ESTUDO TÉCNICO
PARA A COMISSÃO DE SAÚDE, PLANEJAMENTO FAMILIAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ementa: Institui a semana municipal de conscientização sobre Violência Obstétrica e dá outras providências.

Autor: José Antônio Mesquita Nogueira.

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 73/2021

MARÇO/2023

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Coordenação das Comissões, tampouco da Câmara Municipal de Salvador, sendo exclusiva responsabilidade de seus autores.

ESTUDO TÉCNICO DO PLE Nº 73/2021

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) institui a semana municipal de conscientização sobre Violência Obstétrica e dá outras providências.

Cumpre informar que, segundo o banco de dados da Supervisão de Análise e Pesquisa, não há nenhuma outra proposição legislativa em tramitação que verse especificamente sobre o tema aludido na epígrafe.

Em 21 de dezembro de 2022, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) opinou pela aprovação do referido projeto e em 09 de fevereiro de 2023 a Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização emitiu parecer favorável ao Projeto de Lei.

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e o PLE 73/2021 chegou à Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social.

Conforme o art. 68, IX, "a", do Regimento Interno[1] desta Casa, compete a referida Comissão "opinar em todas as proposições relativas a questões inerentes à Saúde e diretrizes do SUS". Assim, este trabalho busca, através de uma análise técnico-cientifico, fazer um breve estudo das disposições e elementos técnicos presentes no Projeto de Lei, com vistas a subsidiar as discussões da matéria pela Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social, no seu âmbito de atuação.

Nesse sentido, vale ressaltar que os estudos técnicos têm o objetivo de apresentar um levantamento documental dos dispositivos legais (municipal, estadual, nacional) relacionados ao objeto do estudo. Assim como, dados e pesquisas de órgãos institucionais relacionados à temática e pesquisas acadêmicas de destaque sobre o assunto.

Deve-se destacar ainda, que não é foco do trabalho qualquer análise relacionada à constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-se apenas

[1] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

sistematizar os principais referenciais técnicos e o ordenamento legal relacionado ao tema.

2 DESENVOLVIMENTO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), a saúde passou a ser considerada um direito:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na ordem jurídico-constitucional brasileira, o direito à saúde possui uma dupla fundamentalidade formal e material de que se revestem os direitos e garantias fundamentais em geral. Segundo Sarlet e Figueiredo (2012), a fundamentalidade material encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, principalmente por sua "importância como pressuposto à manutenção e gozo da própria vida – e vida com dignidade" (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 31-32). Os autores também discorrem sobre a fundamentalidade formal do direito à saúde, lembrando que o referido direito decorre de sua previsão constitucional e desdobra-se em três elementos, a saber: a) o direito à saúde, enquanto um direito fundamental, situa-se no ápice do ordenamento jurídico (são normas de superior hierarquia formal e axiológica); b) encontram-se submetidos aos limites formais e materiais ("cláusulas pétreas") da reforma constitucional; c) são normas diretamente aplicáveis, vinculando de forma imediata as entidades estatais e os particulares (conforme dispõe o § 1º do art. 5º da CF 88).

As características da saúde como um direito social acabam por exigir do Estado a execução de ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e assistência à saúde e de intervenções na dinâmica social que garantam o exercício deste direito (AITH, 2010).

Nesse sentido, a própria CF 88 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à efetivação do direito à saúde no Brasil, reputando-se inquestionáveis os inúmeros avanços alcançados desde então, inclusive na área

da Saúde da Mulher. Há mais de duas décadas discute-se o modelo de atenção ao parto no Brasil com o objetivo de reduzir a níveis aceitáveis as taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil e ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade. Nesse processo, no bojo de um movimento internacional de crescimento da consciência das mulheres de seu papel social historicamente construído, em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O PAISM é um marco político e histórico para a área de Saúde da Mulher no Brasil. Constava no programa original do PAISM que as atividades básicas de atenção integral à saúde da mulher constituem um "conjunto de ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanente e racionalmente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina" (RATTNER, 2014). Em 2004, esse programa tomou a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e definiu prioridades baseadas em um diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil elaborado em conjunto com diversos atores sociais. Esta política incorporou a integralidade, o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde como princípios norteadores de suas ações (RATTNER, 2014).

Em 2011, o Governo Federal criou a Rede Cegonha (RC), estratégia instituída no Sistema Único de Saúde, através da Portaria 1.459/2011, com os seguintes objetivos: (I) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (II) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e (III) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Segundo o art. 1º da referida portaria ministerial, a RC "consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha".

A Rede Cegonha mostrou avanços na proteção integral ao processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, em termos da gestão do cuidado e do sistema. Além do que essa política nacional de atenção integral à saúde busca organizar os serviços e as equipes de saúde que respeitem os direitos reprodutivos, partindo sempre do protagonismo da mulher, do recém-nascido e dos familiares (GUERRA et al., 2016).

No entanto, importa considerar a manutenção das elevadas taxas de cesariana e de práticas inadequadas na assistência ao parto normal, de modo a tornar imprescindível a criação de variadas estratégias e mecanismos de proteção dos direitos das mulheres, principalmente, em situações de maior vulnerabilidade, como no caso, a gestação, o parto e o puerpério. É indispensável que as equipes de saúde e assistência social informem a mulher gestante sobre seus direitos (acompanhante de sua escolha, vinculação ao local do parto, acesso a boas práticas de cuidado no parto e nascimento), o que obviamente contribui para o fortalecimento da sua autonomia, protagonismo e confiança nos processos naturais da gestação, parto e amamentação.

Nesse contexto, é importante considerar a Portaria GM/MS 569 de 1º de junho de 2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabeleceu os seguintes princípios e diretrizes para estruturação do Programa: (I) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; (II) toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; (III) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; (IV) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria; (V) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; (VI) **as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima**.

Como pode ser visto, o uso do termo “humanização da atenção à saúde”, cunhado na Política Nacional de Humanização – o HumanizaSUS e utilizado pela

Portaria para a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento não está restrito a questões da estrutura física diferenciada das instituições, e sim, diretamente relacionado à qualidade da assistência dada pelas equipes de saúde (atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; responsabilização e vínculo; garantia dos direitos das mulheres na gestação, parto e puerpério).

Nesse sentido, **há que se considerar a relevância temática do PLE 73/2021 em prol do combate à violência obstétrica no município de Salvador**.

O termo "violência obstétrica" (VO) se caracteriza por abusos, desrespeito e maus tratos sofridos por mulheres na hora do parto e podem ocorrer como violência física ou psicológica, gerando vários traumas às parturientes. O termo não se refere apenas ao trabalho de profissionais de saúde, mas também às falhas estruturais de clínicas e hospitais públicos ou particulares antes, durante e/ou depois do trabalho de parto.

Segundo a declaração **Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos durante o Parto nas Instituições de Saúde**, apresentada em 2014 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), "os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente". O referido documento ressalta que "as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva" (OMS, 2014).

Ou seja, os maus tratos não apenas violam "os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação". Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (OMS, 2014).

O termo violência obstétrica foi adotado recentemente e a América Latina tem sido a área mais proeminente em seus estudos e legislações específicas. Porém, como afirma a pesquisadora italiana Patrizia Quattrochi no epílogo de

uma publicação sobre tema, “a violência obstétrica é praticada em todo mundo (...) o que muda em diferentes contextos são as modalidades em que é construída, exercida e percebida” (QUATTROCCI, 2020).

Entre as práticas violentas, há condutas fáceis de identificar, como xingamentos ou agressões físicas. Mas não somente. Técnicas médicas adotadas rotineiramente sem sustentação científica também entram no rol, como a episiotomia, realizada com base na crença de que facilitaria o nascimento e preservaria a integridade genital da mulher, e a manobra de *Kristeller*, quando mãos, braços, cotovelos são usados para pressionar a barriga da gestante, forçando a saída do bebê (SOUZA, 2022).

Vários são os tipos de VO, dentre tantos se destacam: (I) a **Negação** (negar o tratamento durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, humilhações verbais, desconsideração das necessidades e dores da mulher, práticas invasivas, violência física, uso desnecessário de medicamentos, intervenções médicas forçadas e coagidas, detenção em instalações por falta de pagamento, desumanização ou tratamento rude); (II) a **Discriminação** (a violência também pode se manifestar por discriminação baseada em raça, origem étnica ou econômica, idade, status de HIV, não-conformidade de gênero entre outros); (III) a **Violência de gênero** (além de ser um tipo de violência que só afeta mulheres pelo simples fato de que apenas as mesmas passam pela experiência da gestação e do parto, atitudes desrespeitosas podem estar relacionadas a estereótipos ligados ao feminino. Profissionais de saúde podem se sentir na posição de ultrapassarem a normalidade aceitável de como uma gestante deve se comportar); (IV) a **Negligência** (impossibilidade de prover mãe e bebê com o atendimento necessário para garantir a sua saúde de ambos).

Os custos de tais condutas podem ser altos, pois há risco de infecções, deslocamento de placenta, mutilação genital, traumas encefálicos. No Brasil, uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2010, apontou que 25% das mulheres brasileiras sofreram violência no parto, sendo as formas mais comuns a agressão e humilhações verbais, os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, a falta de analgesia e até a negligência dos envolvidos com a assistência da ocasião. A população mais acometida foi a de

mulheres pardas (29%), com 4 ou 5 filhos (29%), habitantes da região nordeste (27%) e das capitais (30%) (VENTURI *et al*., 2010).

Tramita no Senado Federal um projeto de lei que torna crime a violência obstétrica e estabelece procedimentos para a prevenção da prática no Sistema Único de Saúde (SUS). O PL 2.082/2022, da senadora Leila Barros (PDT-DF), prevê pena de detenção que pode variar de três meses a um ano. Mas caso a vítima tenha idade inferior a 18 anos ou superior a 40 anos — faixas em que o prejuízo pode ser maior para a mulher —, a punição será agravada, podendo chegar a dois anos de prisão.

O texto altera o Código Penal (Decreto-Lei 2.848, de 1940) para definir violência obstétrica como "qualquer conduta que seja direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, praticada sem consentimento, desrespeitando sua autonomia ou feita em desacordo com procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário". A proposta adiciona à Lei do SUS (Lei 8.080, de 1990) a determinação para que o sistema realize ações e campanhas para combater a prática.

Para compreender a questão da violência obstétrica como um problema estrutural e que se configura, atualmente, como uma questão de saúde pública, a pesquisadora Larissa Souza (2022), apresentou “algumas questões sobre a historicidade da própria concepção sobre violência em seus aspectos culturais e econômicos, processo este no qual está inserida a violência contra a mulher em geral e, a violência obstétrica, especificamente”. O estudo concluiu que “o contexto de tematização pública da violência contra a mulher, mais efetivamente a partir dos anos 1980, no Brasil, contribuiu para as várias mudanças percebidas na perspectiva sobre o corpo feminino, na configuração dos debates sobre direitos sexuais e reprodutivos, na elaboração de políticas públicas, nas ações de enfrentamento à violência contra à mulher, assim como na construção de propostas mais efetivas para a assistência à saúde desse segmento da população”.

Esse processo foi marcado, especialmente, pela contribuição dos estudos feministas e da militância por direitos realizada pelos movimentos sociais, principalmente o de mulheres. Essa nova perspectiva sobre o parto foi

construída, também, pela participação de profissionais da saúde nesses movimentos, somado à ciência feminista, que redesenhou alguns conceitos tradicionalmente balizados sobre corpo, sexualidade e gênero.

Como pode ser visto, as ações de combate à violência obstétrica devem ser discutidas/realizadas pela sociedade (em seus vários segmentos e representações) e pelo Estado brasileiro, e nesse caso, prioritariamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da formulação e implementação de Políticas Protetivas, da Assistência e da Formação em Saúde.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O SUS é responsável pelo planejamento e execução de ações de saúde no Brasil (saúde da mulher, atenção à gestante (pré-natal, parto e puerpério), saúde da criança, atenção básica, rede cegonha, entre outras tantas). Portanto, o tema acima abordado deverá ser discutido no âmbito da presente Comissão Temática.

Nesse debate, é importante considerar que, embora tenha sido ampliado o acesso ao pré-natal e parto no Brasil, há problemas sérios em relação à sua qualidade, o que é revelado pelas elevadas taxas de cesariana e de práticas inadequadas na assistência ao parto normal, de modo a tornar imprescindível a criação de variadas estratégias e mecanismos de proteção dos direitos das mulheres, principalmente, em situações de maior vulnerabilidade, como no caso, a gestação, o parto e o puerpério.

A discussão do PLE 73/2021 no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social poderá contribuir para a compreensão da relevância das ações de saúde da gestante sob a responsabilidade das equipes de saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. *In*: SANTOS, L. (org.). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Objetivos de desenvolvimento do milênio*: Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2013.

GUERRA, H. S. et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. Iniciação Científica *CESUMAR* - jan./jun. 2016, v. 18, n. 1, p. 73-80 - ISSN 1518-1243

OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.

QUATTROCCHI. Patrizia. Violencia obstétrica desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias en el debate actual. In: Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias / Patrizia Quattrocchi... [et al.]; compilado por Patrizia Quattrocchi ; Natalia Magnone. - 1a ed . - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020.

RATTNER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Acta de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun. 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v.13, p. 759-768, 2009.

SALVADOR. *Regimento Interno*. Resolução 910, de 1991. Salvador, BA: Câmara Municipal de Salvador, 1991.

SALVADOR. *Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021* / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018.

SALVADOR. *Plano Municipal de Saúde do Salvador 2022-2025 – Volume I* / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Notas sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional brasileira. *In*: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. (org.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SOUZA, L.V de. 'Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir' violência obstétrica no Brasil : construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obsté- trica (1970-2015) / Larissa Velasquez de Souza ; orientada por Tania Maria Dias Fernandes. – Rio de Janeiro : s. n., 2022. 244 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2022. Bibliografia: 226-244 f.

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINS, C. P.; MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do plano de qualificação das maternidades: oferta da política nacional de humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. *Interface* (Botucatu), v. 18, suppl. 1, p. 997-1011, 2014.