



OS DIREITOS DA PARTURIENTE NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA¹

NAZÁRIO, Larissa²
HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol³

Resumo: A realização da pesquisa norteou-se pela análise de relatos que demonstravam que as mulheres, na condição de parturiente, podem ser vítimas de violência obstétrica. Ademais, no momento, não há legislação que possa amparar a parturiente em situações específicas, devendo ela valer-se de outros meios para garantir seus direitos. Ato violadores de direito são reconhecidos independente da escolha do parto que a mulher faz, cesáreo ou natural, sendo realizado em hospital público ou particular. A ideia central é defender o direito de escolha da parturiente, além disso, que se criem condições para esclarecimentos. As formas mais constantes de violência obstétrica são identificadas pela falta de conhecimento da parturiente com relação aos procedimentos pelos quais será submetida.

Palavras-Chave: Violência. Obstétrica. Parturiente. Direito. Mulher.

Abstract : Conducting research is guided by the analysis of reports showing that women in the laboring woman's condition, can be victims of obstetric violence. Moreover, at present there is no legislation that can support the mother in specific situations, it should make use of other means to ensure their rights. Acts violators of law are recognized independent of the choice of childbirth that women do, caesarean or natural, being held in public or private hospital. The central idea is to defend the right of choice of the mother, moreover, that conditions are created for clarification. The most constant forms of obstetric violence are identified by the lack of knowledge of the mother regarding the procedures by which it will be submitted.

Key Words: Violence, Obstetric, Parturient, Right, Women.

¹ Artigo desenvolvido como parte do trabalho de conclusão no curso de Graduação em Direito da Universidade de Cruz Alta.

² Acadêmica do curso de Graduação em Direito da Universidade de Cruz Alta; E-mail: larinazario@hotmail.com

³ Mestre em Desenvolvimento pela Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Jurídica em Cidadania, Democracia e Direitos Humanos - GPJUR; Docente da Graduação e Pós Graduação da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. E-mail: fhammarstron@unicruz.edu.br



1 Considerações Iniciais

O cerne do presente artigo é demonstrar que a mulher na condição de parturiente é sujeito de direitos como qualquer pessoa, em qualquer condição. A respectiva pesquisa vem em defesa do direito de escolha e de informação no momento do parto.

Na medida em que se adentra na pesquisa, ou seja, no que se refere à violência obstétrica, bem como os direitos da parturiente, é necessário facultar a importância do assunto em relação à parturiente.

O objetivo da pesquisa desenvolvida, antes de qualquer fundamento, foi um desafio a partir da escolha do tema a ser explorado, uma vez que trata de um evento raramente debatido no meio jurídico.

Por esse modo veio à curiosidade de aprender sobre o tema. Saber o que se denomina violência obstétrica, qual cenário aparecem tais atos que se caracterizam violadores de direito.

Neste aspecto é necessário identificar o que gera um momento traumático, sendo que em inúmeros casos a parturiente não sabe que está sendo vítima de ato violento, ou que está tendo seu direito à informação tolhida. Tal fator foi identificado a partir dos relatos das mulheres que não temeram a vergonha e realmente se identificaram como vítimas.

O objetivo do estudo desempenhado não é classificar que a parturiente deve ter um parto natural, mulheres que optam pela cesárea não são menos corajosas que as outras e ambas podem ser vítimas de violência obstétrica.

A ideia é buscar que seja reconhecido o direito de escolha da parturiente, direito a ter seu acompanhante, direito de não ser lesionada pelas manobras desnecessárias e costumeiras, direito de não ser insultada, direito de não ficar isolada, direito de amamentar seu filho nos primeiros minutos de vida, direito de ter esclarecimento, entre outros.

Outra expectativa é evidenciar que as mulheres, como sujeitos de direito, merecem ser acolhidas, protegidas, amparadas e principalmente esclarecidas sobre o que é melhor fazer para ter no momento do parto segurança, respeito, dignidade, longe de qualquer forma de abuso, coação e desrespeito.



2 Aspectos Sobre Violência Obstétrica

A Constituição Federal garante à mulher os mesmos direitos e deveres dado ao homem, mas apesar da mulher ter conquistado seu espaço diante da sociedade, ainda é vítima das mais variadas formas de violência.

Importante trazer ao diálogo que dentre os direitos conquistados pela mulher, pode-se dizer que se travou uma luta pela busca de garantias e direitos. Uma dessas lutas é contra a violência.

Formas de evitar a violência contra mulher atingem níveis mundiais, deste modo o assunto vem sendo debatido com frequência. No Brasil além de algumas políticas públicas foi criada a Lei Federal nº 11.340/06 intitulada Lei Maria da Penha e acrescentado o inciso VI ao artigo 121, §2º, do Código Penal, denominado o homicídio contra mulher de feminicídio. Além disso, acrescentou-se o §2º-A, onde se explica o enquadramento em tal crime.

No cenário brasileiro ainda faltam legislações específicas, a fim de dar efetividade e maior ênfase aos crimes cometidos contra mulher, os quais muitas vezes não são debatidos ou não possuem reconhecimento judicial porque as mulheres lesadas nem sempre sabem como procurar reparação.

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6).

Além disso, é dever do Estado – Brasil, considerando os tratados que já ratificou, prevenir, punir e erradicar a violência contra mulher. Vejamos o conceito apresentado por Schraiber, 2005 p. 115/117:

A propósito especificamente da violência de gênero a convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, realizada em Belém do Pará. Essa convenção é parte do sistema norte americano de proteção aos direitos humanos e tem importância especial porque possui força de lei interna na Constituição brasileira (Barted & Hermann, 1999). [...]

Artigo 5º - Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos sociais e culturais e contará com a total proteção destes direitos consagrados nos instrumentos internacionais sobre direitos humanos. Os Estados-parte reconheceram que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos. Artigo 6º - O direito de toda mulher a uma vida livre de violência inclui, entre outros:

a) o direito da mulher de ser livre de toda forma de discriminação, e



XVII

Seminário Internacional de Educação no MERCOSUL



www.unicruz.edu.br/mercosul

b) o direito da mulher de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamentos e práticas sociais e culturais baseadas em conceitos de inferioridade ou subordinação.

Ao ratificar essa convenção os países signatários se comprometem a proteger e garantir os referidos direitos e a tomar ações efetivas no combate à violência contra mulher. Esses deveres dos países incluem entre outros:

[...] a. abster-se de ato de violência contra a mulher;

b. estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeita de violência; [...]

Por esse viés a violência obstétrica, além de denominar ato violento praticado contra mulher, é também violação dos Direitos Humanos. A violência obstétrica vem sendo introduzida no cotidiano atual com força maior em mídias sociais, razão pela qual se faz necessário o diálogo sobre o assunto para que medidas de prevenção e informação possam surgir.

Igualmente afirmaram Diniz; Duarte (2004 p. 12) “Defendemos o direito à *escolha informada* por parte da mulher sobre a forma de dar à luz. Na área da saúde, isso constitui um direito humano e um direito reprodutivo”[...].

Neste aspecto, a violência obstétrica fere os Direitos da Mulher, e fere, principalmente, sua integridade pessoal, liberdade e consciência, protegido, inclusive, pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica) de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992, conforme dispõe no art. 7 – direito à liberdade pessoal, art. 12 – direito à liberdade de consciência e art. 17 – direito à proteção da família.

Por conseguinte, a violência obstétrica integra um gênero de violência contemporânea, a qual aborda três fenômenos cruciais para mulher, qual seja a vida, a morte e a sexualidade. O tema diz respeito a toda sociedade, uma vez que o ato de nascer é primordial.

Outrora, antes de o parto migrar para maternidades e hospitais, este era um fenômeno que movia toda família, mas realizado estritamente pelas mulheres, além de ser a parturiente a figura mais importante, capaz de trazer seu filho ao mundo, com auxílio de parteiras e mulheres da família. Atualmente já existem locais que são adeptos das chamadas doulas (mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto).

A entrada dos homens neste ambiente modificou os modelos e paradigmas do parto, a ciência adquiriu segurança, a fim de buscar resultados imediatos, mudou-se, pois, o cenário.



Ao parir em hospitais a mulher passou a ser coadjuvante de seu parto, onde a principal figura é a do médico. Este é entendimento trazido por Jone, no filme “O Renascimento do Parto”.

Corroborando com este entendimento para Nogueira e Lessa (2003 p.31):

O parto hoje é visto, pensado e organizado com este objetivo: facilitar a atuação do obstetra. Passou a ser considerado potencialmente perigoso. Transformou-se num evento médico, deixando de ser encarado como um evento fisiológico e natural, experiência milenar feminina, cujo papel principal é exercido por uma mulher ativa e protagonista. Quem *faz* o parto hoje é o médico obstetra. A parturiente é a *paciente*, que, equivocadamente, chega a ser-lhe grata por ter-lhe ‘dado’ seu filho ‘são e salvo’: salvo dos perigos que um corpo de mãe supostamente trama contra o filho em seu ventre (sic!).

Paralelamente à apropriação do parto pelos médicos, o corpo feminino foi progressivamente depreciado. Com o advento do Cristianismo e com a difusão sistemática de um pensamento misógino, estabeleceu-se uma síntese cultural, que reforça alguns conceitos oriundos da Antiguidade – todos concordantes na desvalorização da mulher e do feminino – e remodela as relações sociais, sexuais e de gênero. [...]

3 – O Parto no Cenário Brasileiro

A propósito, ganhou robustez, principalmente no Brasil, a cultura do parto cesáreo, favorecendo a indústria do nascimento. O parto, de um evento fisiológico, passou a ser um ato cirúrgico, os interesses se interlaçam e torna-se lucrativo.

Em contexto nacional importa-se destacar que o Brasil é mundialmente conhecido pela prática de cesarianas, como preceitua Pulhez (2013, [s.p.]).

No Brasil, 98% dos partos são feitos em hospitais. No que tange à cesariana, o governo brasileiro vem fazendo campanhas para a diminuição das taxas há alguns anos, porém, de acordo com documentos da UNICEF, o país é líder mundial em número de cesarianas por ano: em torno de 50% dos partos são feitos por via cirúrgica, sendo que na rede pública eles totalizam 37% e na rede privada, alcançam 82%. Isto, segundo o que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) – taxa máxima de 15% de partos por cesárea - configuraria uma situação de epidemia. As cesáreas, ainda de acordo com a UNICEF, apenas seriam necessárias diante de indicação de risco para a mãe e/ou para o bebê, e taxas acima dos 15% indicados pela OMS poderiam indicar um uso abusivo desse recurso, aumentando o risco de partos prematuros e de morbidade para mãe e bebê [...]

Na medida em que se analisa o aspecto cirúrgico do parto, a falsa ideia de controle faz crer que é esse o motivo da prática constante de cesariana. As mulheres acreditam que o



parto cesáreo é o mais seguro para ter seu filho, muito embora, a cesariana seja uma intervenção cirúrgica que deve ser adotada quando realmente não há alternativa para parir.

Além disso, evidências científicas afirmam que a medicina se baseia em muitos tipos de pesquisa tendenciosos (Diniz; Duarte, 2004, p.13). No Brasil a mulher passou a crer que a prática da cesariana evita inúmeros desconfortos e sofrimento para parturiente. Isso tudo, decorrente ao atendimento oferecido à parturiente e a prática de procedimentos desnecessários.

Hoje em dia, sabe-se que tal atendimento que deveria garantir privacidade, conforto e segurança à mãe durante o parto. Isso implica que nenhuma intervenção *de rotina* deveria ser realizada, apenas as que fossem indicadas naquele caso. Mas a maioria das maternidades promove-se a chamada cascata de intervenções em todas as mulheres: uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados [...] Do ponto de vista da ciência, o modelo da intervenção de rotina no parto vaginal, já é superado, mas a mudança de assistência, baseada na evidência – em que não se provoque dor desnecessária, facilite o processo fisiológico do parto, respeite o ritmo do corpo feminino e os aspectos psicológicos e sociais do nascimento – ainda encontra grandes obstáculos. [...] A maioria dos profissionais da saúde foi formada no modelo intervencionista, e as instituições e elas ligadas têm sido muito lentas em incorporar essas mudanças. Em virtude da falta de experiência com o novo modelo, muitas vezes eles se sentem inseguros de arriscar uma postura baseada na evidência, acreditando que o modelo intervencionista seja mais eficaz. [...] o parto no século XX foi visto como algo arriscado, desagradável, degradante, repugnante, assustador, uma exposição humilhante dos genitais a estranhos. E mais: um assalto cirúrgico às partes íntimas, uma situação na qual as mulheres se sentiam como “carne no açougue”, como muitas descrevem, ou seja, um pesadelo a ser evitado. O parto foi tratado como uma patologia a ser remediada por meio de uma sequência de intervenções, ou a ser prevenida com uma cesárea. (Diniz; Duarte, 2004, p.16, p.19 p. 121)

Sem destoar do assunto, entende-se que a mulher a fim de prevenir qualquer problema na hora do parto opta por programar uma cesariana como meio seguro e eficaz.

Ocorre que isso não a livra de ser vítima de violência obstétrica, tampouco seu filho.

No Brasil, há uma divisão de acesso a esses recursos que depende mais do tipo de financiamento da assistência, se particular ou público, do que de qualquer outro fator, como a real necessidade da mulher. Em termos gerais, as mulheres que têm convênios e/ou são atendidas por médicos particulares estão sujeitas a uma taxa de cesárea de 70% ou mais, chegando a 90% em certos serviços. Quando estas mulheres insistem em um parto vaginal, quase sempre é “incluída no pacote” uma anestesia peridural. No caso das que usam o Sistema Único de Saúde (SUS), geralmente o único recurso disponível é a anestesia local no períneo para a episiotomia. (Diniz; Duarte, 2004, p.35)

Nota-se que uma gestação dura cerca de 40 semanas, podendo variar; quando se espera pelo parto natural, a gestante identifica que o bebê está pronto para nascer porque entra



em trabalho de parto, no caso da intervenção cesárea esta data é programada com o médico ou agendada na maternidade ou hospital.

Assim, presume-se que o bebê pode nascer, geralmente isso ocorre a partir da 37ª semana, ou seja, o clássico nascimento hospitalar vem se tornando um marco de violência, pois ao nascer nestas condições o bebê pode estar prematuro, necessitar de aspiração, perder o contato com a mãe instantes após o nascimento, **fato caracterizador e violento**, uma vez que tanto a mãe quanto o filho necessitam deste contato inicial. De acordo com estudos realizados pelo IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Cuidados com o Recém Nascido (2009, capítulo 3, [s.p.]).

Deve-se enxugar o RN, envolvê-lo num campo/lençol para evitar a perda de calor e entregá-lo à sua mãe que poderá colocá-lo no peito.

Nesse momento ela poderá observar o bebê e tocá-lo. Dentro de 15 a 30 minutos o bebê começará a tentar encontrar o bico do seio da mãe e deverá ser mantido junto à mãe todo o tempo que ela desejar (dia e noite), sem nenhum horário fixo para a amamentação. A mãe deve ser capaz de participar ativamente dos cuidados com o RN (alojamento conjunto).

Infelizmente a separação mãe e RN ainda é rotina em alguns hospitais e muito esforço tem de ser feito na organização das maternidades para facilitar o aleitamento materno precoce, a aproximação e o apego mãe-filho.

Em alguns casos nem a mãe (que teve de se recuperar de um parto operatório ou de alguma complicação), nem o bebê (que pode precisar de cuidados especiais) podem dispor desse contato precoce. Nesses casos a separação entre mãe-filho deve ser restrita a um período tão breve quanto possível. Tão logo a mãe sintá-se melhor deve-lhe ser permitido e estimulado, junto com o pai, visitas frequentes à unidade neonatal, a fim de capacitá-los a cuidar do bebê.

4 – Situações Violadoras

Segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil. Entre as violências que ocorrem nas maternidades, estão: jejum forçado, isolamento, não permitir acompanhante, restringir a gestante ao leito, para que não se movimente, amarrar a parturiente a maca, utilizar meios farmacológicos sem autorização, induzir o parto, episiotomia, manobra de kristeller (quando a barriga é empurrada), não deixar que a mulher grite ou converse, agressões físicas e humilhações.

Elucidando, existem outros fatores caracterizadores de violência obstétrica, quais sejam: o fato de a mulher ser submetida à intervenção cesárea, ser submetida à tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) de forma inadequada, ter seus braços e pernas amarrados, ficar na posição de supino, quando o parto é normal, ter que ficar horas na sala de recuperação



longe de seu filho. Ainda, sofrer xingamentos, insultos, atos violadores de direitos que se evidenciam tanto no parto vaginal, quanto na cesárea.

Desta feita, entende-se que não é o fato do parto ser cesáreo ou vaginal que a parturiente estará livre de qualquer procedimento ofensivo ou violento.

No mesmo íterim, entende-se que o parto vaginal ou normal como é chamado, no Brasil não é parto natural, considerando as inúmeras intervenções, motivos estes que faz com que as mulheres entendam que o parto cesáreo é mais seguro para ela e para o bebê.

Atualmente as parturientes estão submetidas à realização do parto por meio de formas obsoletas, o que torna o parto um ritual. A escolha do parto cabe à parturiente, o ato de parir é da mulher.

De fato se ela optar pelo parto normal, por exemplo, deve ser natural, nunca induzido com ocitocina sintética, segundo Cunha (2012, p.17) “a ocitocina é um hormônio produzido pelo corpo humano e que provoca contrações uterinas”. As mulheres são capazes de produzir a ocitocina a partir do equilíbrio hormonal consequente do parto.

Existe também a versão sintética utilizada para induzir ou acelerar o parto, procedimento descrito pela Organização Mundial de Saúde como condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.

Além desses tem-se a perfuração da placenta, a prática da episiotomia, a qual se trata de um corte cirúrgico feito no períneo (entre a vagina e ânus) realizado com tesoura ou bisturi, para aumentar a abertura vaginal e facilitar a saída do bebê, o uso de fórceps (pinça ou tenaz de que os cirurgiões se servem nas operações, para extrair corpos estranhos), instrumento cirúrgico empregado em certos partos difíceis: a aplicação de fórceps permite apressar a extração da criança são procedimentos prejudiciais e ineficazes, os quais são frequentemente utilizados.

A parturiente merece ter liberdade de escolher o melhor jeito para amenizar a dor e facilitar o nascimento de seu filho. Não há justificativa para restringir à parturiente quando da melhor forma que encontrou fisicamente para suportar a dor.

Os procedimentos pelos quais a parturiente é submetida podem ser desnecessários ou, ainda, ela pode ser compelida a realizá-los sem consentimento. Como ocorre nos casos de episiotomia, tal procedimento não possui reconhecimento científico e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a restringir o método, prática esta rotineira no século XX. Atualmente existe grande movimento contra a prática da episiotomia.



O movimento feminista afirma a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades e se opõe às condutas médicas feitas "para o seu próprio bem". Reivindica os direitos reprodutivos e sexuais, os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade corporal e à equidade. Esses direitos, quer estejam ou não constituídos legalmente, são compreendidos como reivindicações de justiça, afirmações de que os arranjos sociais de gênero são injustos e devem ser transformados.

Nesse sentido, as condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações ao direito da mulher à sua integridade corporal. A imposição autoritária e não-informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa; [...]

Não há benefícios ao bebê, tampouco à parturiente que vai sofrer com dores no pós-parto, além de haver risco de complicações.

Um estudo conduzido na América Latina entre 1995 e 1998 mostrou que nove entre dez primíparas com parto vaginal hospitalar foram submetidas à episiotomia. No Brasil, a taxa foi de 94,2%. Esta proporção foi semelhante para hospitais públicos e privados, hospitais gerais e de referência, e também para o atendimento por médicos ou obstetizes. Assim, na América Latina, a rotina desnecessária da episiotomia vem desperdiçando cerca de US\$ 134 milhões anualmente, somente com o procedimento, sem contar com os custos adicionais das complicações que dela decorrem. Não há dados oficiais do SUS, mas a episiotomia está incluída no pacote de assistência ao parto como parte do atendimento padrão. (Diniz, Simone Grilo, Chachan, 2006, p.80-91).

Na mesma ótica importante trazer o entendimento de Diniz quando discorreu o resumo intitulado Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina:

O uso indevido da episiotomia e da posterior costura (episiorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes. A episiotomia tem sido indicada para facilitar a saída do bebê, prevenir a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal provocado na passagem do feto pelos genitais no parto normal.

[...]Pode-se calcular o desperdício daquilo que é quantificável, como litros de sangue, dias de incapacidade, prejuízos na amamentação, material cirúrgico ou simplesmente dinheiro público, nesses milhões de episiotomias inúteis realizadas anualmente. Há ainda o imponderável sofrimento físico e emocional da mulher - além da mensagem de que seu corpo é defeituoso e de que ela será sexualmente desprezível se não se submeter a esse ritual, que supostamente lhe devolverá a "condição virginal". [...]

5 – A Parturiente como Sujeito de Direitos

Embora não haja uma legislação específica no Estado do Rio Grande do Sul, pois somente o Estado de São Paulo legislou sobre o assunto, nada impede que a parturiente ingresse com demanda judicial a fim de garantir seus direitos e em caso necessário buscar



reparação. Em matéria nacional existe uma lei que aborda o direito da parturiente, cuja lei enfatiza que ela tem direito a um acompanhante de sua escolha, Lei Federal nº 11.108/05.

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.

A respectiva lei que dá direito a parturiente em ter um acompanhante no momento do parto que nem sempre é cumprido, sendo que a mesma não trouxe em seu bojo mecanismos de punição no caso de descumprimento.

Por este motivo cabe à parturiente recorrer ao Judiciário a fim de que se busque o efetivo cumprimento da lei, bem como meio punitivo.

A mulher enquanto que parturiente vive o apogeu pela chegada de seu filho, de modo que neste momento a grande preocupação é com o bebê que logo chegará ao mundo.

Inúmeras vezes neste momento a parturiente está vulnerável, e quanto mais passiva a parturiente, mais fácil é a prática médica ou da equipe que lhe acompanha. Além disso, facilmente pode ser convencida a aceitar algum procedimento com a justificativa de que sua a vida ou a do filho está em risco, sem ter certeza de que realmente é imprescindível.

Na maioria dos casos a parturiente não identifica que está sendo vítima de violência obstétrica. A hora do parto a deixa em situação vulnerável emocional e fisicamente uma vez que vai atender a todos os comandos a ela dirigidos.

Assim, torna-se difícil para a parturiente identificar que no momento do parto poderá ser vítima de violência obstétrica, nesse momento a única preocupação é com o filho, o ato violento pode ser visível logo após o parto ou um tempo depois e acompanhará a mulher pelo resto de sua vida.

Conclui-se que os partos no Brasil ocorrem de forma costumeira como se os profissionais seguissem uma rotina, podendo classificar como rituais do parto, formas obsoletas e desnecessárias são adotadas até mesmo sem o consentimento da parturiente. Fatos demonstrados nos depoimentos do filme O Renascimento do Parto (2013).

Além disso, existem pesquisas como a da Fundação Perseu Abramo que identificaram que mulheres são vítimas de violência obstétrica, veja-se:



A violência no parto é uma realidade grave no Brasil, conforme atesta pesquisa da Fundação Perseu Abramo que revelou que uma em cada quatro mulheres (25%) declarou já ter sofrido violência no partocôm destaque para exame de toque doloroso (10%); negativa para alívio da dor (10%); não explicação para procedimentos adotados (9%); gritos de profissionais ao ser atendida (9%); negativa de atendimento (8%); e xingamentos ou humilhações (7%). Ainda cerca de uma em cada quatro (23%) ouviu de algum profissional algo como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%). Estas atitudes, dentre outras, caracterizam as diversas formas da violência obstétrica: física, psicológica, institucional, sexual, material (cobranças indevidas), midiática.

Na medida em que a parturiente sofre algum abuso, coação, violência moral ou física ela é vítima de violência obstétrica, daí decorre a necessidade de denunciar, a fim de obter-se uma resposta e posteriormente mecanismos de prevenção, Cunha (2012, p.10) esclarece.

A violência verbal (ameaças, xingamentos e humilhações), o abandono, a falta de privacidade, exames de toque vaginal abusivos, episiotomias de rotina e mutiladoras, separação mãe-bebê, restrições de acompanhante, o uso abusivo de medicamentos, manobra de Kristeller, dentre outras práticas que agridem a parturiente, mostram que a violência contra a mulher extrapola o ambiente doméstico, escopo da Lei Maria da Penha. Enraizada na cultura médica brasileira, a violência institucional contra a mulher em período perinatal é reproduzida nos hospitais, inclusive nos universitários, e apreendida pelos profissionais em formação como algo corriqueiro, cotidiano e normal.

Diante disso, a parturiente deve ser orientada pelo médico, hospital e/ou maternidade, bem como deve existir programa de informação, sobre as condições do seu parto e as respectivas consequências, devendo a parturiente ser esclarecida e interagir sem medo ou frustração com médicos e demais pessoas da equipe, facilitando na identificação de qualquer ato abusivo, violento ou desnecessário.

Na mesma busca expressa Cunha, na denúncia feita à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa – Violência no Parto em Minas Gerais (2012, p.6).

[...] objetivo dar apoio e trocar experiências e informações sobre a gestação, o parto e amamentação, promovendo o protagonismo da mulher em relação ao parto e cuidados com o filho e desmistificar a imagem de parto como um sofrimento para a mulher. É ainda objetivo da rede, divulgar as boas práticas de atenção ao parto recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e comprovadas pela medicina baseada em evidências científicas.

Por isso, torna-se importante que todos os procedimentos realizados no parto sejam registrados no prontuário médico e a parturiente tenha um acompanhante conforme diz a Lei



Federal nº 11.108, de abril de 2005, Lei do acompanhante, inclusive quanto ao esclarecimento e consentimento da mesma nos procedimentos pelos quais ela será submetida.

Assim, o caminho a ser traçado para a caracterização da violência obstétrica encontra-se na possibilidade da parturiente reconhecê-la e denunciá-la, a fim de surgirem medidas decorrentes dos relatos, agindo como abertura para um diálogo sobre o assunto entre um mal que ocorre de forma silenciosa.

No cenário brasileiro violência obstétrica não é crime, como o caso de países como a “Argentina Leis Nacionais nº 25.929 e 26.485 e Venezuela Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência de 19/03/2007”, conforme explanou-se no dossiê “Parirás com dor” (2012, p. 28). Surge um diferente objeto a ser tutelado, o cerne da problemática é que necessitamos de políticas públicas de reconhecimento de atos violentos no momento do parto, e desta forma além de existir assistência como o pré-natal exista também orientação à gestante até o momento do puerpério, garantindo a possibilidade de denunciar e proteger-se.

O direito brasileiro, no entanto, pode amparar à parturiente, na perspectiva da responsabilidade de civil. Se observado qualquer ato violento, consequências e privações de direitos poderá a mulher ingressar com ação indenizatória.

Da análise de caso a caso é que o Poder Judiciário poderá intervir e identificar a possibilidade de reparação. Imperioso esclarecer, com base em exames jurisprudenciais, que o Tribunal de Justiça Gaúcho já decidiu no que se refere à responsabilidade civil com cunho indenizatório a favor de parturientes.

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO. ERRO NA CONTAGEM DA IDADE GESTACIONAL. REALIZAÇÃO DE PARTO PREMATURO EM HOSPITAL QUE NÃO DISPUNHA DE CTI NEONATAL. COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA RECÉM-NASCIDA. MEMBRANA HIALINA. ÓBITO. FALHA NO DEVER DE INFORMAR. DESRESPEITO À AUTONOMIA DA VONTADE. DANO MORAL CONFIGURADO. DEVER DE INDENIZAR. Falha na prestação do serviço médico em razão de erro cometido por obstetra que, ao se equivocar no cálculo da idade gestacional da autora, antecipou o parto, mediante a realização de cesariana, sem considerar os riscos decorrentes do nascimento prematuro do bebê, que veio a falecer em decorrência de complicações respiratórias. Recém-nascido que, em razão da prematuridade, apresentou deficiência respiratória e por isso necessitava de atendimento em CTI neonatal, que não havia no hospital demandado. Necessidade de remoção um dia após o nascimento para outra unidade hospitalar, tendo lá desenvolvido infecções que levaram ao óbito. Ao avaliar que a gestante estava com 39 semanas, a médica antecipou o parto sem considerar a falta de condições de o hospital abrigar recém-nascido que, na realidade, contava com 36 semanas de gestação. Ausência de comprovação de esclarecimentos que deveriam ter sido prestados à autora acerca dos riscos da doença diagnosticada e do nascimento



premature do bebê. Desrespeito à autonomia da vontade, que, aliado à comprovação do erro de avaliação da médica e o nexo de causalidade entre o nascimento prematuro e o óbito do recém-nascido, configuram o dever de indenizar. Responsabilidade objetiva do hospital pela falha do serviço por médico integrante de seu corpo clínico. [...]. DERAM PROVIMENTO À APELAÇÃO. Apelação Cível Nº 70056595937, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: André Luiz Planella Villarinho, Julgado em 14/05/2014.

No caso em apreço, decisão acima o Tribunal de Justiça identificou a falha no atendimento à parturiente, bem como as danosas consequências, restando claro o dever de indenizar, uma vez que restou evidenciado o nascimento prematuro e o óbito do recém-nascido.

APELAÇÃO CÍVEL. AGRAVO RETIDO. RESPONSABILIDADE CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS, MORAIS E ESTÉTICOS. HOSPITAL. PARTO NORMAL. CRIANÇA MUITO GRANDE. AUSÊNCIA DE ANESTESISTA. NÃO REALIZAÇÃO DE CESARIANA. SEQUELAS FUNCIONAIS NA CRIANÇA. DANOS CARACTERIZADOS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Mostrando-se a perícia ortopédica e obstétrica realizada nos autos suficientemente conclusiva para a necessária cognição do feito, desnecessária a realização de novas perícias. Agravo retido desprovido. 2. O conjunto fático-probatório da demanda apontou que as sequelas resultantes na criança concebida no nosocômio demandado foram decorrentes da indevida realização de parto normal, haja vista que se tratava de feto grande, não tendo o hospital efetuado o procedimento de cesariana por falta de anestesista de plantão. 3. Tendo a pessoa que recebeu a citação se apresentado como representante legal do ora recorrente, inviável o afastamento da revelia, ainda mais que posteriormente ao ato citatório o nosocômio nada manifestou quanto a suposto defeito ou vício de citação. 4. Danos materiais (tratamentos médicos), morais e estéticos mantidos nos mesmos valores em que fixados pela sentença. 5. A justa remuneração do advogado vem ao encontro da sua indispensabilidade à administração da Justiça, conforme o art. 133 da CF e como tal há de ser considerada. Verba honorária mantida. RECURSOS DESPROVIDOS. Apelação Cível Nº 70037514452, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Iris Helena Medeiros Nogueira, Julgado em 25/08/2010.

Corroborando com o entendimento neste caso de indenização pelos danos materiais, morais e estéticos, nota-se que é da análise de cada pressuposto que parte a premissa para possível indenização, ao passo que são muitos os casos que podem classificar-se como violadores de direitos das parturientes.

RESPONSABILIDADE CIVIL. NEGLIGÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR. PARALISIA OBSTÉTRICA. LESÃO CAUSADA NO MOMENTO DO PARTO. FALTA DE CUIDADOS E ACOMPANHAMENTO MÉDICO INDISPENSÁVEIS APÓS O DIAGNÓSTICO. DEVER DE INDENIZAR EXISTENTE. 1. PRELIMINAR DE NULIDADE DA SENTENÇA. Rejeito a preliminar de nulidade de sentença por cerceamento de defesa, com base no art. 243, parte final do CPC. 2. DO REGIME DE RESPONSABILIDADE. A responsabilidade do estabelecimento médico-hospitalar, mesmo sendo objetiva, depende da comprovação de que houve efetivamente uma falha na prestação de seus serviços. E isso ocorre pela prova da atuação culposa do médico ou de algum outro preposto do hospital. 3. DO CASO



CONCRETO. A prova pericial revelou que houve negligência dos prepostos do hospital que prestaram atendimento ao autor, por ocasião de seu nascimento. Após o parto, foi feito o diagnóstico de paralisia obstétrica decorrente de lesão no plexo braquial. Essa lesão, se não for adequadamente tratada desde o início da vida do bebê, faz com que a pessoa sofra restrições motoras nos membros superiores. No caso dos autos, a negligência vem introduzida justamente pela circunstância de que os prepostos do hospital fizeram o diagnóstico da lesão logo após o parto, porém, deram alta ao bebê, sem enfatizar e informar sobre a indispensabilidade de acompanhamento médico e outras medidas terapêuticas necessárias. Hoje, anos após a lesão havida no parto, a vítima apresenta restrição irreversível nos membros superiores. Daí a caracterização do ato ilícito civil. 4. Mantido o julgamento de parcial procedência do pedido indenizatório. PRELIMINAR REJEITADA. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. Apelação Cível Nº 70037514452, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Iris Helena Medeiros Nogueira, Julgado em 25/08/2010.

Na decisão analisada tem-se que os direitos violados atingiram não só a parturiente, mas como seu filho de forma irreversível, decorrente de atendimento negligente.

O respectivo referencial busca demonstrar que são muitas e conhecidas as violências que a mulher já enfrentou e enfrenta, neste caso a violência obstétrica. Atualmente o caminho é denunciar.

Assim, declina-se o foco para outros gêneros de violência para melhor compreender como está inserido em nossa sociedade.

No entanto, a análise que proponho aqui não vai na direção de compreender as questões jurídicas que podem emergir para o caso de uma eventual criminalização da “violência obstétrica” no Brasil. Diferentemente, proponho pensá-la de acordo com a definição de Debert & Gregori sobre a noção de violência contraposta à de crime: “Crime implica a tipificação de abusos, a definição das circunstâncias envolvidas nos conflitos e a resolução destes no plano jurídico. Violência [...] implica reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflituosas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos” (PULHEZ, p.176).

Ao final é ponderoso considerar trechos dos depoimentos colhidos na obra *Mulheres Contam o Parto*, Nogueira; Lessa, os quais retratam situações que violaram direitos, que caracterizam violência obstétrica. Veja-se:

[...] Fui para o hospital como vaca para o matadouro (já ouvi isso em algum lugar). Senti-me impotente, incapaz e terrivelmente triste. Antes da anestesia, cheguei a sugerir para meu médico de parto normal. Ele prontamente discordou e disse que, se eu quisesse isso, que procurasse outro médico, pois não assumiria os riscos. Deitei-me naquela cama me sentindo a última das criaturas.

Para completar, passei mal “pra caramba” por causa da anestesia. Minha pressão baixou muito por causa do peso da barriga. Fiquei anestesiada não só da barriga para baixo, mas também com formigamento nos dedos e nos lábios, mal conseguia falar, não percebia muito o que passava a minha volta. De uma certa maneira, meu cérebro foi anestesiado também, talvez para não sentir toda a frustração de um momento como aquele.



Minha filha foi tirada de mim, e o máximo que consegui ter de “humanização” do parto foi quando o anestesista tirou o campo cirúrgico para eu ver minha filha sendo retirada da minha barriga.

[...] Queria ir para o quarto, ver minha filha, mas a enfermeira disse que só sairia dali quando conseguisse levantar o quadril, sinal de que o efeito da anestesia já teria passado. Jeane e Ruby são nomes fictícios. p.95.

[...] Chegando lá depois de toda aquela burocracia, me deram um sabonete e indicaram o chuveiro. Tentei argumentar que tinha acabado de tomar banho em casa, mas foi em vão... Após o banho me alcançaram uma camisola, daquelas que, para não ficar com a bunda de fora, a gente tem que segurar o tempo todo, e raspam meus pêlos. A médica finalmente chegou. Perguntei quando Guga (o marido) vinha ficar comigo, coisa que havíamos combinado previamente. Ela me disse que eu tinha que falar com o anestesista. Isso me deu um misto de raiva e desespero, estava frágil e comecei a chorar outra vez.[...] Nando nasceu saudável, medindo 46 centímetros e pesando 2,820 quilos. [...] Guga acompanhou todos os exames de rotina em uma sala à parte, enquanto minha barriga era costurada. Nando voltou um tempo depois, já todo vestido e enrolado, foi colocado no meu peito. Não pude tocá-lo porque ainda estava amarrada. [...] O pediatra pingou nitrato de prata nos olhinhos dele, disse-nos que era apenas um colírio para limpeza. Esse procedimento rotineiro causou uma inflamação que durou quase três meses. Fernanda Zimmermann, 32 anos. p.84,85,86.

A impressão que tive na minha gravidez e na hora do parto é que “parto normal” deveria ser chamado de “parto excepcional”. Ao contrário das fêmeas vivíparas em geral, as fêmeas humanas pareciam incapacitadas para o parto. Digo isso, porque fui submetida ao parto cesáreo por motivos diversos, como por exemplo a falta de dilatação (que é o mais comum). Liliana Silveira Santos Silva, 29 anos. p.103.

Dos trechos citados pode-se perceber que a parturiente em decorrência do estado em que se encontra está movida por imensa emoção, a situação de vulnerabilidade é gritante. Medidas de segurança podem ser adotadas se a parturiente estiver orientada com um plano de parto e não a mercê de uma situação desconhecida, atrelada ao roteiro dos partos no Brasil.

6 – Considerações Finais

Ao longo dos tempos a mulher vem buscando seu espaço e marcando sua importância para sociedade em geral em todos os níveis. Como exemplos, pode-se citar o direito ao voto, o reconhecimento e igualdade profissional, o auxílio e muitas vezes o sustento do lar, etc.

Entretanto, mesmo buscando direitos e rompendo barreiras a mulher não deixou de atuar nos cenários femininos já existentes, tais como esposa, mãe, filha, dona de casa, etc.

Por sua vez, o tema abordado vem de encontro à parca existência de recurso jurídico encontrado na legislação nacional, demonstrando a necessidade de legislação específica a fim de esclarecer a parturiente de seus direitos, bem como mecanismos de prevenção à violência obstétrica.



Dessa forma é necessário orientação, não só para a mulher, enquanto que gestante que logo se tornará parturiente, mas dos profissionais que a acompanham e possuem o dever juramentado de zelar pela vida.

Há que se observar a sociedade como um único nível social, sendo a parturiente orientada independente se irá parir em hospital público ou particular, se vai para uma maternidade ou para uma banheira, seja ela de qualquer raça, cor, classe social ou religião.

Outrossim, imperioso destacar que o objetivo da pesquisa não é defender que as mulheres devem deixar de optar pelo parto cesáreo e aderirem a forma natural de parto. A ideia é defender o direito de escolha da parturiente, merece ela ser esclarecida e respeitada.

Conclui-se que o enorme índice de cesarianas se dá pelo fato do parto natural sofrer inúmeras intervenções, as quais causam sofrimento, tanto a parturiente, quanto ao filho. Ocorre que o fato de ser submetida à cirurgia cesariana não a livra de ser vítima de violência obstétrica.

Referências

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. Lei nº 11.108/05. Lei do Acompanhante. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 02/11/2014.

Convenção Americana de Direitos Humanos Pacto de San Jose da Costa Rica de 22/11/1969.

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose>. Acesso em 03 out 2014.



CUNHA, Eliane, na denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa – Violência no Parto em Minas Gerais, 2012, p.6, 10, 17. Disponível em www.abenfomg.com.br/site/aequivos/.../40_violência-parto-minas.pdf. Acesso em 10/10/2014.

DE PAULA, Érica; CHOUVET, Eduardo – Filme – O Renascimento do Parto I.

DINIZ, Simone Grilo, CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2006; I (1): 80-91. Disponível em www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhml/80-91.pdf Acesso em 10/10/2014.

_____ DINIZ Simone Grilo; DUARTE Ana Cristina – **Parto Normal ou Cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)** p.12, 127. Editora Unesp 2004.

_____DINIZ Simone Grilo; Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina. Disponível em <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>. Acesso em 01/06/2015.

Dicionário online português. Disponível em <http://dicio.com.br/forceps>. Acesso em 21/09/2014.

Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa - Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012, p. 28-29. Disponível em <http://partodoprincipio.blogspot.com.br/2013/06/cpmi-sobreviolencia-contr-mulher.html>. Acesso em 02/11/2014.

Doulas do Brasil. Disponível em <http://www.doulas.com.br>. Acesso em 04/11/2014.

Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMPI), 2009. Cuidados com o recém nascido, capítulo 3. Disponível em www.imip.org.br. Acesso em 12/10/2014.



JONE, Ricardo, *in* filme **O Renascimento do Parto de Érica de Paula e Eduardo Chouvet**, 2013.

NOGUEIRA Adriana Tanese, LESSA Ciça, **Mulheres Contam o Parto**, p. 31/103. Editora Itália Nova, São Paulo – 2003.

PULHEZ, Mariana Marques, A “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. Disponível em www.fazendogenero.ufsc.br. Acesso em 21/09/2014.

RIO GRANDE DO SUL – Tribunal de Justiça. Apelação Cível Nº 70056595937, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: André Luiz Planella Villarinho, Julgado em 14/05/2014.

_____.Tribunal de Justiça. Apelação Cível Nº 70056595937, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: André Luiz Planella Villarinho, Julgado em 14/05/2014.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação Cível Nº 70046937942, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Gelson Rolim Stocker, Julgado em 29/08/2012.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação Cível Nº 70037514452, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Iris Helena Medeiros Nogueira, Julgado em 25/08/2010. Apelação Cível Nº 70046937942, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Gelson Rolim Stocker, Julgado em 29/08/2012.

_____.Tribunal de Justiça. Apelação Cível Nº 70037514452, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Iris Helena Medeiros Nogueira, Julgado em 25/08/2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima - **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. Editora UNESP, 2005. Capítulo 5.