

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE JURÍDICA SOBRE O COMPORTAMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DA VULNERABILIDADE MATERNA.

Ramone Nascimento Giarola

Graduanda em Direito pelo UNIPTAN

e-mail: ramonegiarola@hotmail.com

Resumo: O presente artigo objetivou a análise dos casos de violência obstétrica ocorridos dentro do contexto histórico brasileiro, enfocando a aplicação analógica dos dispositivos presentes no ordenamento jurídico, tendo em vista a não existência de lei específica que trate sobre o tema. Tal prática surgiu a partir da transição de partos domiciliares para o ambiente hospitalar, no qual utilizam maneiras mais fáceis e ágeis - mas também desnecessárias - no processo do nascimento. Deste modo, levantou-se a problemática a partir da seguinte indagação: “Como evitar a violência obstétrica caracterizada pelo comportamento médico agressivo e autoritário?”. Quanto à metodologia empregada, esta se deu de modo qualitativo, do tipo revisão bibliográfica, documental e descritiva através de fontes secundárias. Como resultado, o estudo enfatizou o atendimento humanizado, com o fim de reduzir as desigualdades nas relações entre médico e paciente, além da criação de leis próprias que resguardecam e amparem a vítima e aplique sanções eficientes ao agressor. Destacou-se, também, a relevância dos mecanismos de denúncia e do desenvolvimento de ações que visem acolher a mulher violentada, como formas de erradicação dos abusos. Concluiu-se que a violência obstétrica se traduz por meio de atos autoritários e invasivos da equipe médica que lesam gravemente os direitos da mulher.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Assistência ao parto humanizado. Direitos sexuais e reprodutivos. Ordenamento jurídico.

Introdução

Há algumas décadas, bem antes das revoluções tecnológicas, as mulheres davam a luz no aconchego de seus lares, auxiliadas por uma parteira e rodeadas por entes próximos que usavam de seus conhecimentos empíricos para o sucesso do procedimento (ACKER et al, 2006). O nascimento representava um momento único de força e empoderamento feminino, tendo em vista que a gestante passava por todo o processo fisiológico natural sem a aplicação de analgesias ou outro método cirúrgico (BRASIL, 2010).

O relato trazido por Vieira e Apolinário (2017) mostra que, com o passar dos anos as parteiras deram lugar aos médicos e o parto domiciliar aos hospitais. Este segundo ambiente apresenta-se em condições assépticas mais favoráveis, equipado com materiais e instrumentos próprios para o procedimento cirúrgico, além de contar com uma equipe de profissionais para o atendimento e amparo, caso ocorra alguma intercorrência.

Segundo Martins e Barros (2016), em razão da alta demanda nos hospitais, os profissionais buscaram por maneiras mais fáceis e ágeis de proceder com o parto, utilizando-se de métodos invasivos, sem prestar a devida cautela quanto à autonomia e direitos da mulher. Tais intervenções passaram a ser consideradas como formas de violência obstétrica, conforme primordialmente estabelecido pelo Decreto Venezuelano nº 38.668, de 23 de abril de 2007 (VENEZUELA, 2007).

Reconhecida a importância do tema, surgiram no Brasil várias correntes favoráveis a erradicação das práticas violentas e a implementação da digna assistência, a exemplo da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, fundada no país na década de 90 (REHUNA, 1993). Além disso, foram dispostas no ordenamento jurídico leis que asseguram o atendimento humanizado à gestante para reduzir os índices de violência obstétrica.

Embora a prática violenta tenha recebido bastante destaque nos últimos tempos, não há em vigor uma norma específica que trate sobre os abusos obstétricos e que puna o agressor com uma sanção eficiente. Portanto, é imprescindível que a legislação hodierna disponha sobre a problemática, a fim de desenraizar condutas autoritárias para a obtenção de uma vida livre de violência (RODRIGUES; DUARTE, 2019).

Como objetivo, o artigo analisa os casos de violência obstétrica ocorridos no Brasil, além de destacar a aplicação analógica dos dispositivos presentes no ordenamento jurídico, tendo em vista a não existência de lei própria que regule sobre o tema.

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão bibliográfica e documental que se deu através de consultas em livros, artigos científicos, revistas e cartilhas, todos em formato digital, além do acesso ao ordenamento jurídico brasileiro disposto em códigos, por meio do site Planalto, do Governo Federal. A presente pesquisa realizou-se no período de agosto a novembro do ano de 2020, utilizando as seguintes fontes: plataforma Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Em uma abordagem qualitativa estabeleceu-se a divisão em etapas para elaboração do artigo, quais sejam: a definição dos objetivos, da hipótese e do problema, sendo este último elaborado a partir da seguinte indagação: “Como evitar a violência obstétrica caracterizada pelo comportamento médico agressivo e autoritário?”. Posteriormente, procedeu-se à análise dos artigos e documentos de referência e a descrição direta e indireta do conteúdo dissecado.

Desenvolvimento

Há alguns anos atrás, mas não tão distante de nossa realidade, o cenário em que as mulheres davam à luz era composto basicamente por uma parteira, – quem auxiliava a mãe para a expulsão do bebê – e por familiares próximos que usavam de seus conhecimentos empíricos para a boa condução do procedimento (ACKER et al, 2006). Não se pode olvidar que, por se tratar de um parto domiciliar, havia grandes chances de contaminação por doenças infecciosas e, nos piores casos, ocorriam os óbitos, visto que não existiam condições assépticas e instrumentos necessários e adequados para manterem mãe e filho protegidos (BRASIL, 2014).

No decorrer do tempo, os partos domiciliares conduzidos por parteiras caíram em desuso e passaram a realizados dentro do ambiente hospitalar, devidamente adequado para tais práticas e instruído por profissionais médicos e obstetras. Todavia, os números de mortes ainda são grandes, não por contágio de infecções, mas sim, por atos autoritários da equipe médica contra a mulher (BRASIL, 2010).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) realizada em 2006 em parceria ao Ministério da Saúde apontou que, de 2001 à data do levantamento, 98,4% dos partos ocorridos foram em ambiente hospitalar (BRASIL, 2009). Com esta alta demanda decorrente dos nascimentos, começaram-se a busca por maneiras mais fáceis e ágeis de proceder com o parto, na qual utilizam-se de intervenções invasivas e desnecessárias que afetam diretamente a mãe e o nascituro. Martins e Barros (2016) entendem que, desta forma, a mulher, em seu evento fisiológico, perde não só a autonomia sobre seu corpo, mas também o seu papel de protagonista, para se tornar refém de um sistema corrompido.

De certa forma, constata-se que o nascimento humano foi moldado ao longo dos anos, o qual era um processo fisiológico natural passou-se a ser um ato cirúrgico, que é assim encarado por médicos, centro hospitalar, e pela própria mulher. É dentro deste novo cenário – o hospitalar – que os altos índices de violência são praticados contra a mãe e seu filho recém-nascido (SANTOS, 2002).

1 A violência obstétrica e sua ampla conceituação

Apesar das práticas violentas contra a mulher no período pré e pós parto já existirem a décadas, a expressão Violência Obstétrica começou a ser realmente difundida na América Latina no início dos anos 2000. A Venezuela, através do Decreto nº 38.668, de 23 de abril de 2007, foi o primeiro país latino-americano a tipificar acerca do conteúdo, seguido, então, pela Argentina e México. Na Lei Orgânica Venezuelana sobre Direitos das Mulheres a Uma Vida Livre de Violência, no artigo 15, definiu-se:

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. ¹ (VENEZUELA, 2007, p. 30)

No Brasil, ainda no início do século XX, a expressão Violência Obstétrica começou a ser interpretada por Fernando Magalhães, intitulado o Pai da Obstetrícia Brasileira, consoante entendimento de Diniz (2005). Alguns anos depois, após o tema ser difundido, passou a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde e por diversos movimentos - grande parte deles conduzidos por feministas, que são as protagonistas da história dos abusos - tais como a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, propriamente conhecida como Rehuna, fundada no país em 1993, que preza pela assistência humanizada a mãe e filho no período gestacional e logo após ele (REHUNA, 1993).

No que concerne às práticas humanizadas, Malheiros et al (2012) conceituam como um justo atendimento e tratamento à mulher, durante e logo após o parto, no qual a relação hierárquica entre médico e paciente seja respeitável, atentando à fisiologia natural do parto para que se erradiquem as intervenções invasivas e desnecessárias. “A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto

¹ Violência obstétrica: se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa como tratamento desumanizado, abuso de medicação, e em converter os processos naturais em processos patológicos, trazendo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, p. 30, tradução própria).

de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos” (DINIZ, 2005, p. 632).

Ainda de acordo com Diniz (2005, p. 633) “falar em humanização é também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde [...]”.

Importantes avanços ocorreram com o surgimento de iniciativas do Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que possui o objetivo precípua de garantir uma assistência digna e humanizada a mulher, se estendendo desde as primeiras consultas até o nascimento do bebê (BRASIL, 2002).

Publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) relatam que, em virtude deste novo paradigma que compete em garantir um padrão mínimo de atendimento a gestante, foram criadas maternidades públicas com ênfase no atendimento humanizado, com destaque a Maternidade Leila Diniz, que foi a instituição pioneira estabelecida na cidade do Rio de Janeiro.

Ressalta Diniz (2001) que, tais iniciativas públicas contribuem fortemente para a defesa e promoção dos direitos das mulheres, principalmente no tocante à garantia de um parto digno, organizando serviços no sentido de conduzir um nascimento seguro e saudável ao bebê, e prevenindo possíveis intervenções e/ou agravos.

Apesar de o tema violência obstétrica possuir alto nível de relevância para a medicina hodierna, uma pequena parcela das pessoas nem sequer compreendem a amplitude do significado, tendo em vista o desconhecimento social. Conforme o dossiê Violência Obstétrica: Parirás com Dor (BRASIL, 2012, p. 60), aduz que:

Os 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 [...].

De acordo com Sauaia e Serra (2016), os atos agressivos são definidos como práticas de opressão à mulher durante a assistência ao parto e logo após ele, tais como: a episiotomia²; a laqueadura³; o enema⁴; a aplicação de ocitocina⁵; a tricotomia⁶ e a cesárea quando não

² Incisão realizada na vulva, objetivando a abertura do canal vaginal.

³ Procedimento de esterilização definitiva.

⁴ Lavagem intestinal.

consentidos e desnecessários; a oposição de acompanhante ou doula durante o procedimento do parto; a proibição de expressar ou gritar no momento de dor; a proibição de circulação com fins de amenizar as contrações; o ato de amordaçar mãos e pés na cama para evitar movimentos; a manobra de Kristeller⁷; a prática de atentar palavras ofensivas e a proibição de contato entre mãe e filho logo após o nascimento.

É assente o entendimento de Martins e Barros (2016) de que tais atos possuem ainda o caráter físico, sexual, psicológico, verbal, moral e institucional. O caráter físico e o sexual apresentam semelhanças, pois ambos violam a intimidade da mulher, sendo este primeiro exemplificado pelo procedimento de episiotomia e exames invasivos como o toque excessivo, e o outro, por discursos moralistas e opressivos de relevância sexual. Já o caráter psicológico e verbal, como o próprio termo diz, são as ações que desestabilizam o lado emocional e sentimental, tais como ameaças, humilhações e desrespeito.

Consoante às autoras mencionadas acima, o caráter moral é caracterizado pela autoritariedade médica frente à vulnerabilidade materna, desrespeitando a fisiologia e o tempo natural do parto para impor processos de mecanização que aceleram a expulsão do bebê. Define-se o caráter institucional por atos que proíbam a mulher aos seus direitos, como a prestação de serviços.

Para Tornquist (2004 apud SANTOS, 2016), as condutas supracitadas são, por muitas vezes, omissas pela equipe médica que não as reconhecem como atos violadores de direitos da mulher, tendo em vista que esta é privada de se expressar e imposta a um comportamento autoritário, fatos que evidenciam ainda mais a relação de desigualdade entre o profissional e a gestante que, por sua condição vulnerável, se encontra em uma posição inferior frente à autoridade médica.

Em face desta realidade, constata-se que tais práticas são decorrentes da perda da essência primordial aos profissionais médicos, qual seja a essência do cuidado humano. Seja pela sobrecarga do trabalho, seja pela alta demanda dos partos, os centros hospitalares se tornaram ambientes violentos, no qual a equipe de saúde se prontifica a respeitar apenas os protocolos e não respeitam a fisiologia do parto e o corpo da mulher, utilizando intervenções desnecessárias que resultam em violência obstétrica (MARTINS et al, 2019).

⁵ Hormônio de aceleração ao parto

⁶ Retirada dos pelos pubianos através de um aparelho tricotomizador.

⁷ Pressão posta na parte superior do útero para forçar a saída do bebê.

1.1 A violência obstétrica e sua tipificação legal

Embora não exista no Brasil uma legislação específica que disponha sobre a punição do autor da violência obstétrica, prevalecem diferentes tipificações que podem ser aplicadas analogicamente para, assim, acobertar a vítima que tem seus direitos lesados. Dentre elas destacam-se a Carta Magna, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Código Penal, o Código de Ética, e demais leis esparsas (RODRIGUES; DUARTE, 2019).

A Constituição Federal (CF) de 1988 abarca um dos princípios basilares da República Federativa do Brasil, qual seja o da dignidade da pessoa humana. Descrito no primeiro artigo do texto, precisamente no inciso III, assegura direitos e garantias a todo cidadão, a se destacar a obtenção de uma vida digna com acesso à saúde de qualidade (ZAGO, 2018).

Percorrendo as garantias fundamentais dispostas no artigo 5º da CF, tem-se a prerrogativa sobre a inviolabilidade de direitos que são inerentes a todos, tais como: “à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988).

Desta forma, Sauaia e Serra (2016), postulam que, a vítima da violência que tem seus direitos lesados por tratamento tortuoso, desumano e/ou degradante, detém a faculdade de requerer a indenização pelo dano material ou moral causado pela violação.

Disposto no artigo 6º da CF, como direitos sociais, encontram-se: a saúde, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, entre outros. Esta primeira é uma atribuição do Estado e cabe ao Poder Público fiscalizar e controlar sua execução de modo a diminuir o risco de doenças e de outros possíveis agravos, além de promover o atendimento de forma igualitária e universal, conforme artigos 196 e 197 da CF.

Conforme preceitua o artigo 227 da CF, a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar à criança – e neste caso, estende-se também ao nascituro –, o direito à vida e à saúde, e ainda, resguardá-la de toda forma de violência, crueldade e discriminação.

Por se tratar de um dever estatal, há a responsabilidade civil na execução e prestação dos serviços em favor da mulher que teve o seu direito violado. Nesse sentido, aborda o artigo 37, parágrafo 6º da CF, sobre a atribuição das pessoas jurídicas prestadoras de serviços públicos de se responsabilizarem pelos prejuízos que seus profissionais causarem a outrem, podendo, posteriormente, providenciar o ressarcimento, mediante ação regressiva contra o referido agente.

No tocante a responsabilização, expõe o Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 14, parágrafo 4º, que “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada

mediante a verificação de culpa” (BRASIL, 1990), ou seja, pela existência do erro cometido. Pelo viés do Código Civil, pode traduzi-la pelo artigo 927, qual prevê a obrigação de reparar o dano causado a terceiro, sendo este dano ocasionado por um ato ilícito, conforme descrito nos artigos 186 e 187 do mesmo ordenamento (BRASIL, 2002) .

No que diz respeito ao Código Penal (CP), pode-se amoldar os atos de violência obstétrica as sanções descritas para as seguintes condutas: lesão corporal, constrangimento ilegal, maus-tratos, homicídio, injúria e ameaça.

Sucedendo à violência através do caráter físico, restará configurada a lesão corporal prevista no artigo 129 e incisos do CP. A penalização, neste caso, dependerá da natureza da lesão que se distingue entre leve – é a afronta a saúde física ou mental de outrem – grave – “se resultar em incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias; em perigo de vida; em debilidade permanente de membro, sentido ou função; ou na aceleração de parto” – gravíssima – se proceder em “incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização do membro, sentido ou função; deformidade permanente; ou aborto” (BRASIL, 1940). Além destes, há a previsão da lesão corporal seguida de morte, que se trata de um crime preterdoloso, em que o agressor apenas tem o dolo de lesionar a vítima, mas acaba provocando sua morte de forma não intencional.

O constrangimento ilegal previsto no artigo 146 do CP também é classificado como de caráter físico, tendo em vista que o autor constrange a vítima através de graves ameaças, meios violentos ou qualquer outro artifício capaz de limitar sua capacidade de defesa.

O caráter institucional da violência obstétrica encontra amparo no capítulo III – da periclitção da vida e da saúde, mais especificamente no artigo 136 do CP, intitulado maus-tratos. Resume-se em o agente colocar em perigo àquele que está sob sua custódia, seja através da privação de alimentos ou qualquer outra necessidade essencial, ou por meio de abusos quanto à disciplina e ao trabalho. Se o fato for praticado contra a gestante menor de 14 (quatorze) anos, ou resultar em lesão corporal de natureza grave ou morte, a pena será aumentada quantitativamente. Tal caráter se procede também no momento em que, o agressor, agindo com dolo na prática dos atos caracterizadores da violência obstétrica, provoca a morte da mãe e/ou do bebe, caracterizando o homicídio simples, previsto no artigo 121 do CP.

Já o caráter psicológico ou verbal manifesta-se por meio de ofensas, humilhações, desrespeito e ameaças contra a mulher, seja pela violação a dignidade ou decoro, conforme artigo 140 do CP, seja por intimidações pronunciadas, escritas, gestos ou qualquer outro meio simbólico, consoante ao artigo 147 do CP.

Concernente ao Código de Ética Médica (BRASIL, 2018) mais precisamente no Capítulo IV dedicado aos Direitos Humanos, são descritas as condutas que são vedadas aos médicos, a destacar as seguintes: deixar de prestar atendimento ao paciente que o procure em casos de urgência ou emergência, ou abandonar àquele que está sob seus cuidados; não obter prévio consentimento ou menosprezar o direito de decisão do paciente ou de seu representante quanto a execução das práticas, salvo em caso de iminente risco de morte; deixar de informar o diagnóstico, o prognóstico e os riscos; desrespeitar a capacidade física ou psíquica do paciente ou empregar mecanismos que alterem sua consciência; praticar ativa ou passivamente as condutas tortuosas e desumanas ou ser omissa a elas; se valer do exercício profissional para obtenção de vantagens ou favorecimento de crimes.

As normas trazidas pelo Código de Ética Médica, que visam, sobretudo, a defesa dos direitos humanos, não se referem de forma específica à gestante e ao parto, mas são aplicadas analogicamente aos casos de violência obstétrica. Assim sendo, o médico que incorrer nas condutas vedadas por este ordenamento, consideradas como faltas graves, e apresentar riscos à vida daquele que está sob seus cuidados, poderá ser proibido de exercer a atividade profissional por determinado tempo, conforme inciso II, do Capítulo XIV – Das Disposições Gerais, desta mesma lei (BRASIL, 2018).

Merece destaque, também, a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como Lei do Acompanhante, que fixou a permissão de pessoa indicada pela gestante para lhe acompanhar durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Tal legislação se aplica tanto aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto aos particulares, na realização de partos normais ou cesarianas.

Em seu texto, aborda o artigo 19-J que modifica a Lei do SUS e reconhece o direito ao bem-estar da parturiente.

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 (BRASIL, 2005).

O direito a um acompanhante de confiança é de suma importância não só para a gestante, mas também ao bebê, tendo em vista os vários benefícios físicos e psíquicos, tais como: a diminuição do tempo de trabalho de parto, sem a necessidade de medicações ou analgesia; a melhoria do vínculo entre mãe e filho, abastecidos pelo sentimento de prazer, confiança e satisfação; e a elevação da autoestima da mulher em saber que a todo o momento ela não esteve só, reduzindo assim o dissabor da solidão e da depressão pós-parto (BRASIL, 2012).

Apesar da comprovação médica dos benefícios trazidos à mãe e ao bebê, muitas instituições se abstêm quanto ao direito ao acompanhante previsto pela Lei Federal, fato típico caracterizar da violência obstétrica em caráter institucional. Por vezes, há alegações sobre o desconhecimento da legislação ou até mesmo de que possuem normas próprias que regulam sobre o tema (RODRIGUES et al, 2017).

Fato é que, mesmo em instituições que reconhecem, em partes, a prevalência da Lei 11.108, há condutas que afrontam o direito ao acompanhante, tais como: a determinação sobre a escolha da mulher, impondo a pessoa à quem ela deva optar; limitação ao tempo de permanência com a gestante; diferenciação condicionada ao vínculo institucional, qual distingue a prestação de serviço aos planos públicos e privados; e a restrição pelo tipo de parto, sendo ele normal ou cesariana (BRASIL, 2012).

Ainda na esfera federal, encontra-se no ordenamento vigente a Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, qual “dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007). Tal dispositivo garante o atendimento humanizado, além da prestação de informações prévias acerca da instituição que deverá estar apta ao fornecimento do serviço.

Em caráter estadual, está em vigor em Minas Gerais a Lei 23.175, de 21 de dezembro de 2018, sancionada pelo ex-governador Fernando Pimentel, com base no Projeto de Lei 4.677, de 2017. Tal dispositivo garante “o atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, com o fim de reduzir os índices de violência na assistência obstétrica” (MINAS GERAIS, 2018).

Além de reforçar as condutas desumanas caracterizadoras da violência obstétrica, a lei citada inova ao prever o direito da mulher presa em não ser mantida algemada durante o trabalho de parto e logo após ele, excetuados os casos de resistência, receio de fuga ou de perigo à própria integridade física, ou de terceiros. Evidencia, também, a garantia ao acesso à informação e ao sigilo sobre o atendimento, em especial, em casos de abortamento.

Importante destacar, também, os projetos de lei em tramitação, tais como os de número 7.633, de 2014, e 8.219, de 2017, ambos, em consonância ao disporem sobre a busca pela humanização da assistência à mulher e ao bebê antes, durante e após o parto, e com o fim precípua de erradicar a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Certamente, todos os dispositivos legais supra mencionados possuem tamanha relevância para o cenário brasileiro, pois, apesar de não preverem a punição ao agente agressor, eles possuem o condão de minimizar a ocorrência de atos desumanos, como a violência obstétrica.

2.3. Medidas de erradicação da violência obstétrica

Não se pode refutar que há muitas conquistas a serem alcançadas, não apenas para amenizar, e sim, erradicar práticas de violência contra a mulher no período pré e pós-parto. Consoante ao exposto, explana Tesser et al (2014, p. 9):

A prevenção quaternária frente à violência obstétrica no Brasil requer a participação dos profissionais e suas associações em duas frentes: a primeira envolve a atuação clínica no cuidado e apoio às gestantes e puérperas, bem como a elaboração participativa de planos de parto. A segunda requer suporte e participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização da assistência ao pré-natal e parto, provenientes dos movimentos de mulheres, de modo a impactar significativamente a violência obstétrica no sistema de saúde do Brasil.

Em defesa da assistência humanizada, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria 569, de 01 de junho de 2000, que tem por objetivo o desenvolvimento de ações que visem à melhoria no acesso e assistência de qualidade à saúde, com o fim precípua de reduzir os altos índices de violência obstétrica e mortalidades registradas no país (BRASIL, 2000). Para tanto, destina investimentos para as redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, além de propiciar cursos de especialização em enfermagem obstétrica (BRASIL, 2002).

Outra eficiente iniciativa é o projeto Rede Cegonha, também lançado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que o institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por finalidade garantir os direitos das mulheres, homens, jovens e adolescentes – compreendendo os sexuais e os reprodutivos –,

além de propiciar o digno atendimento à gestante no período do parto e pós-parto, se estendendo até os dois primeiros anos de vida de seu filho (BRASIL, 2011).

Através do projeto em comento, a mulher grávida adquire a Caderneta da Gestante que a possibilita registrar o acompanhamento gestacional durante o pré-natal, além de auxiliá-la para o trabalho de parto, conhecendo os possíveis sinais de alerta. Com o propósito de disseminar o conhecimento sobre as práticas de violência obstétrica, a caderneta apresenta, ainda, quais são os direitos da mulher, antes e depois do nascimento (BRASIL, 2016).

Na mesma linha, outra relevante diretriz na luta pela promoção dos direitos das mulheres no momento da maternidade é a Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. A rede integrada por mulheres que trabalham voluntariamente presta informações úteis sobre a gestação, parto e nascimento, todas cientificamente comprovadas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2012).

A rede acima citada, que tem como objetivo o empoderamento feminino, trabalha em campanhas de promoção e divulgação dos direitos da mulher – em especial à assistência ao parto –, luta pela equidade de gênero e pela erradicação da violência obstétrica, através de reivindicações por melhoria das políticas públicas de atendimento à saúde.

Leal et al (2017) ressaltam que, lamentavelmente, muitas mulheres não percebem que sofreram algum tipo de violência obstétrica, tendo em vista o desconhecimento sobre seus direitos e sobre a assistência humanizada. Desta forma, acreditam que os procedimentos invasivos são de praxe médica e necessários para sua sobrevivência e a do bebê. Nos casos em que há esta identificação, a vítima se encontra desamparada quanto aos mecanismos de denúncia utilizar.

Para se proceder com a denúncia, a vítima ou um ente próximo podem recorrer à ouvidoria da instituição de saúde onde se deu a violência e solicitar o número de protocolo junto ao prontuário médico (OLIVEIRA, 2019). Este último, não deve ser negado, conforme preceitua o artigo 88, do Código de Ética Médica:

Art. 88. Negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros (BRASIL, 2018).

Podem realizar, também, o registro de ocorrência diretamente na Delegacia da Mulher ou no Ministério Público, ou através de ligação telefônica na Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, pelo número 180, ou, no Disque Saúde, no número 136. Nos casos de atendimento pelo sistema público, a vítima poderá recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou, se conveniada, à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BARBOSA, 2018).

Tão relevante quanto os mecanismos de denúncia é o desenvolvimento de ações que visem acolher a mulher violentada. Tesser et al (2014) destacam que, a prevenção da violência obstétrica requer o atendimento de práticas assistenciais, que podem ser compreendidas como os centros de acolhimento conduzidos por psicólogos, terapeutas e advogados, além da participação ativa de outras vítimas e de futuras gestantes que buscam conhecer sobre seus direitos.

Um fato muito importante nas políticas públicas direcionadas a erradicação da violência obstétrica foi a criação do Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, instituído pelo Ministério da Saúde em 1999, em homenagem ao doutor nomeado, que tem como principal objetivo fomentar o atendimento humanizado à gestante dentro das instituições de saúde, com atenção especial aos direitos concedidos em lei, como por exemplo, a presença de acompanhante (BRASIL, 1999).

Considerações finais

O presente artigo científico objetivou a análise dos altos índices de violência obstétrica ocorridos nas últimas décadas, praticados pela equipe médica e assistencial contra a mãe e seu bebê no período gestacional, parto e pós-parto. Além disso, destacou a importância da aplicação analógica dos dispositivos presentes no ordenamento jurídico, tais como a Constituição Federal, Leis Estaduais e os códigos Penal, Civil, de Ética Médica e o de Defesa do Consumidor, tendo em vista a não existência de uma norma específica sobre o tema.

A problemática da pesquisa se desenvolveu a partir da seguinte indagação: “Como evitar a violência obstétrica caracterizada pelo comportamento médico agressivo e autoritário?”. Como resultado, o estudo enfatizou o atendimento institucional de forma humanizada e digna a todas as mulheres, resguardando-as de seus direitos conforme previsto em lei, para que assim possa reduzir as desigualdades existentes nas relações entre médico e paciente. Alinhado a isto, destacou a importância da criação de normas próprias que

resguardem e amparem a vítima violentada e aplique sanções eficientes ao agressor, além do desenvolvimento de ações que possam acolhê-la.

De acordo com os fundamentos trazidos na pesquisa, constatou-se que o nascimento humano foi moldado ao longo dos anos, o qual era um processo fisiológico natural passou-se a ser um ato cirúrgico, realizado nos centros hospitalares, ambiente em que a violência é praticada. É inegável que o reconhecimento de mérito dado às instituições de saúde pelas práticas humanizadas mostra-se como importante fator de diminuição dos índices de violência obstétrica no país.

A luta pelos direitos das mulheres não está perto do fim, e ainda há muito que se conquistar para uma vida livre de violência. Para tanto, é primordial que o tema seja amplamente discutido e levado ao conhecimento de todos, para que, caso ocorra o ato lesivo, qualquer um possa reprimi-lo e buscar os mecanismos de denúncia.

Referências

ACKER, Justina Inês Brunetto Verruck et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 647-651, jun. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a10.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

BARBOSA, Nanda. O que é Violência obstétrica? Como posso denunciar?. **Casa da Doula: Apoio ao gestar, parir e nutrir**, 2018. Disponível em: <<https://blog.casadadoula.com.br/gravidez/o-que-e-violencia-obstetrica-como-posso-denunciar/>>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____. **Decreto-lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____. **Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/01/2002&jornal=1&pagina=74&totalArquivos=192>>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____. **Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005.** Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/04/2005&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>>. Acesso em: 01 set. 2020.

_____. **Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/12/2007&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=212>>. Acesso em: 01 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante.** 3º ed. Brasília, 2016. Disponível em:
<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Cadernos Humaniza SUS, vol. 4. Brasília, 2014. Disponível em:
http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais:** o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, 2009. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Rede Cegonha**. 2011. Disponível em:
<<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha>>.
Acesso em: 03 set. 2020.

_____. **Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000**. Disponível em:
<<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/06/2000&jornal=1&pagina=4&totalArquivos=74>>. Acesso em: 01 set. 2020.

_____. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em:
<<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=109&totalArquivos=184>>. Acesso em: 03 set. 2020.

_____. **Projeto de Lei n. 7.633, de 27 de maio de 2014**. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em: 03 set. 2020.

_____. **Projeto de Lei n. 8.219, de 10 de julho de 2017**. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A6E761BBB9C5F87D02895E23164EEE11.proposicoesWebExterno2?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017>. Acesso em: 03 set. 2020.

_____. **Resolução n. 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Disponível em:
<<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/11/2018&jornal=515&pagina=179&totalArquivos=186>>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____. Senado Federal. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. **Violência Obstétrica** “Parirás com dor”. Brasília, 2012.
Disponível em:
<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.
Acesso em: 03 set. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. 2001. 254f. Tese de Doutorado em Medicina – Faculdade de Medicina,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Simone_Diniz/publication/34010137_Entre_a_tecnica_e_os_direitos_humanos_possibilidades_e_limites_da_humanizacao_da_assistencia_ao_parto/links/0c96052438627d3e3f000000/Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, mai. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>>. Acesso em: 02 set. 2020.

LEAL, Sarah Yasmin Pinto et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, dez. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52473/pdf>>. Acesso em: 28 set. 2020.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Revista Texto Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329-337, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 215-218, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/pt_1806-0013-rdor-17-03-0215.pdf>. Acesso em: 06 out. 2020.

MARTINS, Fabiana Lopes et al. Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, p. 413-423. 2019. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%AANCIA-OBST%C3%A9TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

MINAS GERAIS. **Lei n. 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Disponível em: <<http://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/handle/123456789/211695?paginaCorrente=002&posicaoPagCorrente=211696&linkBase=http%3A%2F%2Fjornal.iof.mg.gov.br%3A80%2Fxmlui%2Fhandle%2F123456789%2F&totalPaginas=124&paginaDestino=1&indice=0>>. Acesso em: 01 set. 2020.

OLIVEIRA, Marina Jaques de. **Perspectivas jurídicas acerca da violência obstétrica no Brasil**. Orientadora: Ana Paula Correia Albuquerque. 2019. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/16537/1/MJO03102019.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.

REHUNA. **Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento**. 1993. Disponível em: <http://rehuna.org.br/>. Acesso em: 01 set. 2020.

RODRIGUES, Addan Rogênes da Silva; DUARTE, Nathália Melo. **Violência obstétrica: um contexto histórico, político, social e científico no Brasil**. Orientadora: Ana Paula Ramos. 2019. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem, Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios, 2019. Disponível em: <https://ri.cesmac.edu.br/bitstream/tede/565/1/Viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20-%20um%20contexto%20hist%C3%B3rico%20pol%C3%ADtico%20social%20e%20cient%C3%ADfico%20no%20Brasil..pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. **Revista Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis: v. 26, n. 3, p. 01-10, ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e5570015.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. Orientadora: Maria de Lourdes de Souza. 2002. 271f. Tese de Mestrado em Saúde Pública - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83519/189071.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 out. 2020.

SANTOS, Renata de Oliveira Braga dos. **Guerra e Parto: uma análise antropológica sobre a humanização do nascimento em Belo Horizonte**. Orientadora: Deborah de Magalhães Lima. 2016. 222f. Tese de Mestrado em Antropologia - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AQKR3N/1/guerra_e_parto_uma_analise_antropol_gica_sobre_o_parto_humanizado_em_belo_horizonte_final_com.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibeles de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Brasília: v. 2, n. 1, p. 128-147, jun. 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em: 16 out. 2020.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, dez. 2014. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1013/716>>. Acesso em: 31 ago. 2020.

VENEZUELA. **Decreto n. 38.668, de 23 de abril de 2007**. Disponível em: <http://historico.tsj.gob.ve/gaceta/abril/230407/230407-38668-04.html>>. Acesso em: 01 set. 2020.

VIEIRA, Damaris Rebeca; APOLINÁRIO, Josiane Aparecida. **A violência obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do Município de Lins**. Orientadora: Liara Rodrigues de Oliveira. 2017. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Psicologia, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium - UniSALESIANO, Lins, 2017. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61050.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

ZAGO, Laís Paschoal. **Responsabilidade civil em casos de violência obstétrica**. Orientador: Riccardo Marcori Varalli. 2018. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Direito, Escola de Gestão e Direito, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2018. Disponível em: https://www.academia.edu/43419765/Responsabilidade_civil_em_casos_de_viol%C3%Aancia_obst%C3%A9trica>. Acesso em: 05 nov. 2020.