de 2005 que garante o direito ao acompanhante de livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato, são os primeiros 10 dias após o parto.

Considerando que a referida resolução deve estar em conformidade com a legislação vigente, a resposta da Ouvidoria alegando que o período pós-parto refere-se ao tempo até a expulsão da placenta, que na maioria das vezes ocorre em minutos após o parto, é uma resposta inaceitável.

“Além disso, deve-se observar a viabilidade da presença do acompanhante, uma vez que a presença do mesmo não pode ferir a privacidade de outras parturientes que estão internadas no mesmo quarto coletivo. A responsabilidade pela preservação da privacidade das pacientes é do hospital, e ele deve adotar procedimentos e restrições para fazê-lo.”

A privacidade das mulheres é uma questão essencial e deve ser preservada. Porém, a omissão dos órgãos fiscalizadores permitem que serviços de atenção obstétrica possam cercear alguns direitos das mulheres já que não cumpre com os dispositivos que exigem a adoção de coesuações simples que possam preservar a privacidade das mulheres. A responsabilidade não é apenas do hospital, mas também do Estado que é permissivo a essas violações.

Faz-se necessária a capacitação da Ouvidoria da ANVISA para que as repostas enviadas às usuárias estejam de acordo com a legislação nacional vigente, de forma a não agravar a assimetria já existente entre usuárias e prestadores de serviços de saúde. Se houver indicações de encaminhamento das denúncias, essas também deverão ser capacitadas a acolher essas demandas e questionamentos das mulheres a fim de evitar que a mulher seja impedida de exercer seus direitos garantidos por Lei devido a morosidade do sistema.

- Atuação do PROCON junto à ANS para estabelecer a obrigatoriedade de inclusão no texto dos contratos de planos de saúde sobre o direito ao acompanhante de escolha da mulher e da cobertura de suas respectivas despesas no pré-parto, parto e pós-parto imediato independente do tipo de acomodação contratada;

Na ocasião da contratação do plano de saúde, muitos corretores e consultores de venda não informam adequadamente a mulher sobre o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato (Lei Federal nº 11.108 de 2005 e RDC 36 de 2008 da ANVISA), alegando que a referida lei restringe-se ao atendimento no serviço público, que a presença do acompanhante é um diferencial do plano com quarto privativo, deixando a mulher em uma situação de vulnerabilidade

Em vários contratos de adesão não há menção de que existe direito ao acompanhante e a obrigatoriedade de cobertura de despesas independente da acomodação contratada para situações especiais como: menor de 18 anos, maior de 60 anos, portadores de deficiência e mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

ALTERAÇÃO DE MODALIDADE DO PLANO:

Existem 2 (duas) modalidades de plano, o Básico e o Especial, esta modalidade é optada no ato da adesão, ou pode ser alterada no decorrer da vigência do contrato. A diferença existente entre as modalidades está tanto no valor da mensalidade, quanto na cobertura. O plano especial dá direito à internação em apartamento *standart* com banheiro privativo e direito a 1 (um) acompanhante, incluindo alimentação conforme dieta geral do hospital; já o plano básico, a internação se dá em quarto coletivo ou enfermaria e sem direito a acompanhante.

O titular terá sempre que manter a mesma modalidade para ele e seus dependentes. Há a opção de modificar a modalidade, do plano básico para o especial ou vice-versa, entretanto, uma vez alterando a modalidade, deverá ser alterada a de todos (titular e dependentes).

Quando o beneficiário optar em alterar de plano Básico/A para plano Especial/B deve preencher a declaração padrão, referente Súmula Normativa nº 21 da ANS, (formulário disponível ao final desta página).

A mudança do tipo BÁSICO/A para ESPECIAL/B, implicará em novo cumprimento das carências contando-se os prazos a partir da data do mês da solicitação, asseguradas as coberturas, durante a carência, na modalidade de atendimento BÁSICO/A. A opção será atribuída para todos (titular e dependentes), devendo permanecer no mínimo 12 meses no mesmo tipo.

Obs: Para mudança da modalidade com co-participação para sem co-participação deve ser preenchido ofício solicitando a mesma. Os conveniados do plano CREA/UNIMED que estiverem no plano da modalidade com co-participação e solicitarem alteração para modalidade sem co-participação terão o código do cartão alterado, para que a UNIMED possa cobrar as despesas ainda não faturadas.

Obs: Para casos não contemplados nas opções de dependentes somente com a análise e validação da UNIMED Joinville.

“já o plano básico, a internação se dá em quarto coletivo ou enfermaria e sem direito a acompanhante.”

Contrato Unimed³⁹

(contrato na íntegra nos Anexos em CD)

Cláusula Nona
DOS TIPOS DE PLANO

9.1. Por determinação ou escolha do **ADERENTE**, beneficiário-titular, ele e seus dependentes serão inscritos num dos seguintes Planos, que dão direitos a:

9.1.1. PLANO PLENO ENFERMARIA: com direito a internação hospitalar em padrão enfermária (quarto coletivo), sem acompanhante.

9.1.2. PLANO PLENO APARTAMENTO: com direito a internação em apartamento privativo com direito a acompanhante.

“Plano pleno enfermária: com direito a internação hospitalar em padrão enfermária (quarto coletivo), sem acompanhante.”

Contrato da operadora Bem Saúde⁴⁰ (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

³⁹ Disponível em: <http://www.crea-sc.org.br/portal/index.php?cmd=paginas&id=6>

⁴⁰ Disponível em
http://www.aceis.org.br/contratos/bensaude_contrato.pdf

5.1.2.1. Os planos UniPart Alfa e UniPart Beta **apresentam uma outra modalidade**, com registro de produto na ANS diferenciado e que assegura, dentro do território nacional, **assistência odontológica, assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) **com co-participação sobre as consultas realizadas**.

5.1.3. O plano Unimed Dental assegura, dentro do território nacional, **exclusivamente a assistência odontológica**.

5.1.4. O plano Unimed Dental I assegura, dentro do território nacional, a **assistência odontológica** acrescida dos procedimentos previstos na subcláusula 6.5 do presente contrato.

5.1.5. Os planos Unimed Alfa e UniPart Alfa, independente da sua modalidade, asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa; e direito a acompanhante para os beneficiários internados de até 18 (dezoito) anos de idade.

“Os planos Unimed Alfa e UniPart Alfa, independente da sua modalidade, asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa; e direito a um acompanhante para os beneficiários internados até 18 (dezoito) anos de idade.”

Contrato Unimed Rio⁴¹ (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

Alguns contratos apresentam exceções para a presença do acompanhante na enfermaria ou quarto coletivo, mas não informam sobre a questão da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

⁴¹ Disponível em:

[http://www.unimedrio.com.br/unimed/filesmng.nsf/5C27F9FA97350D9E832573CA005D4C2A/\\$File/contrato_adexao_cobranca_direta_-_nacional_e_personal_.pdf](http://www.unimedrio.com.br/unimed/filesmng.nsf/5C27F9FA97350D9E832573CA005D4C2A/$File/contrato_adexao_cobranca_direta_-_nacional_e_personal_.pdf)

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA FÍSICA 110A

- f) **Plano AMIL 140 Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 140** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com reembolso de até 1 (uma) vez a Tabela AMIL de Reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames e procedimentos ambulatoriais e para honorários médicos de internação, não havendo reembolso para os custos hospitalares de internação.
- g) **Plano AMIL 150 Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 150** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo com direito a um acompanhante, com reembolso de múltiplos da Tabela AMIL de Reembolso – 2 (duas) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, 1 (uma) vez para exames e procedimentos ambulatoriais e 2 (duas) vezes para honorários médicos de internação, não havendo reembolso para os custos hospitalares de internação. Inclui a cobertura para os aditivos Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multiviagem ao Exterior sem qualquer custo adicional.
- h) **Plano AMIL 160 I Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 160** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo com direito a um acompanhante, com reembolso de múltiplos da Tabela AMIL de Reembolso – 3 (três) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, 3 (três) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e 4 (quatro) vezes para honorários médicos de internação, e com reembolso para os custos hospitalares de internação. Inclui a cobertura para os aditivos Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multiviagem ao Exterior sem qualquer custo adicional.
- i) **Plano AMIL 160 II Nacional**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **AMIL 160** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo com direito para um acompanhante, com reembolso de múltiplos da Tabela AMIL de Reembolso – 5 (cinco) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, 5 (cinco) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e 6 (seis) vezes para honorários médicos de internação, e com reembolso para os custos hospitalares de internação. Inclui a cobertura para os aditivos Amil Resgate Saúde e Amil Assistência Multiviagem ao Exterior sem qualquer custo adicional.

Contrato Amil⁴², página 3. (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

O “Plano Amil 140 Nacional”, apesar de apresentar acomodação em quarto privativo, não possui dentro de suas especificações a presença do acompanhante enquanto outros planos mais caros possuem o acompanhante em sua descrição.

C – Internações hospitalares

11.4 – A **AMIL** garante ao **BENEFICIÁRIO**, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

[...]

11.4.9 – A cobertura de despesas relativas a um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o parto, parto e pós-parto imediato) e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.

Contrato Amil (contrato na íntegra nos Anexos em CD)

“[...] observadas as demais condições deste contrato [...]”

Apesar de citar a possibilidade do “Plano Amil 140 Nacional” ter a possibilidade da cobertura obstétrica, não cita a obrigatoriedade da operadora de permitir a presença de um acompanhante de escolha da mulher (Lei Federal nº 11.108 de 2005 e RDC 36 de 2008 da ANISA) e nem da obrigatoriedade de cobertura das despesas do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato quando cita “observadas as demais condições deste contrato”. À mulher resta subentender que poderá não conseguir ter acompanhante em um momento de vulnerabilidade e fragilidade como é o período do parto e pós-parto.

Toda mulher tem direito a um acompanhante de livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei 11.108 de 2005 (que altera a Lei 8.080 de 1990) e a RDC 36 de

⁴² Disponível em:

<http://www.amil.com.br/amilportal/upload/corretor/material/AmilContratoPessoaFisica110APF.pdf>

2008 da ANVISA que regulamenta os serviços de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos privados, civis ou militares.

A alegação de que o direito ao acompanhante não se aplica a serviços privados é muito comum mas não se fundamenta na legislação vigente.

A Lei 8.080 de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Mulheres estão sendo ludibriadas e induzidas a erro quando o exercício do direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato está condicionado à contratação de plano de mensalidade mais onerosa, caracterizando-se, em tese, crime de estelionato.

Publicização dos índices de cesáreas e partos normais, episiotomias, acompanhantes por instituição (públicas e privadas, civis e militares) e profissional de saúde (de acordo com o vínculo: público, particular, em plantão obstétrico, credenciado pelo plano de saúde)

Toda mulher usuária de plano de saúde deveria ter o direito à informações claras sobre os diferentes serviços a serem prestados pelo profissional e pela instituição que realizará assistência a seu parto.

No setor suplementar, muitas mulheres relatam que criam vínculos com o médico escolhido para realizar o acompanhamento pré-natal e expectativas de que ele acompanhe seu parto normal. Não é raro ouvir relatos de mulheres que se sentiram coagidas a aceitar uma cesárea eletiva quando foram avisadas no final da gestação de que seus médicos não prestam assistência à parto normal ou que não aguardam o início do trabalho de parto (maturação do bebê) para realizar a cirurgia, preferindo o agendamento prévio, ou que realizam indicação de cesárea assim que a mulher entra em trabalho de parto por questões não-clínicas.

Outra questão importante é a escolha do local de parto. De acordo com os relatos de mulheres, muitos hospitais particulares não permitem acompanhantes durante o pré-parto, parto e pós-parto, não possuem espaço para deambulação durante o trabalho de parto, ou quarto PPP, ou acomodação para o acompanhante.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor:

Lei Federal nº 8.078 de 1990.

Artigo 6º, inciso III: "São direitos básicos do consumidor: a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Artigo 14: O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos

Artigo 39, inciso IV : "É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços"

"Não parece haver dúvidas sobre a fragilidade da parturiente e o poder determinante da autoridade médica, no momento do parto, particularmente no ambiente hospitalar, contexto organizacional por si já autoritário."

(TESSER et al, 2011)

Apontamos a necessidade de intervenção governamental no sentido de diminuir as assimetrias e a vulnerabilidade da mulher

Faz-se necessária a atuação do PROCON e ANS junto às operadoras de planos de saúde para publicização para as usuárias das taxas de cesáreas, episiotomias, acompanhantes no parto, taxa de mortalidade neonatal precoce, taxa de infecção puerperal relacionada a partos normais e a cesáreas, e a atuação da ANVISA sobre os serviços de atenção obstétrica e neonatal para que haja publicização dos Indicadores para Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (Instrução Normativa nº 2 de 3 de junho de 2008 da ANVISA).

Faz-se necessária recomendação para que a Ação Civil Pública de nº0017488-30.2010.4.03.6100, que está sob apreciação do Excelentíssimo Senhor Juiz Federal da 24ª Vara Cível de São Paulo, Dr. Victorio Giuzio Neto, seja enfim sentenciada. Essa ação civil pública trata do índice abusivo de cirurgias cesarianas realizadas no setor privado de saúde e possui dentro outras .

Atuação do Ministério da Saúde estabelecendo normativa para adequação culturais

- Obrigatoriedade de adequação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal de referência de comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ciganas, entre outros) para realizar adequações culturais;

“ A placenta também requer cuidados especiais, ela precisa ser enterrada no momento do nascimento. É importante enterrar a placenta para que a criança lembre sempre da nossa cultura e da nossa tradição. Senão ele vai esquecer. Porque a pessoa é natureza e é aí que ela se une com a natureza, com a terra. Na hora que enterramos a placenta enviamos a informação aos deuses, os Pais Verdadeiros do Espírito. [...] Durante trinta dias a mãe não pode comer feijão, sal, coisas doces, carne de porco. Ela só pode comer mandioca, batata doce, milho.”

Cacique Mbyá dos Mbyá-Guarani residentes no Estado do Rio Grande do Sul
(FERREIRA, 2011)

Adequações simples são possíveis para acolher mulheres respeitando o seu direito à sua cultura. No estado de São Paulo, a Resolução da Secretaria de Estado da Saúde, Resolução SS 72 de 15 de julho de 2008, "dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referência ao Projeto Resgate da Medicina Tradicional, quando da realização de partos na população indígena, e dá outras providências" é um exemplo de que é possível realizar adequações para um parto hospitalar de mulheres de comunidades tradicionais.

Nessa resolução, os hospitais apontados como referência das aldeias guarani devem fornecer uma dieta constituída apenas de frango novo, arroz, mingau, milho e derivados para mulheres em pós-parto, e em hipótese alguma deve ser inserida carne bovina, suína, feijão, peixe, ovo, leite, sal, açúcar e frutas. A placenta deve ser entregue ao responsável pela parturiente acondicionada em saco plástico branco leitoso, depois embrulhado em papel não transparente, e depois deve ser embalada em sacola ou saco plástico para entrega mediante recibo.

Faz-se necessária a adoção de medidas a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde contemplando a diversidade cultural e social, respeitando o direito dessas mulheres à sua cultura. As comunidades devem ser consultadas sobre suas demandas, deve haver a identificação das maternidades de referência para suas comunidades, e as comunidades devem ser envolvidas no acompanhamento do processo de implementação e manutenção do serviço.

- Normativa do ministério da saúde para que mulheres possam levar a placenta para casa caso desejem e não haja impeditivo clínico para tal;

Da mesma forma que o item anterior, é possível que haja normatização para que as mulheres possam levar a placenta para enterrar no pé da bananeira, ou realizar outra destinação de acordo com sua cultura, religião, crença.



“Pedi para guardar a placenta e a enfermeira que estava na sala disse que ia pegar o saquinho de placenta. Eu achei que era a única maluca que pedia para levar a placenta embora, mas ela disse que não, e que justamente por isso, existiam as tais embalagens. A placenta está congelada, pois vamos plantar uma árvore em um lugar bem bacana, e enterrar a placenta no pé da árvore. Ela que nutriu você por nove meses, agora servirá de adubo para uma árvore. Queremos fazer isso com a presença dos amigos queridos e das pessoas que acompanharam toda essa história!”

Gisele Leal, atendida através de plano de saúde em Sorocaba-SP

Adequação das vestes hospitalares para utilização durante o trabalho de parto, a fim de que as mulheres possam deambular livremente, mantendo, no entanto, seu direito à privacidade, evitando constrangimento e exposição excessiva;

Em algumas maternidades do Brasil já houve adequação das vestes que são fornecidas às mulheres durante o pré-parto. A camisola hospitalar que é aberta nas costas (apelidada de “avental da humilhação” em alguns serviços) foram trocadas por vestes tipo kimono, camisola envelope, tomara-que-caia, entre outros tipos de vestes que proporcionam mais conforto para a

mulher em trabalho de parto se movimentar, caminhar, agachar sem que sinta-se constrangida devido a vestimenta.



Modelo de camisola hospitalar aberto nas costas vestido por modelo sem barriga de grávida e modelo de camisola hospitalar tipo kimono.

Esse tipo de adequação, considerada simples, pode ser de fundamental importância para a mulher na assistência ao parto.

Capacitação dos canais 180 e 136 no Governo Federal e do 0800 da ANS para acolher, registrar e orientar mulheres vítimas de violência obstétrica e criação das categorias de violência obstétrica e violência institucional no Ligue 180 violência contra a mulher

“Quando liguei para o 180 para denunciar a violência que sofri na maternidade, a atendente me perguntou se essa violência tinha acontecido dentro da minha casa. Repeti o caso dizendo que eu havia sofrido violência na maternidade, na ocasião da assistência ao meu parto. A atendente então disse que eu poderia ir até a maternidade reclamar, e que o 180 é destinado a orientar mulheres vítimas de violência doméstica.”

C., Vitória-ES

“Apesar de ter a Lei 11.108/05, a RDC 36 a RN 211/ANS impressas em mãos, a acompanhante da gestante foi barrada para entrar com alegação de que a norma do hospital não permite acompanhantes, mas que seria possível caso houvesse pagamento de uma taxa. Decidi comunicar à ANVISA, mas me repassaram para a Vigilância Estadual, depois para a Municipal que alegou que a demanda não era com eles e não saberia para onde me repassar. Liguei para ANS, porém me informaram que eu deveria passar primeiro pela operadora do plano. O SAC da Unimed estava com algum problema e não realizava o envio da mensagem. O PROCON municipal não possuía informações sobre essa questão, e ficaram de dar resposta depois.”

Jaqueline Oliveira, parente da gestante que foi atendida no Hospital da Mulher através do plano de saúde Unimed

O “Ligue 180”, o canal oferecido pela Secretaria de Políticas para Mulheres para receber denúncias de violências contra a mulher ainda não possui categorização para violência infligida contra a mulher pelo serviço de saúde e não possui orientações adequadas para esses casos. O “Disque saúde 136” também não fornece orientação adequada para essas situações.

Faz-se necessária a criação de categorização da violência obstétrica e violência institucional nesses canais além de capacitação para que os atendentes possam acolher as denúncias das mulheres, prestar orientações adequadas e identificar esse tipo de violência.

Incentivo à criação/manutenção de grupos de gestantes com informações sobre gestação, parto, nascimento, amamentação nos serviços de atenção básica e também nos serviços credenciados aos planos de saúde que ofereçam plantão obstétrico com cobertura obrigatória inclusa no rol de procedimentos e eventos em saúde.

Durante a gestação a mulher passa por profundas transformações físicas e emocionais. A implementação de grupos de gestantes é fundamental para garantir a preparação da mulher e de sua família para a vivência plena da gravidez, do nascimento e da maternidade, através de troca de experiências, expressão de medos e dúvidas e do diálogo aberto entre gestantes, profissionais, mulheres que tiveram seus bebês recentemente e seus familiares.

Estes grupos de apoio coordenados por um profissional capacitado podem oferecer apoio na elaboração das mudanças acontecidas nesse período, podem oferecer apoio ao empoderamento feminino e à sua família quanto aspectos relevantes ao tipo de parto e amamentação. Como resultado, percebe-se que os grupos possuem um impacto positivo no desfecho do parto, na amamentação prolongada e no vínculo entre mãe e bebê, diminuindo os índices de cesárea desnecessária, o desmame precoce e a depressão pós-parto.

Proposta de Projeto de Lei para alterar a Lei Feral 11.108/2005

A Lei Federal nº 11.108 de 2005 que altera a Lei Federal nº 8.080 de 1990 dispõe sobre o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. A referida lei não possui previsão de punição para seu descumprimento o que dificulta a sua aplicação. Outras alterações na referida Lei são necessárias para que as mulheres possam ter acesso

Alteração do texto inicial:

“Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS”

para

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em todo o território nacional em serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.”

Dessa forma, pretende-se proteger as mulheres que são impedidas de ter um acompanhante com a alegação de que seu direito é válido somente na rede pública, levando-se em consideração o conceito errôneo comum de SUS refere-se somente à rede pública.

Alteração no corpo do texto:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.”

para

“Art. 19-J. Os serviços de atenção obstétrica, de direito público ou privado, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto (vaginal ou cesárea) e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.”

Faz-se necessária também a inclusão de sanção para o descumprimento da referida Lei.

Exigimos ainda

- Atuação do Ministério da Saúde junto às creches públicas e privadas para alinhamento das práticas à política nacional de incentivo ao aleitamento materno

Apesar do Ministério da saúde preconizar o aleitamento materno exclusivo por 6 meses e complementado até 2 anos ou mais, muitas mães são incentivadas a realizar o desmame precoce de seus filhos antes do período recomendado pelo Ministério da saúde. Essas orientações que são repassadas pelas creches fragilizam mulheres que desejam amamentar seus filhos. Observa-se uma falta de orientação adequada desses profissionais que atuam em contato direto com as famílias.

- Atuação do Ministério da Saúde junto à ANS para que haja alinhamento das práticas da Rede Cegonha no setor suplemnetar

- VOTAÇÃO da PEC para alterar a Licença maternidade para 180 dias

Apesar do Ministério da saúde preconizar o aleitamento materno exclusivo por 6 meses, a licença-maternidade ainda é de 120 dias, prejudicando mulheres que desejam amamentar seus filhos além de prejudicar a saúde de bebês. Nenhuma mulher deveria ser coagida a decidir parar de amamentar seus filhos.

Reivindicamos a urgente votação e aprovação da PEC 00515/2010 que aumenta para 180 dias a licença-maternidade para que todas as mulheres trabalhadoras possam decidir livremente por amamentar seus filhos por 6 meses, como preconiza o Ministério da Saúde.

- Alteração da legislação para o período de exercícios domiciliares da estudante grávida/ mãe estudante

A legislação atual que ampara as mulheres grávidas e mães que estudam é a Lei Federal nº 6.202 de 1975 que atribui à estudante estado de gestação o regime de exercícios domiciliares de 3

meses após o nascimento do seu filho. Esse período é insuficiente para amparar uma mulher a decidir livremente a amamentar seu filho por 6 meses. Nenhuma mulher deveria ser coagida a parar de amamentar seus filhos.

Faz-se necessária alteração na legislação vigente para que haja adequação às recomendações do Ministério da Saúde.

- Reabertura e criação de cursos de graduação em Obstetrícia nas Univesidades Públicas

- Incentivo à reabertura de especializações em Enfermagem Obstétrica nas Universidades Públicas

- Capacitação dos profissionais à atenção humanizada ao abortamento de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde e criação de Políticas Públicas efetivas para redução da mortalidade materna causada por complicações de aborto

Referências Bibliográficas:

ABREU, V. A Abusividade da Taxa de Acompanhamento no Parto de Acordo com o Código de Defesa do Consumidor. Universo Jurídico, Juiz de Fora, ano XI, 02 de set de 2009. Disponível em: http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/6468/a_abusividade_da_taxa_de_acompanhamento_no_parto_de_acordo_com_o_codigo_de_defesa_do_consumidor

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

ALPERIN, M.; KROHN, M.A.; PARVIAINEN, K. Episiotomy and increase in the risk in obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, vol. 111, n. 6, June 2008.

AMORIM, M.M.R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, vol. 36, n. 1, p. 47-54.

AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina* vol 38, nº 11. Novembro, 2010

ANDREWS, V.; THAKAR, R.; SULTAN, A.H., JONES, P.W. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 137 (2008) 152–156

BARROS A.J., SANTOS, I.S., VICTORA C.G., ALBERNAZ E.P., DOMINGUES M.R., TIMM I.K., MATIJASEVICH A., BERTOLDI A.D., BARROS F.C. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 402-13.

BARCELLOS, L.G.; SOUZA, A.O.R.; MACHADO, C.A.F. Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética* 2009 17 (3): 497-510

BERTOLANI, G.B.M.; OLIVEIRA, E.M. Mulheres em Situação de Abortamento: estudo de caso. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 19, n. 2, p. 286-301, 2010.

BRASIL. Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 3 de junho de 2008. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011 - Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde; CEBRAP. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – Relatório Final. Brasília, DF: MS/CEBRAP, 2008.

BRASIL, ANS. Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_intervencao_melhorar_obstetrica_suplementar.pdf

CARROLI, G.; BELIZÁN, J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database System Rev. 1999, Issue 3. Art. N.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858. C000081.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database System Rev. In: The Cochrane Library, Issue 7, 2012, Art. No. CD000081. DOI:

10.1002/14651858.CD000081.pub2

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, maio, 2010, vol 38 nº5.

CARVALHO, S.M. Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

CHANG, H.H., LARSON, J., BLENCOWE, H., SPONG, C.Y., HOWSON, C.P., CAIRNS-SMITH, S., LACKRITZ, E.M., LEE, S.K., MASON, E., SEZARIN, A.C., WALANI, S., SIMPSON, J.L., LAWN, J.E. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet*, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61856-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61856-X/fulltext) acessado em 24 de novembro de 2012.

DIAS, M.A.B. Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. Tese de doutorado. Fiocruz, 2006. Rio de Janeiro-RJ.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Cienc. Saude Colet., v.10, n.3, p.627-37, 2005

DINIZ, S.G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de doutorado. São Paulo, 2001.

DINIZ, S.G., CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva, 2006;1(1): 80-91.

FAÚNDES, A. et al. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004.

FERREIRA, L.O. Saúde e Relações de Gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção a saúde da mulher indígena. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2011

GUERRA, Gidder Benítez. Editorial Violência Obstétrica. Revista de la Facultad de Medicina, Volumen 31 - Número 1, pgs.5-6. 2008

HANSEN A.K., WISBORG K., ULDJERG N., HENRIKSEN T.B.. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. Acta Obstet Gynecol Scand.2007;86(4):389-94.

HOTIMSKY, S. N. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2007. São Paulo-SP.

KETTLE, Christine. Anatomy of the pelvic floor. In HENDERSON, Christine; BICK, Debra. (Ed.) Perineal care: an international issue. Wiltshire: Quay Books, 2005. p. 18-31.

LARSSON, P.G.; PLATZ-CHRISTENSEN, J.J.; BERGMAN, B.; WALLSTERSSON, G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest 1991; 31(4):213-6.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Resultados preliminares.

LEAL, M.C., GAMA, S.G.N., CAMPOS, M.R., CAVALINI, L.T., GARBAYO, L.S., BRASIL, C.L.P., SZWARCOWALD, C.L. Fatores associados a morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de

maternidades públicas e privadas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S20-S33, 2004.

LINO, Helena da Costa. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

MALTA, D.C. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out.-dez./ 2007.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(1):1-2

MARCH OF DIMES; PMNCH, SAVE THE CHILDREN, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

OMS Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra, 1996.

OYELESE, Y.; ANANTH, C. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynec*, Philadelphia, vol.53, n.1, mar. 2010, p. 147-156.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimento e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 30 (1): 19-33, 1996.

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159, 2011.

ROBINSON, J.N. Approach to episiotomy. Release: 20.6 - C20.11. Up to Date. Support Tag: [ecapp1102p.utd.com-200.144.93.190-551BA777FD-2556.14]

Disponível em: < <http://www.uptodate.com/contents/approach-toepisiotomy?view=print>>. Acesso em: 7 jul. 2012.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Methods and materials used in perineal repair. Guideline n. 23, London, RCOG Press, 2004.

SALGADO, Heloísa. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*, setembro de 2010, vol 38 nº 10; 505-16.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; RIGON, T.; BAVARESCO, G.Z. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.2, n.1, p.04-12, 2011.

TITA et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 2009; 360:11-120.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0803267#t=articleResults>

UNICEF. Declaração de Innocenti: sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Florença, 1990. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10000.htm> Acesso em: 03 de abril de 2009.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet online*, 9 de maio de 2011, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4

VISWANATHAN, M.; HARTMANN, K.; PALMIERI, R.; LUX, L.; SWINSON, T.; LOHR, K.N.; GARTLEHNER, G.; THORP, J. Jr. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication, No. 05-E009-1, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2005.

ZANETTI, M.R.D.; PETRICELLI, C.D.; ALEXANDRE, S.M.; TORLONI, M.R.; NAKAMURA, M.U.; SASS, N. Episiotomia: revendo conceitos. *Femina*, julho, 2009, vol 37 nº 7.

WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet*, Philadelphia, vol.2, n.8452, Aug. 24 1985, p. 436-347.

ANEXOS