

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM CONTEXTO SOCIOCULTURAL. AS PRÁTICAS TECNOCRÁTICAS EM UM CONTEXTO DE INTERSECCIONALIDADE

### OBSTETRIC VIOLENCE IN A SOCIO-CULTURAL CONTEXT. TECHNOCRATIC PRACTICES IN A CONTEXT OF INTERSECTIONALITY

Giovana Pereira Leite<sup>1</sup>

Naira Marinho<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este artigo foi produzido através do método de pesquisa qualitativo exploratório, tem como norte conceituar e exemplificar a violência obstétrica em sua essência, demonstrando de forma clara e objetiva alguns atos que ensejam a violência obstétrica no lapso temporal do parto, pós-parto, inclusive abortamento. Como também, uma abordagem histórica do nascimento e todas as transformações ocorridas após a instauração do modelo tecnocrático. É apresentado ainda como se da responsabilidade penal perante a violência obstétrica, partindo da premissa que não existe um tipo penal específico que puna os agentes imputadores da violência obstétrica, porém é possível tipificar os atos da violência em vários tipos penais. São estes: injúria, maus-tratos, ameaça, constrangimento ilegal, lesão corporal e não raramente à tentativa de homicídio, todos elencados no Código Penal Brasileiro.

1009

**Palavras-chave:** Violência obstétrica. História do parto. Parturientes e violência.

**ABSTRACT:** This article was produced through the exploratory qualitative research method, it aims to conceptualize and exemplify obstetric violence in its essence, demonstrating clearly and objectively some acts that give rise to obstetric violence in the time lapse of childbirth, postpartum, including abortion. As well as a historical approach to the birth and all the transformations that took place after the establishment of the technocratic model. It is also presented as if there is criminal responsibility for obstetric violence, based on the premise that there is no specific criminal type that punishes the perpetrators of obstetric violence, but it is possible to classify the acts of violence in various criminal types. These are: injury, ill-treatment, threat, illegal constraint, bodily harm and not infrequently to attempted murder, all listed in the Brazilian Penal Code.

**Keywords:** Obstetric violence. Childbirth history. Parturients and violence.

<sup>1</sup>Graduanda do Curso Direito Centro Universitário Redentor – Uniredentor – AFYA. E-mail: giilugate@gmail.com.

<sup>2</sup>Orientadora do Curso Direito Centro Universitário Redentor – Uniredentor – AFYA. E-mail: naira.marinho@uniredentor.edu.br.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é conceituada como um tipo de violência de gênero por ser cometida, majoritariamente, contra mulheres e pessoas gestantes no lapso temporal da gestação ao puerpério. Quando falamos em violência obstétrica não podemos referi-la somente às mulheres, sendo importante mencionar que qualquer indivíduo que possua órgão reprodutor feminino pode ser vítima deste tipo de violência.

Levando em consideração a diversidade de identidade de gênero existentes e partindo da premissa que as pessoas não são definidas por suas características hormonais, o presente artigo adotará a terminologia "pessoas gestantes" referindo-se a todos indivíduos que possuem útero e possam vivenciar uma gestação.

A violência obstétrica nasceu com a desnaturalização do parto, no qual pessoas gestantes deixaram seus instintos naturais para o desencadeamento fisiológico do parto e passaram a ser submetidas a procedimentos médico-cirúrgicos, isto é, o que antes era um acontecimento natural que ocorria no próprio leito familiar passou a ser considerado uma patologia. (Pasche et al., 2010; Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008)

Por falta de informação e por ser uma violação sociocultural instaurada na sociedade,<sup>1010</sup> muitas pessoas acabam normalizando essas condutas desumanizadoras, acreditando ser importante submetê-las a um sacrifício necessário.

A princípio a violência obstétrica sempre existiu, entretanto, cresceu com a evolução da medicina em meados do Século XX, com a instauração do modelo tecnocrático da hospitalização do parto. Neste prisma gestantes e parturientes deixaram de ser protagonistas e passaram a ser meras espectadoras do nascimento de seus filhos e filhas.

O autor Rattner (2009), explica que a terminologia “violência obstétrica” retrata as variadas violências e danos que decorrem da inaptidão das técnicas da medicina pelos profissionais de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e abortamento. Todavia, não se pode aplicar essa responsabilidade somente ao médico, a *contrario sensu* a Violência obstétrica pode ser cometida tanto pelos médicos, quanto pelas enfermeiras ou parteiras, e/ou, por qualquer pessoa que coloque a dignidade da gestante e do feto em risco, podendo ocorrer tanto no âmbito da saúde pública quanto na privada.

Essa violência pode ser definida como maus-tratos físicos, psicológicos, verbais, patrimoniais, ou ainda, como práticas intervencionistas desnecessárias, entre elas: episiotomia, restrição ao leito, clister, tricotomia, ocitocina de rotina, ausência de acompanhante e cesariana sem indicação.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988, garante que todos são iguais perante a lei e tutela que ninguém poderá ser submetido a tratamento degradante ou desumano, de modo que proíbe toda e qualquer forma de discriminação a mulher.

Partindo deste norte e considerando que os profissionais de saúde são responsáveis não só pela proteção da vida da futura mãe, mas também pela vida do nascituro, qualquer dano causado à pessoa gestante ou parturiente, devido à condição vulnerável em que se encontra, implica no dever, pelo profissional responsável, de reparar pelo dano a elas causado, seja, físico, moral ou patrimonial.

Embora no Brasil a violência obstétrica não esteja explicitamente codificada em Lei Federal, a partir dos anos 2000 houve um grande avanço de mobilização com a implementação de políticas públicas, tais como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização HumanizaSUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e também o Dossiê Parirás com Dor, confeccionado pela ONG Parto do Princípio, no <sup>1011</sup> qual se enquadra violência obstétrica como violência contra a mulher e propõe a habilitação dos profissionais de saúde para o abortamento humanizado. Como cita a OMS (2014) Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso.

Apesar desses avanços, a violência obstétrica, em um contexto epistêmico, afeta cotidianamente uma em cada quatro mulheres em serviços de saúde, inclusive existe uma disparidade racial em relação a mulheres negras que acabam sendo mais vitimizadas neste contexto de violações.

Segundo dados do último Relatório Socioeconômico da Mulher, divulgado pelo governo federal em 2015 (com dados de 2014) apesar de cerca de 52% da população feminina brasileira ser composta por mulheres negras, elas são 62,8% do total de gestantes mortas, em decorrência de práticas intervencionistas não baseadas em evidências científicas.

O presente artigo não se propõe a simplesmente discutir os danos civis que decorrem da violência obstétrica, mas sim, apresentar e trabalhar o problema em sua raiz, como um paradigma sociocultural que nasce no próprio contexto familiar com o machismo velado enraizado na sociedade patriarcal brasileira. Sendo assim, partiremos de uma análise evolutiva demonstrando suas implicações em relação às desigualdades e discriminações de classe, gênero, raça e etnia.

Visto isso, e compreendendo que a Violência obstétrica é invisibilizada na sociedade, entendemos que desinformação acaba sendo o fato gerador dessa violação.

Diante o exposto e considerando a extrema relevância do tema, o presente artigo tratará de forma minuciosa e exemplificativa todas as facetas da violência obstétrica, além de identificar as lacunas de conhecimento acerca do tema estudado.

Partimos da premissa de que a forma mais eficaz de erradicar a violência obstétrica é a informação, portanto além de esclarecer, o presente estudo visa encorajar pessoas gestantes a resgatarem seu protagonismo no momento do parto com intuito de evitar possíveis violências obstétricas a partir do conhecimento dos seus direitos.

## 2 METODOLOGIA

Acerca da metodologia foi feita uma pesquisa de dados primários de caráter descritivo, exploratório com a abordagem qualitativa, realizado através de uma revisão bibliográfica entre fevereiro e abril de 2022, nas bases de dados biblioteca virtual, *google scholar*, *scielo*, doutrinas e jurisprudência. Além da pesquisa on-line, houve a inclusão de algumas obras esparsas encontrados em sede de pesquisa.

Os critérios de inclusão adotados foram textos na língua portuguesa e inglesa relacionados à violência obstétrica, violência de gênero, violência obstétrica em contexto patriarcal e disparidade racial nas maternidades, publicado nos últimos anos com o texto completo disponível. Em contrapartida os critérios de exclusão empregados a esta pesquisa foram documentos literários, eventos, dissertação de mestrado e doutorado, artigos repetidos e projetos de pesquisa.

Posteriormente foram encontrados 240 artigos nos quais passaram por uma triagem e foram excluídos 220 artigos, restando apenas 20 artigos. Com isso, esses 20 artigos foram lidos na íntegra, consistindo no quantitativo de componentes dessa revisão bibliográfica.

Para implementação deste trabalho acadêmico foi elaborado um folder interativo no período de fevereiro a abril de 2022, desenvolvido em duas etapas que compreende uma elaboração da matéria e posteriormente foi submetido à validação do material por especialista no assunto integrantes da instituição acadêmica UNIRENTOR, como também gestantes e puérperas.

No folder foi utilizada uma linguagem simples e de fácil compreensão abordando o conceito de violência obstétrica, as formas em que é exteriorizada, os sujeitos ativos e passivos, como também os canais de denúncia.

### 3 DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Construção histórica da nomenclatura “Violência Obstétrica”

Como todos os problemas que nascem de uma demanda social, a violência obstétrica é um exemplo que vem sendo reiteradamente debatido tanto na esfera pública quanto na jurídica.<sup>1013</sup> Seu conceito foi codificado a partir dos movimentos de humanização do parto que englobaram essa nova forma de violência.

O presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela Dr. Rogelio Pérez D’Gregório foi o precursor da codificação desta nomenclatura, uma vez que, nomeou como “Violência Obstétrica” as lutas dos movimentos feministas pela eliminação de procedimentos tidos como violentos durante o atendimento e assistência ao parto.

No Brasil, no início do século XX, Fernando Magalhães foi o primeiro a utilizar a expressão “humanizar” com o intuito de defender o uso do fórceps, o que na época, no cenário internacional, era defendido como humanização no atendimento à parturiente.

A luta contra a violência obstétrica fundamenta-se no âmbito dos direitos humanos, mais especificamente nas garantias sexuais e reprodutivas, tendo em vista que são garantias constitucionais que devem ser respeitados por se tratarem de premissas de uma saúde pública de qualidade.

Os direitos reprodutivos representam o poder decisório sobre a geração ou não de filhos, o número de descendentes e o intervalo entre eles. Ao passo que os direitos sexuais incluem a liberdade de expressão, da sexualidade e de escolha de parceiros; a autonomia, o direito ao prazer, entre outros. Ambos, para seu completo gozo e fruição, pressupõem a garantia de saúde pública de qualidade, de ampla informação, de autonomia, de liberdade, de não discriminação, de não coerção, dentre outros direitos básicos, a todos os cidadãos (CUNHA, 2015, p. 9).

Sendo assim, autor Júlio Camargo de Azevedo (2015) elucida o conceito de violência obstétrica da seguinte forma:

É possível afirmar que a violência na atenção obstétrica corresponde a qualquer ação ou omissão, culposa ou dolosa, praticada por profissionais da saúde, durante as fases pré-natal, parto, puerpério e pós-natal, ou, ainda, em casos de procedimentos abortivos autorizados, que, violando o direito à assistência médica da mulher, implique em abuso, maus-tratos ou desrespeito à autonomia feminina sobre o próprio corpo ou à liberdade de escolha acerca do processo reprodutivo que entender adequado (AZEVEDO, 2015).

A violência Obstétrica pode ser conceituada como uma intervenção institucional indevida, ou seja, os procedimentos são feitos sem a devida consonância do sujeito passivo, violando, portanto, sua autonomia, o seu direito à informação e sua liberdade.

Rachel Teixeira Dias Salles (2015) esclarece que a violência obstétrica é uma série de violências físicas, sexuais e psicológicas pelas quais as mulheres são submetidas em um momento que deveria ser marcado tão somente pela felicidade de dar à luz.

1014

Tendo em vista as mudanças ocorridas ao longo dos anos, onde mulher deixou de seguir suas crenças e devoções e passou a seguir um modelo totalmente científico, voltado exclusivamente para práticas desumanizadas intervencionistas, ou seja, o que era pra ser um momento íntimo, feminino e sagrado passou a ser considerado uma patologia, acarretando, portanto, diversas violações no que diz respeito a dignidade sexual da gestante.

### 3.2 O fim da feminização do parto

O parir e o nascer são eventos fisiológicos e naturais de reprodução da vida e preservação da espécie. Esses eventos sofreram transformações ao longo do tempo, sendo modificados de acordo com os paradigmas socioculturais que influenciam no saber e no desenvolver humano.

Até o final do século XVIII o parto era realizado através de um contexto ritualístico feminino voltado exclusivamente para a mulher em um momento íntimo no próprio leito familiar.

Na cultura social mais antiga, o parto se mantinha como um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades, os cirurgiões-parteiros eram chamados a intervirem, mas essas intervenções eram tão ineficazes quanto às das parteiras e, normalmente, o papel dos mesmos era retirar um feto vivo de sua mãe morta.<sup>9</sup> No fim do século XIX, os obstetras se empenharam para promover as transformações da assistência ao parto, passando a incentivar para que este fosse atendido no ambiente hospitalar, onde eles tinham autonomia e, assim, podiam controlá-lo. (PONTES et al., 2014)

Nesta época a parturição era compreendida como um momento sagrado do nascer humano, sendo assim, no decorrer da evolução do parto a gestante contava com ajuda de uma parteira que a auxiliava tanto no desenvolvimento do parto quanto em seus deveres domésticos.

Ao final do século XIX com as inovações trazidas pelo modelo tecnocrático essas práticas passaram a ser consideradas pouco científicas corroborando com uma mudança drástica neste cenário, que passou a ser desempenhado através de métodos masculinizados, com uma preocupação maior em práticas intervencionistas do que com a real necessidade do corpo materno.

Num contexto cultural mais antigo o parto era desempenhado pelas parteiras e não era considerado um ato médico, sendo assim, quando eventualmente ocorria alguma complicação, contava-se com o auxílio dos cirurgiões parteiros que eram chamados a intervirem no desenvolvimento do parto.

1015

Em determinados contextos a medicina trouxe benefícios satisfatórios tais como a redução da mortalidade materna e perinatal, entretanto, em contrapartida tem-se evidenciado que a medicina científica extrapolou em alguns pontos, uma vez que tirou o desenvolvimento natural e fisiológico do parto e incorporou práticas intervencionistas desnecessárias. Antes da hospitalização do parto, o ato de dar à luz dependia exclusivamente da mulher em trabalho de parto e do conhecimento das parteiras.

Ainda que a terminologia tenha surgido na América Latina apenas nos anos 2000, essa prática vem se consumando há bastante tempo, desde a mecanização do parto que ocorreu em 1990, há aproximadamente 30 anos.

Importante destacar que o parto mecânico e hospitalizado tornou-se algo frequente devido aos avanços tecnológicos e científicos que visam, em tese, facilitar esse processo. Ocorre que tais práticas passaram a ser desumanizadas, uma vez tais práticas demonstram um afronto a aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres.

No Brasil, uma pesquisa feita pelo livro “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado (2013)” relatou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Melhor dizendo, mesmo com tanto progresso em prol da humanização do parto, muitas práticas violentas seguem sendo desempenhada no protocolo médico, embora com a desqualificação de tais condutas pela OMS estudos demonstram que essas praticas são mais rotineiras do que o índice aceitável.

### 3.4 Direito de todas as pessoas gestantes

Durante o período da gestação, parto, pós-parto e abortamento as pessoas gestantes possuem direitos que deverão ser respeitados e assegurados, tanto pelos profissionais da saúde, quanto por qualquer pessoa que esteja participando deste momento.

Nos termos da OMS (2014):

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança. Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.

Para que haja um atendimento integral e de qualidade o Ministério da Saúde criou políticas que garantem a efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos, com a finalidade de que todas as pessoas gestantes conheçam seus direitos para que possam exigí-los e se prevenirem de abusos e desrespeito contra a sua dignidade.

Segundo o autor Diniz (2003), é direito dos usuários dos serviços de saúde receber informações claras, objetivas de fácil compreensão dos diagnósticos realizados e das ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconveniências das medidas diagnósticas e terapêuticas



propostas. Também possuem o direito ao planejamento familiar e ao recebimento de informações como métodos e técnicas para regulação da fecundidade ou prevenção da gravidez.

Mister frisar que muitas são as práticas que violam a dignidade da gestante na hora do parto, porém a falta de informação se tornou o fator preponderante para os altos índices de violência obstétrica. São práticas que estão enraizadas na conduta médica e que na maioria dos casos as vítimas nem sabem que estão tendo seus direitos violados, e, em outros, sentem-se intimidadas a denunciar os abusos e traumas sofridos. Por isso a importância de ao menos exemplificar os atos violentos.

### **3.4.1 Negar o direito ao acompanhante da parturiente e a falta de suporte emocional**

O entendimento extraído da lei 11.108/0 (lei do acompanhante) é que maternidades, hospitais e assemelhados autorizem a presença de um acompanhante prenomeado pela pessoa gestante para que possa acompanhá-la durante todo trabalho de parto e pós-parto, em um período de pelo menos 10 dias. Sendo esta orientação impositiva, englobando não só instituições públicas quanto as instituições privadas.

A companhia é um requisito importante na hora do parto, pois a companhia de alguém de confiança acaba trazendo uma sensação de tranquilidade e com isso impede que possíveis danos psicológicos aconteçam, uma vez que a pessoa gestante se sentirá mais tranquila e segura ao lado de uma pessoa que ela já está familiarizada, desta forma, o parto poderá ser mais curto e menos traumático, evitando uso de medicamentos desnecessários.

Desde 2005 a legislação efetivou a obrigatoriedade o auxílio de um acompanhante no momento do parto, entretanto, mesmo com essa imposição as estatísticas indicam a falta de efetividade desta medida legal.

Um projeto realizado pela Rede cegonha em projeto parceria com o SUS, onde houve a coleta de dados il entre novembro de 2011 e março de 2012 por todo o Brasil, consultando quase 25.000 mulheres. A pesquisa não englobou apenas o acompanhamento durante o parto, mas também fez uma análise do panorama obstétrico brasileiro como um todo.

O instrumento de pesquisa utilizado foi confeccionado pela Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS em conjunto com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS, onde houve a elaboração de 38 perguntas pertinentes à saúde da mulher no

pré-natal, parto, pós-parto e saúde da criança, conjuntamente houve a elaboração de 6 relacionadas a idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, renda familiar e se beneficiária do Programa Bolsa Família).

Após a pesquisa o resultado do estudo concluiu que, cerca de seis anos após o sancionamento da Lei, 62,4% das pessoas entrevistadas declararam que estavam desacompanhadas durante o trabalho de parto. E o principal motivo alertado como causa para este quadro, a pesquisa apontou que 57,3% responderam que o serviço não permitiu a presença do acompanhante e que 14,7% afirmaram que desconheciam seu direito.

### 3.4.2 Protocolos médicos desencorajados pela OMS

Dentre os procedimentos que não possuem encorajamento pela OMS, podemos citar a aplicação de ocitocina, uso intravenoso de soro de hidratação, posição de litotomia para o parto vaginal, entre outros. A princípio não existe uma forma correta de tratamento para pessoa, porém é primordial que seja respeitada a sua vontade do começo ao fim.

É comum que o primeiro procedimento médico feito nas parturientes quando dão entrada no ambiente médico é o recebimento do intravenoso para hidratação, essa assistência facilita a aplicação de outros medicamentos que venham a ser necessários. Entretanto, a utilização do soro intravenoso além de prejudicar a mobilidade da gestante, retarda o relaxamento do corpo.

Sendo assim aplicação venosa acaba sendo uma medida desnecessária em nascimentos que sigam a via natural, mas que, em face do grande número de intervenções praticadas atualmente, sendo a mais comum delas, é o uso de ocitocina sintética.

A ocitocina no parto é utilizada com intuito de promover as contrações uterinas, de forma ritmada, até que o bebê nasça. Quando a mulher entra em trabalho de parto naturalmente, a ocitocina produzida pelo próprio corpo se encarrega deste trabalho. Entretanto, quando é feito o diagnóstico de que o trabalho de parto não está evoluindo como deveria e que essa falta de evolução pode ocasionar riscos reais para o feto, o medicamento pode ser útil para salvar vidas. Entretanto, o quadro atual é de aplicação rotineira de ocitocina sintética como forma de induzir o parto nas mulheres com mais de 41 semanas de gestação.

A realização deste ato é uma forma de violência, já que, causa sofrimento desnecessário a parturiente, sendo realizado apenas por conveniência da equipe para fluir mais rápido o trabalho de parto (CUNHA, 2015). Segundo Filho e Montenegro (2013), a ocitocina acelera o trabalho de parto, aumentando a intensidade e a frequência das contrações uterinas.

Diante do exposto e partindo da premissa que tal medida deveria ser excepcional, sua utilização é um afronto não só aos direitos da gestante e do bebê, mas também um afronto aos princípios éticos da medicina.

De acordo com a pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) o uso de ocitocina é realizado em 38,2% nos partos de baixo risco obstétricos, 33,3% em risco obstétrico e 36,4% em todas as mulheres. Diante os dados, pode-se constatar que o índice do uso da ocitocina é parcialmente alto, demonstrando assim a falta de respeito com a pessoa gestante. No entendimento de Souza (2015) as complicações da indução incluem infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução. São necessárias precauções para que possam ser evitadas complicações maiores, é importante esclarecer à gestante sobre tudo que irá ser feito, seus riscos e benefícios.

### 3.4.3 Restrição alimentar

1019

O entendimento da OMS (1996) diz que a mulher no processo de trabalho de parto gasta energia nas contrações uterinas, levando em conta que é um processo que dura algumas horas. Portanto é indicado a parturiente uma alimentação mais leve, como frutas e cereais, com isso, a gestante além de permanecer hidratada, terá o equilíbrio do líquido que provavelmente será perdido no suor, seguindo tais protocolos poderá enfrentar o trabalho de parto com maior facilidade.

É comum nas instituições de saúde que ocorra restrição hídrica e alimentar no momento do parto. Isso ocorre com o objetivo de preparar a gestante para eventuais procedimentos e anestesia. No entanto, tal procedimento não é baseado em evidências, sendo desnecessário manter as gestantes com fome e sede, já que a porcentagem de cesarianas não eletivas é de apenas 10%.

Referente a um estudo sobre a ingestão hídrica durante o trabalho de parto Cristo et. al (2010) foi relatado ao ser perguntado se as mulheres sentiram sede durante o trabalho de parto,

diante disso foi constatado que 60% das pessoas gestantes mencionaram sentir sede no trabalho de parto. Outra questão é que também existe um estudo sobre a energia despendida no jejum e no aporte calórico, afirma-se que: “A média de energia despendida pelas parturientes que ingeriam mel foi maior que as das parturientes que permaneceram em jejum” (MELO; PERAÇOLI, 2007, p.4).

Diante do exposto, entende-se o quão importante é alimentação para o desenvolvimento do parto, como demonstrado não existe nenhuma contraindicação que inibe essa conduta, por isso é tão importante que a medicina seja baseada em evidências científicas.

#### **3.4.4 Ausência de esclarecimento e permissão da paciente**

No lapso temporal do parto ao pós-parto, inclusive no abortamento, muitos são os procedimentos médicos executados sem a anuência do sujeito ativo do parto. Os profissionais vinculados ao trabalho de parto muitas vezes não informam ou explicam a necessidade e importância de técnicas, que acabam impedindo a/o parturiente ter autonomia sobre seu próprio corpo.

Infelizmente a desinformação acaba retratando esses eventos como normais, ainda que algumas mulheres tentem resguardar seus direitos buscando conhecimento, normalmente <sup>1020</sup> na hora do parto os médicos acabam se colocando como o centro do nascimento, auxiliando no mal-estar da pessoa gestante, desta forma percebe-se que não há um diálogo que permita que as escolhas sejam feitas em conjunto, mas sim uma hierarquia entre as partes.

As complicações da ausência de esclarecimento e permissão da paciente, se tornam um ato violento onde nele existe o desrespeito à mulher pelo fato dos profissionais não se importarem em esclarecer e especificar quais procedimentos são adotados a ela, fazendo com que a maioria das mulheres fiquem reféns e encarem tais procedimentos como normais, e acabem se calando e aceitando-os sem questionamentos (Dossiê da Violência Obstétrica, 2012).

#### **3.4.5 Restrição de posição no parto**

Segundo o entendimento extraído da Portaria 1.067 de 2005, deve-se respeitar a escolha da parturiente, como também as posições e o local do parto. Tendo em vista a particularidade de cada processo do parto, a posição deve ser a mais agradável para a pessoa gestante, tendo em

vista que quanto mais familiarizada com o processo, mais rápido o nascimento irá ocorrer. Por esse motivo, é tão importante que a própria mulher escolha qual a posição que melhor lhe favoreça no decorrer do nascimento.

No entanto, apesar das portarias e estudos garantirem o direito de escolha da mulher, a posição horizontal ainda é a mais utilizada, pois infelizmente o conforto e conveniência médica sempre estarão acima do bem-estar da mulher, considerando que esta posição possibilita ao médico uma melhor visualização da vagina e permite maior manipulação em prováveis intervenções essa posição acaba sendo a mais indicada pelos profissionais.

### 3.4.6 Episiotomia

De acordo com o artigo “Episiotomia: revendo conceitos”, no qual foi divulgado por um conjunto de médicos e professores da área obstétrica e fisioterapeutas do estado de São Paulo, este procedimento foi definido da seguinte forma:

Segundo a OMS (1996), a episiotomia é uma operação ampliadora para acelerar o desprendimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau (incluindo mulheres que tiveram laceração de 3º grau em parto anterior). Já Guariento e Delascio referem que essa cirurgia ampliadora está indicada também para se evitar a compressão prolongada da cabeça, particularmente em prematuros, o que favorece o trauma craniano. Referem, também, que não é só para a cabeça primeira que se praticará a episiotomia, senão também para derradeira, de acordo com o obstáculo à respectiva desenvolvimento.

1021

Observam-se, ainda, muitos outros motivos alegados para se realizar a episiotomia. Rezende ainda considera esse procedimento indispensável nas primiparturientes e nas múltiparas que já foram episiotomizadas. Um levantamento realizado em 2003 em hospitais de onze países (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, República Democrática do Congo, Equador, Índia, Tibet, Uruguai, Venezuela e Zâmbia), revelou que a taxa de episiotomia foi superior a 90% entre as nulíparas.

Igualmente o estudo demonstra que ainda não existe uma consonância de qual é o índice ideal aceitável de episiotomias a serem realizadas, entretanto, recomendação da própria OMS o percentual aceitável é de 10%, ou seja bem longe do que realmente ocorre.

Apesar de ser desencorajada, a episiotomia é tão integralizada na prática médica que acaba sendo ensinada nas faculdade, nas clínicas, mesmo sem o necessário respaldo científico.

Como resultado desta conduta viciada, acaba ocorrendo uso quase unânime de intervenção cirúrgica, com a necessidade de aplicação de anestesia, suturação e ainda com riscos de infecção, onde na realidade deveria esta ocorrendo um processo natural sem necessidade de maiores intervenções.

No mais, além de todos os riscos que nascem com de a prática cirúrgica, uma incisão em uma região íntima da mulher normalmente acaba causando não só danos físicos, mas também na maioria dos casos acaba ocasionando danos psicológicos graves.

No documentário “Violência Obstétrica: a voz das brasileiras”, dentre os diversos depoimentos sobre as experiências vividas no momento do parto, Ana Paula Garcia expressou sua experiência com a episiotomia:

[A episiotomia] me causou durante uns bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou...e [desconforto] psicológico...eu me sentia estranha, eu não gostava que meu marido encostasse naquela região...Então me afetou bastante essa episiotomia. Eu me senti violada, violentada. [...] quando eu leio algum relato de violência sexual, como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo...”

### 3.4.7 Amarrar a grávida e coloca-la num ambiente hostil

1022

Evidentemente, talvez essa seja a prática mais fácil de ser configurada como violência obstétrica, tendo em vista o caráter autoexplicativo da ilicitude.

A princípio esta prática foi familiarizada no âmbito jurídico, á partir de agosto de 2014, onde o Jornal Estadão publicou a notícia de que o estado de São Paulo fora condenado a pagar indenização de R\$50.000,00 (Cinquenta mil reais) a ex-detenta que fora obrigada a permanecer algemada durante o trabalho de parto.

Essa desonra aos direitos reprodutivos e sexuais da gestante erroneamente ocorreu no ano de 2011, com a divulgação pela mídia nacional. Apenas depois da notoriedade do fato, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), órgão do Ministério da Justiça, publicou no Diário Oficial a Resolução nº 3, de junho de 2012, que recomenda a não utilização de algemas ou outros meios de contenção em presos que sejam conduzidos ou

permaneçam em unidades hospitalares, salvo se restar demonstrado a necessidade da sua utilização por razões de segurança, ou para evitar uma fuga, ou frustrar uma resistência.

O caso como o das dententas acaba sendo mais fácil de indentificar como violência obstétrica, tendo em vista que o nascimento de um filho gera na parturiente um estado de angustia e ansiedade, portanto deve ser proporcionado à pessoa gestante um ambiente de relaxamento e segurança, o que corroborará à liberação da ocitocina natural, o chamado hormônio do amor, que irá aumentar as contrações uterinas – e um maior alargamento dos ossos da bacia, facilitando a passagem do bebê.

### 3.5 Legislação sobre violência obtétrica

#### 3.5.1 No Brasil

No brasil não há codificação em lei federal sobre a matéria violência obstétrica, portanto, em decorrência dessa omissão os órgãos como, a Organização Mundial de Saúde (OMS), A Diretoria Colegiada da agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal dispuseram a importância jurídica ao tema através de resoluções pertinentes ao assunto.

1023

Essas resoluções visam não só regulamentar o tema, como também amparar as vítimas e instruir os profissionais da saúde envolvidos de acordo com os Princípios Fundamentais Da Bioética.

Tendo em vista que no Brasil não existe legislação específica que regule a Violência Obstétrica, o judiciário acaba se amparando através de legislações já vigentes, ou seja a violência obstétrica acaba sendo regulamentada mesmo de forma indireta pela constituição federal.

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III – a dignidade da pessoa humana.

Art. 5º- Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

III – tratamento assemelhado à tortura, desumano, e degradante;

X – violação da intimidade e da vida privada;

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

Os atos da violência obstétrica, em sua totalidade são caracterizados como típicos e antijurídicos a exemplo a Lei nº 8.078 de 1990 – Código de Defesa do Consumidor dispõe em seu artigo 14, questões relacionadas à reparação de danos causados em relação à prestação de serviços. In verbis:

Art. 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.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Com o intuito de melhor proteger a pessoa gestante, foi criada a Lei do acompanhante nº 11.108/2005, sendo esta lei que alterou a antiga Lei nº 8.080/90, a alteração ocorreu com para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

1024

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.

Importante destacar que a lei do acompanhante foi devidamente regulamentada à época pela Portaria nº 2.418/2005 do Ministério da Saúde que estabelecia como pós-parto imediato seus efeitos o período que abrange 10 dias após a ocorrência do parto, exceto nos casos onde ocorresse alguma intercorrência médica, nesses casos era autorizado ao prestador de serviços a devida



cobranças pelas despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, e pós-parto imediato, entre essas despesas era incluso o valor referente à acomodação, como também os gastos inerentes as principais refeições.

Em contrapartida a Lei nº 11.634/2007, trata sobre o direito da gestante ser atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), esta Lei garante a pessoa gestante o direito a conhecer e a se familiarizar à maternidade na qual se cederá o seu parto e a qual será atendida. A maternidade a qual a gestante estiver vinculada deverá seguir todos parâmetros básicos para prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, assim como nos casos de inaptidão técnica esta cuidará da transferência segura da gestante. O intuito desta lei é evitar a chamada peregrinação na hora de busca de vagas em hospitais, na qual a pessoa gestante acaba tendo que se deslocar por diversos hospitais até que consiga um atendimento integralizado para o parto, e essa peregrinação é uma das principais causas de morte maternidade.

A Lei nº 13.434/2017, englobou no artigo 292 do Código de Processo Penal um parágrafo único, que trata da utilização de algemas para contenção da parturiente durante os atos hospitalares, vejamos:

Art 292, § Parágrafo único. É vedado o uso de algemas em mulheres grávidas durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o 1025 trabalho de parto, bem como em mulheres durante o período de puerpério imediato. (Redação dada pela Lei nº 13.434, de 2017).

O Decreto nº 8.858/2016 que trata sobre a Lei de Execução Penal também traz em seu artigo 3º disposições que tem como objetivo nortear e proteger a integridade física da parturiente:

Art. 3º A vedação do emprego de algemas em mulheres presas em qualquer unidade do sistema penitenciário nacional durante o trabalho de parto, no trajeto da parturiente entre a unidade prisional e a unidade hospitalar e após o parto, durante o período em que se encontra hospitalizada.

Outra resolução que merece ser pontuada é a CFM nº 2.144/2016 que autoriza as pessoas gestantes a escolherem a cesariana, como também permite a escolha de ter seu parto por meio de cesariana mesmo que não haja indicação médica.

Interessante registrar que nos casos onde a pessoa gestante opte pela cesariana, ocorrerá a formalização da decisão, através de um termo de consentimento livre e esclarecido, realizado

com a utilização de uma linguagem de fácil compreensão, respeitando as características da gestante.

Esta resolução será aplicada nos casos cesariana eletiva em situação de risco habitual, caso haja necessidade de parto por cesárea antes desse prazo a fim de resguardar a vida e a saúde da gestante ou do feto, não há impedimento.

Por todo o exposto, resta evidente que as leis que resguardam os direitos das pessoas gestantes são poucas e também não abrangem todos os direitos que estas possuem.

Pontando, tendo em vista a omissão legislativa em tipificar a conduta através de lei federal acaba desamparando as punições adequadas, uma vez que falta um amparo legislativo para isso.

### 3.6 Responsabilidade penal

Em nosso código Penal possui tipificações que se enquadram indiretamente como violência obstétrica, a título de exemplo, podemos citar o artigo 18 inciso II do referido código, exemplificando nos casos onde o agente da causa aja por imprudência, negligência ou imperícia.

Art. 18 - Diz-se o crime: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. 1026  
(Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

Importante salientar que a imprudência médica ocorre nos casos onde a conduta é praticada sem o devido cuidado, por intempestividade ou precipitação, dentre outras, levando a inercia médica por inobservância das normas, despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos técnicos. Relevante ressaltar a possibilidade de ensejamento da agravante do artigo 61, inciso II, alínea g, e homicídio culposo disposto no art. 121, §3º e §4º ambos do Código Penal:

Art. 61 - São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II- ter o agente cometido o crime: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

g) com abuso de poder ou violação de dever inerente a cargo, ofício, ministério ou profissão.

Art. 121. Matar alguém: § 3º Se o homicídio é culposo: (Vide Lei nº 4.611, de 1965) Pena – detenção, de um a três anos.

Aumento de pena.

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de um terço, se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante.

Poderá incidir eventualmente nesses casos a morte da mulher ou do nascituro, em razão de imperícia, negligência ou imprudência médica, portanto nesses casos poderá ocorrer a observância da regra técnica.

Outro ponto que necessita ser abordado é que o crime de abandono de incapaz previsto no artigo 133 do nosso Código Penal, vejamos:

Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:

Pena - detenção, de seis meses a três anos.

§ 1º - Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º - Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Diante do exposto, insta esclarecer que o referido artigo caracteriza os casos onde há o abandono dos pacientes pelo profissional da saúde, na hora ou após o parto, inclusive nos casos abortamento. Considerando a situação de vulnerabilidade física em que o paciente se encontra, caso haja negligência da prestação do serviço por parte do profissional de saúde.

1027

O artigo 135 do nosso Código penal também poderá ser ensejado nas situações em que não exista a devida assistência a pessoa gestante, podendo ocorrer a majoração da pena nos casos onde a omissão acarrete a lesão corporal grave ou morte.

Todas as condutas citadas, podem ser caracterizadas como erro médico, estes que são definidos como toda forma atípica e inadequada de conduta profissional.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Júlio Camargo de. Precisamos falar sobre a violência obstétrica. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOB O PRISMA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS. Brasília, 2015. Disponível em: <[https://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015\\_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. In: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos: novas questões para o campo da saúde. 2.ed. São Paulo: Fundação Ford, CREMESP, 2003.

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde Genebra. Disponível em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 30 de mai. 2022.

PASCHE, D. F., VILELA, M. E. A., & Martins, C. P. (2010). Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 4(4), 105-117. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PONTES, Monise Gleyce de Araújo. LIMA, Gigliola Marcos Bernado de. FEITOSA, Izayana Pereira. TRIGUEIRO, Janaína Von Sohsten. PARTO NOSSO DE CADA DIA: UM OLHAR SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA.

*Revista Ciência Saúde Nova Esperança*. 2014;12(1):69-78. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

Portal Geledés. Mortalidade materna no Brasil tem raízes no racismo, na falta de pré-natal e 1028 de parto adequado. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/mortalidade-materna-no-brasil-tem-raizes-no-racismo-na-falta-de-pre-natal-e-de-parto-adequado/>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Suppl 1:759-68. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/c4knLrs3Rqg3SxzkyR4QC3j/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SALLES, Rachel Teixeira Dias. Violência obstétrica. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 20, n. 4231, 31 jan. 2015. Disponível em: . Acesso em: 15 maio 2015.

SANFELICE, C. F. de O. Abbud, F. de S. F., Pregnoatto, O. S., Silva, M., Shimo, A. K. K. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene*, 15(2), 362-370. doi: 10.15253/2175- 6783.2014000200022

SANTOS, R. C. S; SOUZA N. F. Violência Institucional Obstétrica No Brasil: Revisão Sistemática. Macapá, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592/rafaelv5n1.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

WOLFF, L. R. & WALDOW, V. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138- 151. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5y44SctJDC9ZMc5bBJbYVZJ/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho. URIBE, Magaly Calderón. NADAL, Ana Hertzog Ramos de. HABIGZANG, Luísa Fernada. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 de mar. 2022.