

A DOR QUE SILENCIA: O ABUSO SOFRIDO PELAS MULHERES NO CONTEXTO DO PARTO, SUAS CONSEQUÊNCIAS, A RESPONSABILIZAÇÃO E OS MÉTODOS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO

Thais Freitas de Novais Almeida (IC) e Edson Luz Knippel (Orientador)

Apoio: PIBIC Santander

RESUMO

A presente pesquisa busca trazer a concepção da violência obstétrica sob o enfoque de uma das formas de violência de gênero, abordando as práticas consideradas como violentas e relatando as consequências impostas às mulheres vítimas e, como consequência, resultando na importância de considerar a violência como uma das formas de violência contra a mulher, uma vez que encontra perfeita subsunção ao previsto no artigo 5º da Lei Maria da Penha e no trazido pelo artigo 1º da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção Belém do Pará”, além de ressaltar que as pessoas mais marginalizadas pela sociedade são mais suscetíveis a serem vítimas. Uma vez que reconhecida a gravidade da violência obstétrica e a importância de implementação de formas de modo a coibir e erradicar sua ocorrência, se torna necessária a criação de políticas públicas para este fim, em conjunto com a criação de um tipo penal específico para enfrentamento da violência obstétrica, visto que muitas vezes as ocorrências trazem consequências irreparáveis e considerando que a responsabilização pela prática de condutas que caracterizam a violência obstétrica transcende a mera caracterização como erro médico ou como uma violação de contrato estabelecida pelo Código de Defesa do Consumidor, visto que as práticas são dolosas.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Enfrentamento. Criminalização.

ABSTRACT

This research seeks to bring the conception of obstetric violence from the perspective of one of the forms of gender violence, addressing practices considered to be violent and reporting the consequences imposed on women victims and, as a consequence, resulting in the importance of considering violence as a of the forms of violence against women, since it finds perfect subsumption to that provided for in article 5 of the Maria da Penha Law and in that brought by article 1 of the Inter-American Convention to Prevent, Punish and Eradicate Violence against Women, “Convention Belém do Pará”. In addition to pointing out that people most marginalized by society are more susceptible to being victims. Once recognized the seriousness of obstetric violence and the importance of implementing ways to curb and eradicate its occurrence, It is necessary to create public policies for this purpose, together with the creation of a specific criminal type do face the problem obstetric violence, since que

occurrences often have irreparable consequences and considering that the responsibility for the practice of conduct that characterize obstetric violence transcends the mere characterization as a medical error or as a breach of contract established by the Consumer Protection Code, since the practices are intentional.

Keywords: Obstetric violence. Coping. Criminalization.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como intuito trazer à baila a violência obstétrica como forma de violência contra a mulher e, para além disso, como instrumento de estudo no âmbito jurídico.

Isto porque a violência obstétrica é, em apertada síntese, definida como uma série de abusos sofridos pela gestante na conjuntura do trabalho de parto, que envolvem também o desrespeito, os maus-tratos e a negligência por meio das instituições de saúde, representando uma ruptura da confiança entre a paciente e a entidade de saúde, haja vista as circunstâncias de vulnerabilidade em que a mulher se encontra.

A violência, pouco abordada tanto no âmbito médico quanto no âmbito jurídico, é a especialidade com o maior número de denúncias e processos em São Paulo, segundo o Conselho Regional de Medicina. Já o processo, por sua vez, tende a ser demorado, haja vista que os juízes, os promotores e os advogados não se encontram capacitados acerca da situação peculiar em questão, em virtude da escassez de discussões a respeito do assunto.

O presente projeto de pesquisa tem como intuito abordar, no decorrer do estudo, a violência obstétrica sofrida pela mulher antes, durante e depois do parto e a sua relação direta com o Direito Penal Brasileiro, a fim de realizar uma análise interseccional quanto ao dano sofrido pelas vítimas e a responsabilização do corpo médico e do hospital.

Como contribuição esperada, o projeto visa fomentar uma discussão a respeito da violência obstétrica e da responsabilização institucional advinda dos danos causados por esta.

Em virtude da gravidade da violação, é importante fomentar a discussão acerca do tema, principalmente no que tange a responsabilização das instituições de saúde em face ao quadro perturbador ao qual as mulheres são submetidas, a fim de dar visibilidade à recorrência do problema e enfatizar a importância da denúncia, para que, através da elucidação dos procedimentos posteriores à denúncia, as vertentes da violência supracitada sejam de conhecimento comum e que seja buscada sua erradicação.

O objetivo geral da pesquisa é realizar uma análise acerca da violência obstétrica no que tange a responsabilização das instituições de saúde e os métodos utilizados para prevenir e enfrentar sua ocorrência.

A presente pesquisa será desenvolvida por intermédio de um compilado de obras a fim de melhor definição do tema, buscando cumprir com primazia os objetivos supracitados, principalmente no que tange ao estímulo da discussão acerca da violência obstétrica.

A metodologia foi embasada em uma pesquisa descritiva-explorativa, buscando descrever e explicar o problema da violência obstétrica por meio da coleta de dados,

preocupando-se com o porquê dos fatos analisados e com a responsabilização das instituições de saúde, bem como com os métodos de enfrentamento e prevenção à referida violência.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência obstétrica pode ser caracterizada como uma série de abusos físicos e/ou psicológicos aos quais as mulheres são submetidas na circunstância da gravidez, abarcando o antes, o durante e o depois do nascimento.

De acordo com Pulhez (2013, p.1), a violência obstétrica é aquela praticada contra a mulher em ambientes hospitalares no momento do parto, podendo inclusive ser de forma institucional compreendendo “a atuação do profissional de saúde dentro da instituição de atendimento, atrelando, de certa maneira, sua atuação às condições físicas, organizacionais e de recursos da mesma” (Ciello, 2012, p. 51).

As práticas desrespeitosas variam desde não respeitar o plano de parto elaborado pela gestante, negar atendimento à parturiente, proferir ofensas para a mulher no momento do nascimento, proibir um acompanhante, submeter a tratamento degradante, proibir o contato materno após o nascimento, realização de procedimentos sem consentimento da mulher, falta de analgesia e, até mesmo, a realização da manobra de Kristeller, a episiotomia, o ponto do marido e dentre outras hipóteses.

Fato é que os últimos três procedimentos são realizados, em sua maioria, nas gestantes que optam pela realização do parto natural ou normal para o nascimento.

Isto porque a manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero para acelerar o nascimento do bebê, ou seja, empurrar a barriga da gestante sob justificativa de facilitar o nascimento, enquanto a episiotomia tem o fim de alargar os órgãos genitais femininos para facilitar a passagem por meio de uma incisão na região do períneo e, por fim, o ponto do marido, que ocorre em razão da realização da episiotomia ou rompimento natural do períneo, e tem como intuito reparar o corte.

Além das técnicas mencionadas, é imperioso acrescentar que a cesárea desnecessária também é um tipo de violência obstétrica, uma vez que não se trata de um parto, mas sim de intervenção cirúrgica com o fim de extrair a criança do ventre da mãe, submetendo tanto a mãe, quanto o bebê a riscos desnecessários, como hemorragias e infecções, que também podem levar a óbito, especialmente se realizada em estabelecimentos sem infraestrutura básica para atendimento das parturientes.

Nesse interim, importante mencionar que a escolha acerca do método utilizado para o nascimento deve advir da escolha da gestante em parceria com o seu ginecologista, devendo ser observadas as condições físicas e o histórico médico da mulher, a partir de onde deverão ser expostos os malefícios e os benefícios do parto normal e da cesariana.

Deve-se sobrelevar que as circunstâncias da gravidez também refletem e podem alterar a forma de parto escolhida, visto que complicações durante a gestação podem resultar em um nascimento mais delicado e a adaptação na forma escolhida torna-se medida de rigor, com o fim de preservar a vida da parturiente e do nascituro.

Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde recomenda que apenas de 10 a 15% dos nascimentos no país sejam realizados através da intervenção cirúrgica da cesariana¹.

Com o fim de monitorar e classificar a realização de cesáreas em todo o mundo, a Organização, através do auxílio de profissionais da área, elaborou a Classificação de Robson², que classifica as gestantes em um, dentre dez grupos que são exclusivos e inclusivos, e levam em consideração cinco características da gestante: paridade, nulípara ou multípara, com e sem cesárea anterior; início do parto espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto; idade gestacional pré-termo ou termo; apresentação ou situação fetal cefálica, pélvica ou transversa; e, por fim, o número de fetos.

Em que pese a recomendação da Organização Mundial da Saúde no que tange ao índice de cesáreas, no Brasil, no setor privado a proporção de cesarianas é de 88% dos nascimentos, enquanto no setor público, envolvendo serviços próprios do SUS e os contratados do setor privado, as cesarianas chegam a 46% (Fiocruz, 2012, p. 1).

Também na contramão da recomendação, em 23 de agosto de 2019, foi sancionado no estado de São Paulo o Projeto de Lei nº 435/2019, que garante as gestantes a possibilidade de optar pelo nascimento através da intervenção cirúrgica a partir da 39ª semana de gestação, mesmo sem recomendação médica, certo de que outros estados e até mesmo um projeto a nível federal estão em tramitação no mesmo sentido que o aprovado em São Paulo.

¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3#:~:text=Desde%201985%2C%20a%20comunidade%20m%C3%A9dica,desenvolvidos%20como%20naqueles%20em%20desenvolvimento.>> Acesso em 24 jul 2020.

² Idem.

As práticas desrespeitosas e violentas que caracterizam a violência obstétrica ofendem não só o direito à saúde garantido às mulheres, mas também representam transgressão à sua autonomia e integridades física e mental.

De acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, uma em quatro mulheres sofre violência no parto.

As pesquisas como a realizada pela Fundação Perseu Abramo demonstram que a relação de ocorrências de referida violência tem aumentado, abarcando inclusive episódios de violação da privacidade, negligência durante o parto e proibição de saída das gestantes e dos seus recém-nascidos pela inadimplência, além da violência física, dos abusos verbais e das humilhações.

Além disso, a declaração “Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde” da Organização Mundial da Saúde ressalta que as mulheres adolescentes, solteiras, de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, imigrantes e/ou portadoras do vírus do HIV são mais suscetíveis a sofrer com os abusos acima elencados, que, além de danos psicológicos e muitas vezes físicos, também ocasionam no medo de uma futura gestação.

A partir dos resultados da pesquisa mencionada, é possível concluir que, por mais que um número variado de mulheres seja vítima da violência obstétrica, existem mulheres que, caracterizadas pela condição socioeconômica, etnia e idade, são mais suscetíveis a serem vítimas e a sofrer com as consequências dessa violência.

Por essa razão, se torna necessário realizar um recorte da violência obstétrica com enfoque principalmente na condição socioeconômica e na etnia da parturiente, o que culmina no fato de que as pessoas mais marginalizadas e oprimidas pela sociedade também são as que mais são vítimas da violência.

Um exemplo dessa situação mora nas gestantes em situação de rua, que muitas vezes se quer podem escolher permanecer ou não com os filhos após o nascimento, sob o fundamento em um suposto melhor interesse da criança, visto que:

Ainda, estamos diante de uma construção social de que a mulher em situação de rua é usuária de drogas (o que nem sempre se confirma) e, ainda, que a mulher usuária de drogas, especialmente a mulher pobre cujo uso de drogas é associado ao crack, não é capaz de ser mãe (CLÍNICA DE DIREITOS HUMANOS LUIZ GAMA, 2017, p. 48)

Dessa forma, é preferível arrancar a criança do seio familiar biológico do que oferecer infraestrutura para que a mãe possa criar e educar seu filho fora das ruas, uma vez que:

O que verificamos por vezes é que os campos se entrecruzam (destituição do poder familiar x adoção) no sentido de “agilizar” os processos, para poder atender a demanda dos pretendentes à adoção e supostamente ao melhor interesse da criança. (RIOS, 2017, p. 69)

Ainda segundo a declaração “Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde”, os abusos e os tratamentos desrespeitosos sofridos pelas mulheres no contexto do parto viola, além do direito das mulheres ao tratamento respeitoso, o direito à vida, à saúde e à integridade física.

As consequências da violência obstétrica, da mesma maneira que as formas, também possuem resquícios de forma física e mental, não só na parturiente, mas também no nascituro.

Isto porque a violência obstétrica pode resultar em inegáveis danos psicológicos causados à gestante em razão do parto traumático, inclusive afetando sua autonomia com relação ao número de filhos, além da redução ou perda da libido, bem como derivar em consequências físicas, como ossos quebrados em razão da realização da manobra de Kristeller, incontinência urinária, perda dos aparelhos reprodutivos e, até mesmo, resultar na morte da gestante.

Para os bebês, a violência obstétrica é de igual maneira prejudicial, podendo resultar na sua incapacidade física e mental, tornando-o dependente, e, assim como pode ocorrer com a mãe, ocasionar em sua morte, seja ela ainda dentro do útero materno ou após o nascimento em decorrência das práticas aplicadas no parto.

A gravidade da situação demandou que a pauta da violência obstétrica fosse incluída e debatida de forma internacional por intermédio da necessária intervenção da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que promoveu, em 09 de junho de 1994, a Convenção de Belém do Pará, com o fim de debater sobre os direitos da mulher no que tange aos tipos de violência perpetrados.

De acordo com o artigo 1º da Convenção de Belém do Pará “entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.”, com a ratificação realizada pelo Brasil, passamos a contar com dispositivo internacional que caracteriza a “violência que atinge as mulheres pelo simples fato de serem

mulheres e de estarem inseridas em um contexto histórico e cultural permissivo que propícia relações desiguais entre mulheres e homens.” (AGENDE, 2004, p. 13)

A partir de todo o exposto, é incontestável que a violência obstétrica a qual a mulher é submetida no contexto do parto tem subsunção perfeita ao previsto no artigo 1º da Convenção, tendo em vista que as práticas abusivas realizadas pelos profissionais da saúde envolvidos causam sofrimento físico e psicológico à mulher, tendo consequências que muitas vezes levam à óbito.

Apesar de não usar diretamente o termo violência obstétrica, a Convenção de Belém do Pará é explícita no que tange ao objetivo de prevenir, punir e erradicar todo e qualquer tipo de violência contra a mulher, inclusive as ocorridas nos serviços de saúde (artigo 2, “a”).

Transcendendo o disposto na Convenção e partindo do princípio de que a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde e à assistência digna e respeitosa à mulher durante e após a gestação são garantidos pela Constituição Federal, e que o artigo 5º, inciso III do mesmo documento, garante que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, a violência obstétrica representa uma grave violação aos direitos fundamentais reconhecidos em âmbito internacional, visto que as gestantes são submetidas ou privadas de procedimentos que afetam diretamente os princípios supracitados.

Dessa forma, a violência obstétrica não pode ser caracterizada como um mero erro médico do profissional e da instituição de saúde, mas sim como uma forma de violência contra a mulher realizada no contexto do parto, onde, em razão da explosão de hormônios e em consequência do momento, a mulher se encontra mais vulnerável.

A Convenção de Belém do Pará ainda ressalta e escancara que a violência contra a mulher, de modo geral, é ocasionada pelas históricas e demarcadas relações de poder desiguais entre os homens e as mulheres, que, apesar dos incansáveis esforços empreendidos para redução dessa desigualdade, continua se perpetuando, principalmente através de pontos onde não são vistos como reprodução desses comportamentos, como a violência obstétrica e o momento do nascimento.

Imperioso ressaltar que a situação se torna ainda mais agravante quando observada sob o enfoque étnico e econômico, cujas mulheres são mais suscetíveis a sofrer a violência no contexto do parto.

Cediço é que a violência de gênero, de forma sintética, é oriunda exatamente da ideia de superioridade de um gênero em razão de outro, de modo que o inferior deva ser submisso ao superior, através de papéis construídos, impostos e estereotipados pela sociedade.

Por essa razão, os ideais de empoderamento da mulher têm papel fundamental no enfrentamento, prevenção e erradicação da violência de gênero, principalmente levando em consideração que as formas mais sutis dessa violência são normalizadas e aceitas nas sociedades, onde:

Isto está relacionado ao direito da mulher de ter acesso à informação baseada em evidência, privacidade, liberdade de escolher a posição para o trabalho de parto e o parto, direito de ter um acompanhante no parto e apoio social durante o trabalho de parto, direito a um adequado controle da dor e prevenção de dor iatrogênica, bem como direito ao aprendizado de exercícios pélvicos para obter uma vagina “poderosa”³. (CHACHAM; DINIZ, 2006, p. 89).

É nesse cenário que emerge a necessidade da discussão acerca da violência obstétrica sob o óbice da violência de gênero e, mais especificamente, como uma das formas de violência contra a mulher.

Isto porque as práticas abusivas da violência obstétrica estão tão presentes e tão enraizadas na sociedade que o nascimento por meio da intervenção cirúrgica da cesárea é o mais realizado, em detrimento do parto normal, que é visto como algo ruim, como algo que dói e como algo dispensável.

Essa depreciação do parto normal, acaba influenciando diretamente na escolha que deve ser feita pela mulher em conjunto com o seu ginecologista com relação ao plano de parto e a forma do nascimento, usurpando da mulher a autonomia sobre o seu próprio corpo e sobre um momento tão íntimo como o parto.

Ocorre que, essa depreciação acaba por muitas vezes sendo realizada pelo próprio profissional da saúde, conforme estudo de caso realizado por Silva (2014), elencando algumas expressões utilizadas pelo médico:

Agendando a cesárea você pode escolher o dia e a hora do seu parto meu bem! É melhor fazermos cesariana. Pois o parto normal esgarça a vagina e assim você pode preservar suas relações sexuais e dar mais prazer ao seu marido! Vamos fazer cesárea, pois o mundo evoluiu e você não precisa parir feito um animal com desconforto e muita dor. Com a cesárea você não terá nenhum desconforto! (SILVA, 2014, p. 823)

³ O termo “vagina poderosa” se refere à capacidade do tecido da região se distender para o parto e voltar a se contrair, sendo desnecessário o uso de práticas violentas como a episiotomia e, posteriormente, o ponto do marido.

Assim, apesar de legislações como a sancionada em São Paulo em agosto de 2019 supostamente trazerem à baila a autonomia da mulher no momento do parto, é incontestável que é utilizada, ainda que de forma indireta, como ferramenta para fomentar e incentivar a realização do nascimento através da intervenção cirúrgica da cesariana.

Por outra perspectiva, importa mencionar que o disposto no artigo 5º da Lei 1.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, dispõe que a violência doméstica e familiar contra a mulher é configurada com base em qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

Apesar da violência obstétrica não caracterizar uma das formas de violência doméstica e familiar, uma vez que é praticada por pessoa que não integra qualquer relação íntima de afeto da mulher, é incontestável que as ocorrências encontram perfeita subsunção ao previsto no supramencionado artigo.

Isto porque a violência obstétrica, além de ser configurada como uma espécie de violência baseada no gênero, conforme exposto anteriormente, resulta em sofrimento físico, sexual e psicológico da mulher, além de causar lesões e até mesmo a morte, tanto da parturiente, quanto do nascituro.

De tal maneira como a violência doméstica e familiar contra a mulher, a violência obstétrica também pode ocasionar em danos irreparáveis, inclusive levando em consideração que o momento do parto é um momento de maior vulnerabilidade da mulher.

3. OS MÉTODOS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO

A partir de todo o exposto e com sustentáculo na pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado” da Fundação Perseu Abramo, que apontou que uma em cada quatro mulheres é vítima de violência obstétrica, mostra-se de suma importância a adoção de medidas e criação de políticas públicas com o fim de prevenir e enfrentar a violência, visando a sua erradicação.

Primeiramente, é necessário fomentar e incentivar o debate público acerca da violência obstétrica, principalmente considerando-a como uma das diversas formas de violência de gênero contra a mulher, com o intuito de disseminar as informações e pulverizar o conhecimento acerca do assunto, ultrapassando as barreiras étnicas, etárias, culturais e de classe social, com o intuito de informar as mulheres para que elas saibam reconhecer caso sejam, ou tenham sido, vítimas dessa violência.

Adversamente à necessidade de disseminar conhecimento sobre o tema, o Ministério da Saúde, em despacho datado de 03 de maio de 2019, proibiu a utilização do termo “violência obstétrica” em normas e políticas públicas, avaliando que o termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”⁴.

A proibição da utilização do termo feita pelo Ministério da Saúde soa como uma espécie de censura institucional, principalmente observando que o termo é utilizado e difundido pela própria literatura científica, e contraria o próprio posicionamento anterior da pasta, que, além de utilizar o termo, difundia conhecimentos de forma didática acerca da violência obstétrica.

Para além disso, importante mencionar que o posicionamento foi feito pelo Ministério em atendimento a pedido de entidades médicas, sem levar em consideração o sofrimento ao qual as mulheres são submetidas em razão das práticas degradantes da violência obstétrica, o que demonstra a repressão que sofrem as vítimas.

Outro ponto imprescindível para a prevenção e enfrentamento à violência obstétrica reside na necessidade de designação e valorização das verbas da saúde designadas às maternidades, a fim de que todas as unidades de saúde, públicas ou particulares, tenham condições e infraestrutura para garantir à parturiente um parto humanizado.

Necessário sobrelevar que, ao contrário do conhecimento erroneamente difundido, parto humanizado não é sinônimo de parto normal realizado em casa. Todavia, o parto realizado em casa pode ser considerado uma das espécies de parto humanizado.

Isto porque existem dois modelos de parto: o parto horizontal e o parto vertical. Enquanto no parto horizontal, a centralização dos conhecimentos e práticas a serem aplicadas residem nas mãos do médico, idealizando uma hierarquia dentro da sala de parto, onde o médico escolhe a melhor hora para iniciar os procedimentos, quais procedimentos serão realizados e inclusive a posição em que será realizado o parto, no parto vertical é dada à mulher a autonomia do seu próprio parto, podendo ela conduzir da forma que se sinta mais confortável, escolhendo inclusive a posição em que será realizado.

O parto horizontal, também conhecido como parto medicalizado, surgiu a partir do momento em que a evolução da tecnologia e facilitação do atendimento médico fizeram com que os partos, que antes eram realizados em casa, fossem realizados no hospital. Para tanto,

⁴ Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>> Acesso em 26 ago 2020.

foram criados protocolos e métodos de atendimento padrões para realização dos nascimentos.

Todavia, é cediço que cada gestação é única, tal como os corpos femininos, o que vem resultando na inviabilidade do parto medicalizado, uma vez que se torna impossível a criação de modelo único de atendimento, que abarque a necessidade de cada uma das gestantes e respeite o seu plano de parto, sem tratar a situação como algo corriqueiro e padrão.

Nesse cenário de derrocada do parto medicalizado, surge o parto humanizado, representação do parto vertical, representando uma ruptura ao comumente utilizado.

Assim, o parto humanizado consiste no atendimento humanizado à gestante e aos seus familiares desde o momento do pré-natal, com o empoderamento da parturiente para que o parto seja guiado por ela, com intervenção médica apenas em casos estritamente necessários, inclusive tendo o papel de desmistificar a visão tão conhecida e erroneamente difundida sobre o parto normal, para que a gestante conheça os benefícios e malefícios tanto dele, quanto da cesárea, e possa realizar uma escolha segura, pois, conforme ressalta DINIZ, 2005, p. 635:

O termo *humanização* do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudanças nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência

Importante ressaltar que o parto humanizado não representa uma isenção de intervenção médica ou o afastamento das tecnologias desenvolvidas para utilização durante o parto, mas sim uma representação da necessidade de respeito ao momento de escolha da mulher, vista como ponto central do parto, que pode optar ou não pela utilização deste ou daquele procedimento, salvo em casos onde o nascituro ou a parturiente estejam em sofrimento, onde deverão ser implementados os esforços necessários para resguardar a vida de ambos, sempre com o consentimento da gestante e de seus familiares.

A partir da instituição do parto humanizado, surge a figura da doula, que representa uma orientação e assistência à parturiente nos momentos antes, durante e depois do parto, visando preencher a lacuna trazida pela centralização da realização dos partos no hospital,

uma vez que os partos realizados em casa eram acompanhados pelas mulheres mais experientes da família, com o fim de orientar e instruir a nova mãe.

Dessa forma, a função da doula é tornar o ambiente do parto mais confortável e acolhedor, dando dicas sobre posições mais confortáveis, movimentos que possam auxiliar no parto e, inclusive, oferecendo técnicas de conforto à mulher, como técnicas de respiração, relaxamento ou até mesmo massagens, além de ser parte fundamental para o esclarecimento de dúvidas sobre os procedimentos médicos, sobre o que esperar do parto e exercendo uma comunicação entre a mulher e os seus familiares.

Importante sobrelevar que não é necessária formação na área da saúde para ser uma doula, conseqüentemente a figura não realiza nenhum procedimento médico ou clínico, não substitui nenhum membro do corpo médico, não discute nenhum procedimento com a equipe e nem substitui o acompanhante escolhido pela gestante.

O governador do Estado de São Paulo, em 25 de março de 2015, promulgou a Lei nº 15.759, que visa assegurar o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado, elencando um rol de práticas que deveriam ser aplicadas pelas instituições públicas de saúde para realização, ressaltando que “Toda gestante tem direito a receber assistência humanizada durante o parto nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado” (artigo 1º).

A partir do exposto, é incontestável que uma política pública de incentivo ao parto humanizado é uma maneira eficaz para a prevenção à violência obstétrica, razão pela qual mostra-se medida de rigor a sua criação e implementação.

No Brasil, o Hospital Sofia Feldman, localizado em Belo Horizonte/MG e 100% financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é referência no que se refere ao parto humanizado, inclusive realizando palestras a nível nacional para disseminar os conhecimentos acerca do tema com os profissionais de saúde.

Por outra perspectiva, o serviço público realizado pelo hospital, no que tange a realização de palestras, traz à baila outro método importante para a prevenção e enfrentamento à violência obstétrica: a capacitação dos profissionais da saúde, para que possam lidar com a situação e realizar o parto de forma humanizada.

Assim, é importante a implementação de disciplina específica nos cursos relacionados à área da saúde, principalmente com relação aos profissionais que lidam diretamente com a parturiente, como médicos e enfermeiros, para que possam enfrentar a violência obstétrica e humanizar o parto.

4. A TIPIFICAÇÃO COMO FORMA DE PREVENÇÃO

A partir da grave e expressiva situação trazida pelas práticas relacionadas à violência obstétrica é trazida à baila a necessidade de aplicação de políticas públicas que, de forma eficaz e assertiva, combatam a violência.

Isto porque a violência obstétrica transcende a definição de erro médico trazida pelo Código Civil, ou da relação contratual mencionada pelo Código de Defesa do Consumidor, uma vez que o enquadramento dessa violência nestes institutos culmina no pressuposto de que as práticas abusivas que caracterizam a violência ocorram de forma esporádica e aguda, consequentemente diminuindo as suas consequências e atenuando a sua intensidade. Conforme ressaltado por Nogueira e Severi (2016, p. 455):

O enquadramento na legislação sobre responsabilidade civil para a apreciação dos casos de danos e violências sofridas por mulheres durante a assistência ao parto, acaba por permitir aos tribunais de justiça apurarem apenas uma das dimensões dessa questão tão complexa: a ocorrência ou não de danos ocorridos em razão de erro médico ou profissional. A dimensão da violação de direitos sexuais e reprodutivos e outros direitos das mulheres são, comumente, silenciados.

O Código Penal, por sua vez, não possui nenhuma tipificação que trate especificamente da violência praticada pelos profissionais da saúde e das instituições para com as mulheres grávidas, certo de que a circunstância da gravidez apenas é utilizada como qualificadora dos crimes de lesão corporal.

Ocorre que, conforme explicitado durante todo o presente artigo, os danos causados pelas práticas violentas da violência obstétrica são inumeráveis e, muitas vezes, irreparáveis, não encontrando perfeita subsunção apenas nas qualificadoras trazidas ao crime de lesão corporal, quiçá na caracterização por erro médico ou infração a relação contratual trazida pelo Código de Defesa do Consumidor.

Isto porque a violência obstétrica, em geral, é realizada de forma dolosa, ou seja, há a intenção de realizar as práticas, enquanto o erro médico geralmente deriva de culpa, o que culmina na insuficiência da caracterização da violência obstétrica como um simples erro médico.

Nesse cenário, considerando a violência como uma das ramificações da violência contra a mulher e, para além disso, como a representação de uma grande violação aos direitos humanos e ao previsto na Constituição da República Federativa do Brasil, torna-se necessária

a criação e implementação de tipificação penal como forma de prevenir e erradicar a violência obstétrica.

Por mais que o Código Penal esteja inflacionado de tipos penais que são raramente utilizados, é importante ressaltar que a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços públicos e privado”, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, demonstrou que uma a cada quatro mulheres são vítimas da violência obstétrica, o que ressalta que a criação de um tipo penal específico não entraria em desuso.

É importante mencionar que tipificar a violência obstétrica como forma de violência contra a mulher também é uma forma de centralizar o parto na mulher, ressaltando que o momento não deve ser visto apenas sobre a perspectiva do nascituro, mas sim que existe uma mulher, ser individual e humano, cujo corpo não serve apenas para procriar.

Além de possibilitar que a equipe médica e a instituição de saúde sejam responsabilizadas pelas práticas aplicadas no contexto do parto que firam os direitos da mulher, garantidos constitucionalmente e ressaltados pela Convenção de Belém do Pará, a criação de um tipo penal específico para a violência também possibilita que sejam acompanhados os índices de ocorrência da violência e quais as práticas consideradas violentas mais realizadas.

Por outra perspectiva, importante mencionar que o tipo penal por si só não é ferramenta suficiente para coibir e prevenir que as instituições de saúde e o corpo médico realizem práticas degradantes e desumanas nos momentos antes, durante e depois do parto, que colocam em risco a vida da parturiente e do nascituro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por todo o exposto, resta amplamente demonstrada a gravidade das práticas caracterizadoras da violência obstétrica, ressaltando que, apesar de não ser considerada uma das formas de violência doméstica e familiar, a violência obstétrica encontra perfeito enquadramento ao previsto no artigo 5º da Lei Maria da Penha no que tange as ações e consequências que caracterizam a violência contra a mulher, razão pela qual deve ser entendida como uma de suas formas.

Além disso, a ocorrência da violência obstétrica representa incontestes violações aos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal, o que ressalta que deve ser analisada sobre o enfoque de uma das formas de violência contra a mulher, além de representar pela necessidade de análise das ocorrências do ponto de vista público e, para além disso, jurídico.

Como consequência, resta necessária a implementação de tipo penal correspondente à violência obstétrica, levando em consideração as graves consequências trazidas pela prática, com o fim de prevenir e responsabilizar o corpo médico e a instituição de saúde que realizarem as práticas não recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

Para além disso, é inegável que criminalizar a violência obstétrica, por si só, não se mostra medida suficiente para prevenir, erradicar e punir a violência, razão pela qual se mostra necessária a criação de políticas públicas por parte do ente federativo com o mencionado fim, principalmente no que tange a criação de políticas de incentivo ao parto humanizado e a disseminação de informações, de forma didática, sobre o objeto da pesquisa.

6. REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. [S. l.], 25 mar. 2015. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019**. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. [S. l.], 23 ago. 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html#:~:text=Garante%20%C3%A0%20parturiente%20a%20possibilidade,DO%20ESTADO%20DE%20S%C3%83O%20PAULO%3A&text=Artigo%201%C2%BA%20%2D%20A%20parturiente%20tem,ser%20respeitada%20em%20sua%20autonomia>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CIELLO, Cariny. **Violência obstétrica – “parirás com dor”**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 15. ago. 2020.

CLÍNICA DE DIREITOS HUMANOS LUIZ GAMA. **Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo. In: DIAS, Renato Nunes (ed.)**. São Paulo: Lampião, 2017

Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”. 09 jun. 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em 12 ago. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1997.

FIOCRUZ, Instituto. Nascer no Brasil. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>. Acesso 11 ago. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. [S. l.], 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

PULHEZ, Mariana Marques. **A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. Seminário Internacional Fazendo Gênero, n. 10, Florianópolis, 2013.

RIOS, Ariane Goim. **O fio de Ariadne: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas**. 2017.

SILVA, Michelle Gonçalves. **Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras**. Revista Rene. N. 15 (4): 820-8. jul-ago, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3#:~:text=Desde%201985%2C%20a%20comunidade%20m%C3%A9dica,desenvolvidos%20como%20naqueles%20em%20desenvolvimento. Acesso em: 20 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **PREVENÇÃO e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**: 2014. [S. l.], 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 20 ago. 2020.

Contatos: thaisalmeida_@outlook.com.br e edson@knpl.com.br