

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS HUMANOS - o constrangimento da vítima perante a inobservância dos direitos fundamentais da pessoa humana

Letícia Rodrigues Macierinha (IC) e Bruna Soares Angotti Batista de Andrade (Orientadora)

Apoio: PIVIC Mackenzie

Resumo

A violência obstétrica se caracteriza pelo atendimento inadequado e traumatizante no processo de parturição. O constrangimento causado às pacientes pode ocorrer na gestação, parto ou puerpério. Tal inobservância das garantias fundamentais previstas constitucionalmente tem reflexos sociais bastante presentes e ignorados. A capacidade reprodutora não é atribuída às mulheres e, assim, o protagonismo desse evento biossocial é frequentemente transferido para os médicos. Cabe ao ordenamento jurídico e às políticas públicas a prevenção da violência de todas as formas, em especial a aquelas que se manifestam pela dominação ideológica como é o caso da violência obstétrica. O investimento governamental ou privado por vezes não é reflexo de um bom atendimento, visto que esse se dá pela disponibilização de informação e adequação das práticas nas maternidades. O dano causado pela violência obstétrica é psicológico e físico, de modo com que a responsabilidade civil é insuficiente para reparação total da agressão sofrida. Entende-se que a adoção de medidas diversas é a única forma de modificação do cenário atual, tais quais a humanização da medicina, criminalização da violência obstétrica e implementação de políticas públicas relativas aos direitos femininos.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direitos reprodutivos; Direitos das mulheres.

Abstract

The obstetric violence is known by the inadequate and traumatized attendance during the birth process. The embarrassment caused to the patients can occur during gestation or puerperium. Such non-compliance with fundamental guarantees established in the Constitution has current and ignored social impacts. The reproductive capacity is not attributed to women and as consequence the main role of this biosocial event is transferred to doctors. The prevention of any types of violence shall be made by Law and Public policies, especially for those policies identified by ideological domination such as obstetric violence. The Public or private investment in most case is not a result of an adequate attendance, which is caused by providing information and adequate practice in the maternities. The damage caused by obstetric violence is psychologig and physic, therefore civil liability is unable to fully repair the suffered aggression. The only alternative to modify the current situation is to adopt several measures such as medical humanization, criminalization of obstetric violence and to implement Public policies regarding female rights.

Keywords: Obstetric violence. Reproductive rights. Women's rights.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro sofre atualmente com a falta de recursos, profissionais e estrutura para atender a população. Como foi reconhecido por uma pesquisa da consultoria Bloomberg em 2014 (BLOOMBERG, 2014), na qual o Brasil ficou em penúltimo colocado ao disputar com 51 países a respeito da expectativa de vida e o custo da saúde. Esse estudo mostrou que o investimento na área não corresponde, necessariamente, a um bom atendimento, já que o Brasil tem investimentos maiores do que os 12º e 13º colocados, México e Equador respectivamente.

Nesse panorama é que as parturientes sofrem, na gestação, parto e puerpério, a violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro, público ou particular. Embora muitas vezes o recurso exista para o tratamento adequado, as gestantes não têm acesso ao que o Ministério da Saúde redigiu no artigo 2º da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.¹

As questões a respeito da violência obstétrica são em geral dualistas, ou seja, há subordinação de um fator em relação ao outro. A partir disso a pesquisa tem como hipótese que a dependência entre esses elementos leva à supremacia do que é mais poderoso socioeconomicamente, oprimindo o que se subordina.

O cerne dessa pesquisa é analisar se o descumprimento dos direitos fundamentais das gestantes quando ocorre a violência obstétrica é resultado de um desequilíbrio entre o arranjo das relações que envolvem os profissionais e a paciente ou da incoerência e ausência das ações governamentais a respeito da maternidade.

O presente trabalho tem como objetivos verificar se há legislação que trate de forma clara sobre gravidez de modo a evitar a violência obstétrica, analisar se o trauma causado nas vítimas pela violência obstétrica seria reparado com as indenizações possíveis no direito

¹ Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e

VIII toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05.

brasileiro e verificar se a novidade na discussão do tema proposto, ou ainda, a falta de debate se deve ao elevado grau de instrução e privilegio socioeconômico dos agressores.

Referencial teórico

Para entender o conceito de violência obstétrica e como, quando e onde ela se dá é imprescindível fracionar cada fator que constitui a integralidade da ofensa ocorrida na obstetrícia.

Violência obstétrica é aquela que se dá com mulheres em qualquer momento da gestação, leia-se: antes, durante ou depois do parto. Portanto, faz-se necessário entender o que é obstetrícia. Obstetrícia é um ramo da medicina que trata do processo gravídico.

Segundo Marcelo Zugaib (2012. P. 4), durante muito tempo a obstetrícia era sinônimo de “arte de fazer partos” e se resumia nas técnicas extrativas e cirúrgicas. Houve uma grande mudança e hoje em dia considera-se obstetrícia a “especialidade médica eminentemente clínica, com término cirúrgico, que se ocupa com os períodos preconcepcional e gestacional, com o parto e o puerpério.”

No instante em que se faz concreto o conceito de obstetrícia e conseqüentemente seu adjetivo obstétrico(a), surge uma indagação: mas quais atos são considerados violência? Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme publicado no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, violência é:

o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. [...] A inclusão da palavra "poder", além da frase "uso da força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o entendimento convencional de violência de modo a incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações. O "uso do poder" também serve para incluir negligência ou atos de omissão, além de atos violentos mais óbvios de perpetração. Assim, "o uso da força física ou do poder" deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico. (KRUG EG et al., 2002. P. 5)

Maria Cecília de Souza Minayo enuncia que podem existir quatro modalidades de violência: física, psicológica, sexual e negligência.

o termo abuso físico significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem (BRASIL, 2001). (...) A categoria abuso psicológico nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação. (...) O abuso sexual diz respeito ao ato ou ao jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. (...) Negligências, abandonos e privação de cuidados são formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento

necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados. (MINAYO, 2009. P. 38-39)

Ao examinar casos concretos da violência obstétrica é possível observar todas essas formas de abuso perante a vítima. É essa uma das manifestações da pluralidade de fatores nas ações dos agressores e comportamentos das vítimas, compondo um cenário de soluções complexas.

Além disso, a violência obstétrica abrange a inobservância dos direitos fundamentais presentes no texto constitucional, como os aspectos da dignidade da pessoa humana presente no inciso III do art. 1 da CF. Conforme explica Paulo Bonavides em seu Curso de Direito Constitucional, os direitos fundamentais são o fim da realização da humanidade. É através deles que a plenitude da existência em sociedade é alcançada.

a vinculação essencial dos direitos fundamentais à liberdade e à dignidade humana, enquanto valores históricos e filosóficos, nos conduzirá sem óbices ao significado de universalidade inerente a esses direitos como ideal da pessoa humana. A universalidade se manifestou pela primeira vez, qual descoberta do racionalismo francês da Revolução, por ensejo da célebre Declaração dos Direitos do Homem de 1789.(BONAVIDES, 2014, p. 576)

Ou seja, a violência obstétrica representa o descumprimento de princípios constitucionais e, ainda, um retrocesso social, indo na contramão de princípios antigos e já reconhecidos como de liberdade e igualdade que surgiram na revolução francesa.

Conceituaremos nesse trabalho, os direitos da personalidade como especificação dos direitos fundamentais. Os direitos provenientes da personalidade adquirida pelas pessoas com o nascimento, como dito pelo código civil, são aqueles relacionados à dignidade de cada indivíduo considerado em si mesmo, enquanto os direitos de âmbito social e, portanto, mais abrangentes serão chamados de direitos fundamentais ou humanos.

Maria Helena Diniz (2014, p. 135-136) ao avaliar os direitos da personalidade como “absolutos, intransmissíveis, indisponíveis, irrenunciáveis, ilimitados, imprescritíveis, impenhoráveis e inexpropriáveis” nos permite inferir que a flexibilidade de um direito é diretamente ligada à proteção querida pelo legislador ao garanti-lo e as implicações sociais em caso de transgressão. Considerando que a violência contra honra, dignidade e corpo da pessoa humana tem tamanha proteção jurídica é perceptível que traz consigo um constrangimento permanente. Diniz enuncia ainda que “direito da personalidade é o direito da pessoa de defender o que lhe é próprio, como a vida, a identidade, a liberdade, a imagem, a privacidade, a honra etc.”

Em resumo, a definição de violência obstétrica é o constrangimento e o mau tratamento oferecido pelos profissionais da saúde dentro das etapas da gravidez. Para facilitar a compreensão é útil observar a definição adotada pela Venezuela ao promulgar a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência:

Artigo 51. São considerados atos de violência obstétrica aqueles executados por profissionais da saúde:

1. Não atender eficaz, oportuna e devidamente as emergências obstétricas.
2. Obrigar as mulheres a parirem em posição deitada se existirem os meios necessários para realização do parto em pé.
3. Impedir o contato da mãe com o recém nascido sem causa médica justificada, negando a possibilidade de carregar ou amamentar o bebê imediatamente após o nascimento.
4. Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração sem o consentimento voluntário e expresso da mulher.
5. Praticar o parto por via cesárea existindo condições para parto natural, sem obter o consentimento voluntário e expresso da mulher. (VENEZUELA, 2007)

Percebemos através desse trecho da lei que a maior afronta contra a mulher na situação de violência obstétrica é a retirada de protagonismo em atos que são conhecidamente femininos e realizados há séculos sem necessidade de intervenção. Agregar o conhecimento técnico adquirido com a prática da medicina obstétrica e concomitantemente permitir o empoderamento em uma situação tão frágil é resolver os pontos controvertidos entre médicos e pacientes.

Metodologia

A pesquisa desenvolvida teve como método de abordagem o qualitativo. Foram identificados os conceitos relacionados ao tema desenvolvido para se captar o contexto em que a violência ocorre. O objetivo foi encontrar através da pesquisa bibliográfica os fatores para ocorrência do fenômeno analisado. Na realização do projeto, as fontes de dados foram diversificadas e as ideias construídas através dessas variadas linguagens foram fundamentais para elaboração e escrita do texto final. No entanto, foram considerados os conceitos adquiridos por essas fontes apenas na construção do raciocínio a ser defendido no artigo, de maneira literal não há referência a esses documentos por não terem fundamento jurídico que os tornasse relevante na pesquisa.

Resultados e discussão

A humanização do parto: mudança de mentalidade da classe médica versus a busca pelo lucro

Em sentido contrário à violência obstétrica, surge o movimento de humanização do parto. A instrumentalização da gestação e do parto tornou um processo familiar em um processo médico e frio. Com essa mudança surgiram práticas desnecessárias que culminaram na violência obstétrica. Assim, transformar o parto em uma realidade segura como os profissionais da saúde pretendem, mas com o conforto de que as mulheres precisam é o objetivo que deve ser buscado na obstetrícia atual.

O médico obstetra Ricardo Jones, no documentário “O Renascimento do Parto”, retrata a realidade da transição comentada com as seguintes palavras:

pouco tempo atrás a imensa maioria dos bebês nasciam em casa. O fato de que as pessoas vão para um local especificamente construído para atender pessoas doentes, como é um hospital, tem 40 ou 50 anos. E, portanto, é uma coisa muito violenta a transformação de um evento familiar, afetivo, carinho e com pessoas conhecidas e ir para um lugar onde a gente exercia um determinado domínio para um lugar absolutamente estranho, inóspito e com pessoas completamente alheias ao nosso convívio diário, cheio de máquina e que, portanto, é um lugar bastante assustador para grande parte das mulheres.(O RENASCIMENTO, 2013)

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2008), o parto não é tratado unicamente por sua perspectiva fisiológica, pois é um evento biossocial, ou seja, tem função biológica universal inserida numa matriz social específica de cada cultura. Desse modo, é perceptível que os movimentos para humanização do parto sejam pautados não só por fatores médicos. A parturição envolve cenários sociais diversos, porém, o médico é indiscutivelmente o principal agente nas decisões relacionadas a gestação na sociedade atual. Se, diante dessa realidade, o profissional da saúde tem a palavra final, a mudança de atitude ou não tem de ser atribuída a eles. Assim, responsabilizar a classe pela violência praticada não é suficiente para resolução do problema. Trata-se de entender qual o real motivo para não se buscar humanização do parto. Antes de considerar tal atitude como empoderamento feminino há de se falar em política pública para redução de gastos e diminuição dos riscos para mãe e filho durante o parto.

Temos como suposição que a assistência médica voltada aos procedimentos excessivos e desnecessários se justifica pelos valores pagos aos profissionais se comparados à assistência sem intervenção técnica.

Conforme previsão feita pelo Dr. Antonio Celso Nunes Nassif, disponibilizada no site da Associação Médica Cearense², um médico receberia aproximadamente R\$9,47 líquidos por consulta. Infere-se com esse valor baixo que o ganho é obtido com uma alta quantidade de pacientes atendidos por dia. Considerando que uma gestante que não sofre intervenção cirúrgica para dar à luz deve ter um médico de sobreaviso para realizar os procedimentos quando necessário, não há como um médico se planejar para atendê-la. Assim, a maioria dos médicos não deixa de atender as consultas ou cirurgias programadas pois isso significaria empregar mais tempo no atendimento de uma só paciente sem que a remuneração fosse suficientemente compensatória.

Desse modo, poucos médicos veem na mudança de mentalidade uma vantagem e resolvem assistir as pacientes com uma conduta humanizada. A maioria deles consideram a

² Disponível em: <http://www.amc.med.br/?op=paginas&tipo=secao&secao=3&pagina=35>

hipótese, mas não abrem mão do lucro e passam a cobrar, além dos valores recebidos pelo Sistema Único de Saúde ou convênios particulares, taxas para partos naturais, por exemplo. Esse valor não é considerado abusivo se cobrado diretamente ao plano de saúde e não repassado ao médico, conforme publicação no site do IDEC - o Instituto Brasileiro do Direito do Consumidor.

No entanto, a cobrança é, por muitas vezes, repassada aos atendidos. Isso é considerado abusivo e impede que muitas gestantes e puérperas tenham acesso a um atendimento digno e livre de constrangimentos. O baixo poder aquisitivo e a desinformação são impeditivos para um bom tratamento aos envolvidos.

Ainda que o lucro seja a base da sociedade capitalista e a necessidade de sobrevivência esteja fortemente ligada à prática profissional, a medicina deve ser praticada como atividade altruísta em essência. Assim, a busca por uma sistemática médica minimamente invasiva ou traumatizante se afasta da aspiração da classe médica.

A relação entre o despotismo médico e o desconhecimento técnico das pacientes

A capacidade reprodutora é de exclusividade das mulheres. No entanto, atualmente a experiência de parir se mostra amedrontadora para a maioria. Isso se dá porque a parturiente é tratada como o objeto da ação dos profissionais da saúde, enquanto deveria ser sujeito. Fato que se percebe na porcentagem de cesarianas feitas no Brasil que é de 52% enquanto o recomendado pela Organização Mundial da Saúde é de 15%. Carmen Simone Grilo Diniz aborda esse fato em seu artigo “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”: “agora a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino”.(DINIZ, 2005, P.628)

A imutabilidade do pensamento dos profissionais da saúde como mostrado no anteriormente nos faz crer que existe um despotismo da classe médica perante os outros setores da sociedade. O fato desfavorável ao bom atendimento nesse panorama é que as pacientes, na maioria das vezes, desconhecem completamente a técnica ou os conceitos empregados nelas. Como é o caso, por exemplo, da classificação de risco em uma gestação que faz com que um parto cesárea seja indicado ou não para situação específica. Assim, não é possível que a paciente exija seus direitos se não tem possibilidade ao menos de entender o que está acontecendo com seu corpo.

Maria Helena Diniz comenta o artigo 15 do Código Civil em um sentido que não parece ser observado pelos profissionais obstetras:

o profissional da saúde deve, ante o princípio da autonomia, respeitar a vontade do paciente, ou de seu representante, se incapaz. Daí a exigência

do consentimento livre e informado. Imprescindível será a informação detalhada sobre seu estado de saúde e o tratamento a ser seguido, para que tome decisão sobre a terapia a ser empregada. A prática médica, em razão do princípio da beneficência, deve buscar o bem-estar do paciente, evitando, na medida do possível, quaisquer danos e risco de vida. Só se pode usar tratamento ou cirurgia para o bem do enfermo. (DINIZ, 2014, p. 141)

Cabe ao médico participar do processo educacional de pacientes que desconhecem o que está ocorrendo. Não há de se fazer procedimentos, desnecessários ou não, sem a devida explicação ao paciente. Essa prática vai contra o artigo XXI do Código de Ética Médica que diz que:

no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. (CREMESP, 2013)

No entanto, em muitos casos os profissionais agem e prescrevem intervenções sem base científica alguma.

Os pacientes também podem e devem buscar formas de conhecer os processos aos quais estão sendo submetidos. Porém, a falta de material é um dos empecilhos. A violência obstétrica se dá, em partes, pela ausência de conhecimento por parte das vítimas. Qualquer indivíduo se torna vulnerável quando não sabe ao que será submetido. É o caso de um indivíduo que se diz apolítico, mas se submete aos institutos políticos da sociedade em que vive.

Alexandre Lucas Veltroni trata da educação como direito social. Trazer essa noção para os estabelecimentos de saúde é uma forma de garantir aos cidadãos uma maior garantia de efetivação de seus direitos. Educar as vítimas de violência obstétrica a respeito de seus direitos é atitude que desfaz a unilateralidade da relação médico-paciente.

como já dissemos, a educação é um direito social garantido a todos pelo Estado. E, o direito à educação só é possível se os indivíduos tiverem efetivamente direito à liberdade e à igualdade, bem como à dignidade necessária para dela tirarem o devido proveito. Para ter eficácia, a educação pressupõe acesso aos direitos individuais, vez que o respeito à pessoa se encontra na base de todos os direitos. (VELTRONI, 2010, P.12)

A confiança entre o profissional e o indivíduo atendido faz com que o protagonismo no parto seja novamente da mulher. Esse é o papel educacional que todos os envolvidos exercem na desconstrução do paradigma de autoritarismo médico. O conhecimento técnico do médico não é, de forma alguma, desnecessário em nenhum momento da gestação porém, não se esgota dentro do ambiente laboratorial. A experiência feminina em parir também deve ser considerada. É a combinação entre cultura e ciência que torna a obstetrícia justa e pacífica para todos os envolvidos.

A violência obstétrica pode ser considerada violência de gênero?

Simone Grilo Diniz traz uma definição concisa e explicativa de gênero, ao dizer que é a categoria que no âmbito social corresponde ao sexo anatômico e fisiológico das ciências biológicas (DINIZ, 2009).

Relacionar o termo gênero com violência é inevitável quando se trata de um país, como é o caso do Brasil, que no período compreendido entre 2006 e 2013 viu as taxas de homicídio de mulheres subirem em 23 das 27 unidades federativas da nação (WAISELFISZ, 2015).

a violência de gênero consiste em qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. A violência de gênero é uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, em que a subordinação não implica na ausência absoluta de poder. Destacamos aqui que a violência está de mãos dadas com o poder patriarcal e com a educação "machista" perpetuada ao longo dos séculos. (MORERA, 2014, P.56)

Jayme Afonso Caravaca Morera enuncia a relação de poder entre o agressor e a vítima que sofre violência de gênero. No caso da violência obstétrica é explícita a dominação exercida pelo profissional da saúde no atendimento realizado. Essa relação de subordinação da vítima de violência durante a gravidez se dá graças ao conhecimento técnico. O ato de parir é visto como procedimento médico, sendo que durante a maioria do tempo da história humana é a mulher que, cercada apenas de mulheres de seu convívio, foi capaz de realizar tal evento.

Ao se pesquisar um pouco sobre o início das práticas médicas relacionadas à assistência do parto é perceptível que o começo da patologização da gravidez ocorreu em meados do século XIX. Nesse período os homens começaram a adentrar a especialidade médica da obstetrícia e a substituir as parteiras. Ana Paula Vosne Martins enuncia em “Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX” uma faceta dessa tendência.

o conjunto das teses médicas que tratam do parto natural ou do laborioso demonstra uma atitude que poderíamos definir como ‘expectação armada’, ou seja, os instrumentos e as técnicas que permitiam intervir em partos complicados e de risco eram conhecidos e razoavelmente colocados em prática. Mas não houve, por parte das duas mais antigas escolas de obstetrícia do país, uma orientação intervencionista, fundada exclusivamente na crença da supremacia da tecnologia e da destreza do obstetra ou cirurgião. (MARTINS, 2004. p. 194)

Se observada por outro viés é possível entender o fato da entrada de médicos no que antes se dava em ambiente feminino e familiar como uma exposição velada do conceito de misoginia que se instaurou no século XIX. Em outro trecho do mesmo livro, é possível encontrar outra abordagem da autora supracitada:

a ênfase do discurso misógino estava na divisão da espécie humana em dois sexos hierarquicamente desiguais. Diferentemente de Michelet e de outros

defensores da mulher, os misóginos não acreditavam na complementariedade sexual e não viam nenhuma redenção do sexo feminino na maternidade. Esta era entendida como uma função natural, sem nenhum outro tipo de qualificação, a não ser produzir filhos. Se esse pensamento trazia em germe as antigas representações ambíguas sobre a mulher, no contexto do final do século XIX ele tem outro significado: a mulher, ou melhor, tudo que estivesse associado à feminilidade, podia despertar as forças de degeneração. (MARTINS, 2004, P. 51)

Combinando as práticas médicas com o que era doutrinariamente apreciado pelos obstetras da época infere-se que a violência obstétrica carrega até hoje particularidades de violência de gênero por terem sido os processos técnicos desenvolvidos por indivíduos com mentalidade característica da época em que pesquisaram, ou seja, mentalidade misógina e machista.

Surge, posteriormente, para mudar essa mentalidade o feminismo. Margareth Rago descreve o movimento como aquele que denunciou o conservadorismo e a misoginia do pensamento científico do século XIX e meados do XX (RAGO, 1995. P. 16-17).

O que causa espanto é o fato da medicina, enfermagem e ciências médicas não se fundirem com as ciências sociais na luta contra esses conceitos retrógrados. A violência obstétrica se dá em meio a esse cenário, mostrando a indiferença da classe perante as lutas feministas das décadas 1960 e posteriores.

Com esse panorama é que se conclui que as políticas públicas devem envolver diferentes áreas, visto que em alguns casos setores diferentes da sociedade não estão pesquisando sob a mesma ótica. Vale a discussão entre o âmbito médico, sociológico e jurídico para concluir qual visão está atrasada e deve ser transformada para que reflita a sociedade como um todo. Nos parece que em relação ao atendimento de gestantes, parturientes e puérperas a visão dos profissionais ainda é entremeada pela misoginia de séculos passados e que deve ser rapidamente superada para melhoria do serviço e diminuição das aflições sociais enfrentadas pela classe feminina.

Garantias constitucionais e a violência obstétrica

A discussão acerca dos abusos cometidos no processo gestacional pode ser suficientemente embasada por conceitos bastante abrangentes de garantias fundamentais. No entanto, tamanha é a importância do assunto que o legislativo tem por vezes se atentado para a necessidade de criar textos legais taxativos a respeito do tratamento a grávidas ou puérperas.

A lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007 prevê a vinculação prévia da gestante a uma maternidade. No mesmo sentido a lei 11.108 de 7 de abril de 2005 institui a permissão de entrada de um acompanhante junto a parturiente. Esses dispositivos legais exemplificam de modo específico a preocupação do legislador em evitar constrangimentos no atendimento

médico. No entanto, observando a quantidade de relatos de violência entre mulheres que pariram na rede de saúde pública ou privada notamos que a efetividade dessas regras não é grande.

Existem leis de caráter taxativo ou exemplificativo que normatizam o atendimento médico a gestantes e podem ser aplicadas aos casos concretos de violência. No entanto, a eficácia dessas não alcança níveis consideráveis por que a sanção não é trazida no texto legal. A culpa decorrente de erros técnicos ou qualquer outro ato condenável não recai sobre os praticantes de modo com que a situação permaneça impune e o status quo não seja restaurado. Assim, com intuito de reparar e prevenir danos, surge a figura da violência obstétrica tipificada criminalmente no ordenamento jurídico de alguns países, como a já citada Venezuela e a Argentina. Cabe nesse ponto citar o projeto de lei que tramita perante a câmara dos deputados nº7633 de 2014 que define o conceito de violência obstétrica e institui punição para os agentes não só no âmbito civil.

A violência obstétrica se materializa de várias formas no atendimento às gestantes e, da mesma forma, são assimiladas de maneiras diversas por aquelas que sofrem. Por conta disso, a reparação dos danos causados as vítimas deve ser adequada a cada caso concreto.

A obrigação assumida pelo médico ou profissional de saúde no momento do atendimento é de meio. Não há obrigatoriedade na qualidade do resultado obtido com o serviço prestado mas há de se observar que os meios usados foram adequados a situação. Na relação entre médico e paciente, vista como relação de consumo de um serviço pode-se aplicar o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor que enuncia:

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.

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento;

II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

III - a época em que foi fornecido.

§ 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

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

A responsabilidade daqueles que praticam violência obstétrica no direito brasileiro é exclusivamente civil. Em vista disso, ela se limita a condenação a reparação do dano causado. Segundo Oliveira:

os danos morais têm como escopo a proteção à dignidade da pessoa humana, ou seja, qualquer ato que viole a integridade dessa dignidade será passível de uma compensação. Não devemos confundir a dor, o trauma, a vergonha como alvo dos danos morais. Esses são apenas consequências de uma conduta que fere a dignidade da pessoa humana. Nesse passo, pedem-se danos morais não para se reparar a dor, o trauma e etc. Pedem-se os danos morais para que o autor da agressão não o cometa novamente e para que a vítima tenha suavizado os efeitos da agressão.” (OLIVEIRA, 2011. P. 352)

Se houver culpa por parte do responsável técnico na prática da violência obstétrica há de se falar em reparação civil relativa aos danos psíquicos, materiais ou físicos causados. De acordo com Diniz,

como todos os direitos da personalidade são tutelados em cláusula pétrea constitucional, não se extinguem pelo seu não uso, nem seria possível impor prazos para sua aquisição ou defesa. Logo, se a pretensão for indenização civil por dano moral direto em razão de lesão a direito da personalidade (p. ex., integridade física ou psíquica, vida, imagem, liberdade de pensamento etc.), ter-se-á, na nossa opinião, a imprescritibilidade. Mas se a pretensão for a obtenção de reparação civil por dano patrimonial ou dano moral indireto, o prazo prescricional será de três anos (CC, art. 206, § 3º, V). Isto porque a prescrição alcança os efeitos patrimoniais de ações imprescritíveis, como as alusivas às pretensões oriundas de direito da personalidade. (DINIZ, 2014 P. 136)

Ainda que a reparação pecuniária seja uma opção para amenizar os danos os quais as pacientes foram expostas, não é suficiente em alguns casos. Por conta disso, as condutas médicas que não sejam adequadas, em qualquer aspecto, devem ser devidamente analisadas por profissionais da área, pelo governo e pela sociedade em geral para que, caso não representem a necessidade dos atendidos, sejam devidamente punidas quando praticadas.

Conclusão

O constrangimento causado pelo desrespeito às gestantes, parturientes e puérperas é reflexo do sistema de saúde descomprometido com os pacientes. Os direitos garantidos pelo ordenamento jurídico brasileiro são ignorados desde a concepção do indivíduo. Mostra-se de forma discreta a falta de zelo pelas garantias fundamentais, sobretudo quando se tratam de mulheres e crianças.

O respeito das sociedades perante os médicos se mostra como resquício de antigos costumes. A posição de destaque sociopolítica e, por vezes econômica, dos profissionais envolvidos permite com que a prática de atos vexatórios não seja divulgada. Desse modo, a impunidade perante as violações praticadas permite com que as situações não sejam conhecidas por outras mulheres possíveis vítimas dos agressores. Assim, o debate da violência se torna restrito a poucos grupos e a compreensão de que se deve evita-la não é suficientemente difundida, visto que a maioria das pessoas não tem conhecimento sequer que essas práticas constrangedoras podem ser consideradas violência contra mulher.

Com as mesmas dificuldades de enfrentamento que outras formas de violência de gênero, a violência obstétrica tem de ser apresentada a toda a sociedade, como forma de prevenção. Ainda que muitas famílias tenham sofrido os maus de um tratamento degradante no atendimento neonatal, o desconhecimento da possibilidade de responsabilização dos envolvidos traz a sensação de que tal desrespeito é parte do sistema e a aflição dos atendidos é injustificada. Divulgar exemplos de casos de violência obstétrica e os direitos das pacientes para que isso não ocorra é imprescindível. A culpa pelas consequências psíquicas e físicas decorrentes de abusos não será transferida a parte que não a possui se cada agente souber sua função, direitos e deveres no momento da gestação, parto ou puerpério.

A legislação brasileira ao não tipificar criminalmente a conduta considerada doutrinariamente como violência obstétrica mostra-se atrasada e dificulta a reparação de danos. No entanto, ainda assim há a possibilidade de ressarcimento dos prejuízos causados pela violência obstétrica no âmbito civil e penal. O conceito de violência obstétrica engloba atos que configuram crimes, desse modo, ainda que houve previsão legal do crime de violência obstétrica haveriam ações que, consideradas individualmente, seriam outros crimes já tipificados. O que ocorre nesse caso é a desconsideração da conduta do crime mais abrangente para que a condenação não configure *bis in idem*.

As leis brasileiras são suficientes para a responsabilização devida dos sujeitos que praticam a violência obstétrica. A tipificação do crime seria facilitadora para combate à violência, considerando que o conceito seria fechado não haveria possibilidade de discussão se atos praticados dentro de certa situação seriam ou não violência para com a paciente. Restaria apenas a comprovação das atitudes vexatórias e constrangedoras.

Conclui-se, portanto, que a violência obstétrica é presente no cenário brasileiro tanto no sistema privado quanto público por ser fruto de aspectos sociais independentes de investimento no setor de saúde. A violência no processo de parturição se dá, assim como outras formas de violência, por fatores inerentes às concepções de mundo dos envolvidos. Cada profissional tem uma percepção, da mesma forma ocorre com as mulheres. Assim, a

humanização do parto, que busca o uso de técnicas cientificamente comprovadas e o atendimento adequado, é o caminho para solução das controvérsias ainda existentes. A implementação de políticas públicas adequadas no Brasil vem sendo buscada pelo governo, consideramos que para efetividade dessas há de se envolver nas discussões profissionais de saúde, porque são os únicos agentes que decidem diretamente as questões a respeito desse tema.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BLOOMBERG. Most Efficient Health Care 2014: Countries. Disponível: <<http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>> Acesso em: 06/04/2016

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 29ª edição. São Paulo: Malheiros Editores, 2014.

BRASIL. Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/page/2011/portaria_1067_2005_pdf_54704.pdf>

CREMESP. *Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06/04/2016.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro*. 31ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2014. Volume 1: Teoria Geral do Direito Civil.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf> Acesso em: 05/04/2016

KRUG EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>> Acesso em: 05/04/2016

MARTINS, Ana Paula Vosne. Visões do Feminismo: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. [online] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. História e Saúde Collection. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd>>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal a saúde. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Educação à distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009, p. 21-42

MORERA, Jaime Alonso Caravaca. Et al. Violência de gênero: um olhar histórico. *Hist Enf Rev Eletr (HERE)*, V. 5, n. 1, p. 54-66. jan/jul 2014. Disponível em:

<<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo5.pdf> > Acesso em: 05/04/2016

NASSIF, Antonio Celso Nunes. Saúde Suplementar - uma consulta de convênio – você sabe quanto recebe? Disponível em: <http://www.amc.med.br/?op=paginas&tipo=secao&secao=3&pagina=35> Acesso em: 05/04/2016

OLIVEIRA, Leônidas Meireles Mansur Muniz de. Patrimonialização dos direitos da personalidade. *Percurso acadêmico*, v. 1, n. 2 jul./dez.2011. Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2933/4130> > Acesso em: 05/04/2016

O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Roteiro: Erica de Paula. [s.i.]: Masterbrasil, 2013. Son. Color.

RAGO, Margareth. Adeus ao feminismo? Feminismo e (pós)modernidade no Brasil. *Cadernos AEL*, n. 3/4, 1995/1996. Disponível em: < http://www.ael.ifch.unicamp.br/publicacoes_ael/index.php/cadernos_ael/article/viewFile/151/152 > Acesso em: 05/04/2016

VELTRONI, Alexandre Lucas. O Direito à Educação como Condição da Inclusão Social do Idoso no Brasil. *Ensaio sobre Direito Fundamental e a Inclusão Social*. Birigui: Boreal Editora, 2010. p. 1-19

VENEZUELA. Ley Organica Sobre El Derecho de Las Mujeres a Una Vida Libre de la Violencia, nº 38.770, 2007.

WASELFSZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2015: Homicídios de mulheres no Brasil. 1ª Edição. Brasília: 2015. Disponível em: < http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf > Acesso em: 05/04/2016

ZUGAIB, Marcelo. *Obstetrícia*. 2ª edição. Barueri: Manole, 2012.

Contato: lrmacierinha@outlook.com e brunasoaresangotti@gmail.com