

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O DIREITO DE ESCOLHA, INFORMAÇÃO E TRATAMENTO DIGNO DA PARTURIENTE

OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: THE RIGHT TO CHOICE, INFORMATION, AND DIGNIFIED TREATMENT OF PARTURIENT WOMEN

Sharma, Narddie Navindra Benitah¹
Sharma, Nataniely Santa Brígida Benitah²
Monteiro, Elane Botelho³

1 Discente do 10º semestre do curso de Direito da Faculdade Escola Superior Madre Celeste - ESMAC.

2 Discente do 10º semestre do curso de Direito da Faculdade Escola Superior Madre Celeste - ESMAC.

3 Docente do curso de Direito da Faculdade Escola Superior Madre Celeste - ESMAC. Doutoranda em Ambiente e Desenvolvimento (UNIVATES). Mestra em Sistemas Ambientais Sustentáveis pela Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES). Especialista em Português Jurídico (Faculdade UNYLEYA). Especialista em Educação a Distância (FAMART). Especialista em Direito do Trabalho (Universidade Cândido Mendes). Especialista em Processo do Trabalho, Processo Civil, Processo Constitucional e Processo Penal (Faculdade Maurício de Nassau). Bacharela em Direito (ESMAC). Pedagoga (FAFIT). Licenciatura em Letras com Habilitação em Língua Portuguesa e Inglesa (Universidade Anhanguera). E-mail: elane.monteiro@esmac.edu.br.

RESUMO

Propõe-se, no presente artigo, uma análise acerca da prática de violência obstétrica no Brasil, sobretudo na falta de conhecimento da população sobre os procedimentos recomendados durante a assistência à parturiente e a carência de legislação específica para punir aquele que pratica o ato violento. O cerne da pesquisa está no direito à escolha e à informação da mulher durante e depois da gestação, de modo a coibir práticas violentas que podem ocasionar danos irreversíveis à sua vida, do bebê e à sua família. Por isso, a violência obstétrica constitui um caso de saúde pública e flagrante violação de direitos humanos que deve ser tratado com mais sensibilidade pelas autoridades públicas, a fim de resguardar os direitos constitucionais da mulher. Padecendo de regulamentação específica que penalize civilmente os profissionais de saúde e instituições que cometam a prática de

violência obstétrica, por se tratar de uma violência que fere física e psicologicamente a parturiente, expõe a mãe e o bebê ao risco de morte, indo de encontro às recomendações de órgãos de saúde que pregam pela promoção de cuidado humanizado na hora do parto, com o intuito de resguardar os direitos constitucionais da mulher. Adotou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica que consistiu na revisão literária relacionada à temática abordada, através de consulta a legislação brasileira, artigos acadêmicos, sites de instituições públicas, como Ministério da Saúde e Ministério Público, além de organizações filantrópicas, entre outras.

Palavras-chave: Dignidade da mulher. Direitos humanos. Parto humanizado. Parturiente. Violência Obstétrica.

ABSTRACT

This article proposes an analysis of the practice of obstetric violence in Brazil, particularly regarding the population's lack of knowledge about recommended procedures during childbirth care and the absence of specific legislation to punish those who engage in such violent practices. The study focuses on women's rights to informed choice and access to information during and after pregnancy, aiming to prevent violent practices that may cause irreversible harm to the woman, the newborn, and their family. Obstetric violence constitutes a public health issue and a clear violation of human rights that should be addressed more sensitively by public authorities in order to safeguard women's constitutional rights. The lack of specific regulations imposing civil liability on healthcare professionals and institutions that commit obstetric violence remains a significant concern, as such practices can inflict physical and psychological harm on parturients, expose both mother and child to the risk of death, and contradict the recommendations of health organizations that advocate for humanized childbirth care. The study adopts a bibliographic research methodology, consisting of a literature review on the topic through consultation of Brazilian legislation, academic articles, websites of public institutions such as the Ministry of Health and the Public Prosecutor's Office, as well as philanthropic organizations and other relevant sources.

Keywords: Women's dignity; Human rights; Humanized childbirth; Parturient; Obstetric violence.

INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica se mostra como um tema contemporâneo e de grande valor social, destacando-se enquanto violador de Direitos Humanos e como violência de gênero, haja vista que o parto é a forma de manutenção da vida humana, portanto diz respeito a toda sociedade, sobretudo a mulher e ao bebê que são os protagonistas dessa experiência biológica única. Conforme o Dossiê “Parirás com Dor”, disponibilizado no site do Senado Federal¹.

Segundo o documento “Diretrizes de atenção à gestante”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2015², a proporção social que este tema tem ganhado, nos últimos anos, fez com que várias mulheres revelassem as experiências negativas que tiveram na assistência ao parto no Brasil. O resultado disso foram criações de políticas públicas, a fim de proporcionar à gestante um tratamento digno.

O tema será explorado a partir do seu conceito, com procedimento de coleta de dados bibliográficos baseado em doutrinas e na legislação brasileira com autores renomados, assim como profissionais da saúde. De modo a se fazer compreender as diferentes bases que compõem a violência obstétrica no Brasil.

Nesta pesquisa, serão demonstradas as aplicações legislativas e políticas públicas em alguns estados brasileiros, embora não haja legislação específica acerca da responsabilidade civil ou penal e ainda seja um tema raramente debatido no meio jurídico. Sendo utilizada para o desenvolvimento da pesquisa a metodologia qualitativa, essencialmente bibliográfica e documental.

A análise será apresentada em cinco partes: no primeiro momento será conceituado e brevemente explanado o contexto histórico no Brasil, além de evidenciar as circunstâncias elementares em que se configuram a prática de violência obstétrica, na segunda, consequências a saúde psíquica da mulher, na terceira, o papel dos profissionais de saúde na assistência ao parto, na quarta políticas públicas no âmbito do Estado Brasileiro e ao final, o tratamento jurídico brasileiro no âmbito da violência obstétrica.

O objetivo geral da pesquisa é demonstrar a necessidade de previsão específica na legislação brasileira, a fim de coibir a prática de violência obstétrica no país. Os objetivos específicos serão: conceituar violência obstétrica, apontar os tipos de violação aos direitos da parturiente, demonstrar como o tema é tratado pelo governo brasileiro e analisar a legislação atual com relação ao tema.

DESENVOLVIMENTO

Conceito, tipos de violência obstétrica e breve histórico que deu visibilidade ao tema no Brasil.

O parto faz parte de um evento fisiológico natural da mulher, que requer intervenção médica somente em casos específicos. No período de gestação a mulher passa por oscilações de sentimentos que muitas vezes a impedem de reconhecer qualquer violência que possa ocorrer pelos profissionais de saúde, esta condição associada à falta de conhecimento quanto aos procedimentos que podem ser realizados tornam muitas mulheres vítimas de violência obstétrica no Brasil. Conforme o Dossiê “Parirás com Dor”, disponibilizado no site do Senado Federal¹.

Consoante cartilha disponibilizada pelo Estado do Mato Grosso do Sul³, a violência obstétrica é todo ato que atinge diretamente a mulher e pode ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto. De modo que desrespeite a sua autonomia, o seu corpo e os seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas.

Alguns exemplos de violência obstétrica são: xingamentos, humilhações, comentários constrangedores em razão da cor, da raça, da etnia, da religião, da idade, da classe social, do número de filhos etc.; episiotomia sem necessidade, sem anestesia ou sem informar à mulher; ocitocina sem necessidade; manobra de Kristeller; raspagem dos pelos pubianos; amarrar a mulher durante o parto ou impedi-la de se movimentar; não permitir que a mulher escolha sua posição de parto, obrigando-a a parir deitada com a barriga para cima e pernas levantadas; impedir a mulher de se alimentar e beber água durante o trabalho de parto;

toques realizados muitas vezes, por mais de uma pessoa, sem o esclarecimento e consentimento da mulher; entre outros.

O dossiê preparado pela CPMI da violência contra as mulheres, publicado no site do Senado Federal¹, aborda que com o decorrer dos anos, o parto e a assistência ao parto sofreram uma série de mudanças, passando de um evento natural, domiciliar, estrito a família a um procedimento cirúrgico, hospitalar; da parturiente pessoa a objeto, em outras palavras, a gestante passou a ser aquela pessoa que pouco ou nada decide acerca do parto.

Essas transformações se deram em virtude de uma série de fatores, os mais marcantes são: o advento da tecnologia e entrada dos homens na obstetrícia.

Segundo o programa de humanização do parto, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014⁴, a visão de que o momento de parir é doloroso, desconfortável e que os procedimentos utilizados são necessários e não violentos foi impregnada nas crenças sociais como algo normal, necessário à sobrevivência da mãe e do bebê, o que faz com que muitas mulheres optam pela cesariana imaginando que correrão menos riscos.

A violência Obstétrica, embora esteja mais presente na vida de mulheres pobres, negras e de baixa renda, que dependem da rede pública, alcança mulheres de todas as classes sociais. As que detêm disposição e conhecimento buscam os seus direitos, mas a maioria silencia diante da falta de conhecimento, do descaso e do medo. Foi o que especialistas ouvidos pela comissão especial sobre violência obstétrica afirmaram em audiência pública ocorrida em 19/04/2023 na Câmara dos Deputados, em Brasília⁵.

A falta de conhecimento da população sobre o que caracteriza a violência obstétrica e quais atos são recomendados para maior proteção da parturiente e da criança fez com que muitas mulheres deixassem de denunciar o tratamento desumano recebido.

Além disso, segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo uma a cada 4 mulheres sofrem violência obstétrica durante o parto normal, ou seja, o ato violento ocorre ao mesmo tempo em que a mulher está fragilizada, vivendo um misto de emoções com a chegada do bebê, o que pode impedi-la de identificar qualquer ato praticado contra ela ou até mesmo depois provar a ilegalidade que houve. Outras mulheres, por sua vez, escolhem não falar, esconder com medo ou vergonha do que aconteceu.

Quando uma criança nasce a felicidade que consome a vida dos pais e da família é tamanha, para muitos até a realização de um sonho, que viver esse momento se torna mais importante que noticiar alguma violência cometida durante o processo, se torna mais fácil simplesmente esquecer.

Segundo Scabora (s.d.)⁷, no artigo “Traumas do Parto”:

Para que a mulher e a família se sentissem mais seguros e conseguissem identificar o ato violento praticado antes, durante e depois do parto seria necessário um acompanhamento mais minucioso de pré-natal com as orientações adequadas quanto aos seus direitos e esclarecimento dos procedimentos a serem realizados, garantindo à mulher autonomia sobre o seu estado gravídico e não dando o direito de escolha ao médico, com exceção aos casos em que haja riscos reais a vida da mulher e do bebê.

Segundo Diniz (s.d.)⁸, no site SciELO, no Brasil o marco importante que deu visibilidade ao tema ocorreu em 1993 com a carta de fundação da rede pela humanização do parto e do nascimento (REHUNA), nela conteve uma série de denúncias relacionadas a assistência ao parto no Brasil, relatos que se mostraram violadores dos direitos das mulheres e dos bebês.

Em 2000, surgiram na América Latina movimentos sociais em prol de partos humanizados que foram ganhando força e visibilidade. A expressão Violência Obstétrica, por sua vez, foi criada pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, médico Rogélio Perez D’ Gregório, ficando conhecida mundialmente em 2010, após a publicação no Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) demorou a reconhecer o termo violência obstétrica como violação de Direitos Humanos Fundamentais, ocorrendo somente em 2014⁹, a declaração afirmava de que no mundo inteiro mulheres sofrem com abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto em Instituições de saúde e que as mulheres negras, solteiras e com baixo poder aquisitivo estão mais propensas a sofrerem com a violência. O Ministério da Saúde, em posicionamento oficial, por meio do Despacho do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, publicado em 03 de maio de 2019¹⁰ orientou que o termo “violência obstétrica” teria conotação inadequada, não agregaria valor e

prejudicaria a busca do cuidado humanizado na relação gestação- parto- puerpério. Ressaltou, ainda, que estratégias estavam sendo fortalecidas com a finalidade de abolição do termo. Conforme trecho do Despacho que segue:

[...] Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano. Esforços institucionais são empreendidos por este Ministério da Saúde com a implementação de uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros, na busca de qualificar a atenção ao parto e nascimento, necessitando fortalecer parcerias em um processo multidisciplinar. Nessa perspectiva, têm-se intensificado esforços de aproximação com a academia, conselhos de especialidades e sociedades científicas para discussões ampliadas.

Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

Esse posicionamento causou polêmica, ao ponto de a Ordem dos Advogados do Brasil, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos e o Ministério Público Federal (MPF), entre outros órgãos, manifestarem imediatamente discordância. Após inúmeras críticas sobre o uso do termo, o Ministério Público Federal, em 07 de maio de 2019¹¹, através de Despacho editado pela procuradora da República Ana Carolina Previtalli, responsável por um inquérito civil público com quase 2000 páginas e 40 anexos com relatos de denúncia de violência obstétrica em maternidades e hospitais de todo o país, requereu que o Ministério da Saúde se abstivesse de realizar ações voltadas a abolir o uso da expressão violência obstétrica e que, em vez disso, tomasse medidas para coibir tais práticas agressivas e maus tratos.

Além disso, requereu ao Ministério da Saúde que esclarecesse por meio de nota que o termo “violência obstétrica” é uma expressão já consagrada em documentos científicos, legais e empregado comumente pela sociedade civil, que a expressão poderia ser usada por

profissionais de saúde, independentemente de outros termos de preferência do Governo Federal.

Em resposta, o Ministério da Saúde reconheceu a legitimidade do uso do termo, no entanto permaneceu com a Decisão de não usá-lo em suas normas e políticas públicas.

Esta declaração foi de grande relevância para que o assunto ganhasse proporção no País e logo movimentos expressivos por parte dos governos locais no sentido de coibir o tratamento desumano da gestante passaram a surgir.

Consequências à saúde psíquica da vítima de violência obstétrica

Uma situação preocupante são as consequências que essa experiência negativa pode trazer a saúde psíquica da vítima, segundo Scabora (s.d.)⁷:

A violência obstétrica é o maior fator de risco para a depressão pós-parto. Uma série de estudos evidenciam associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte recebido pela gestante durante o parto. Entre os principais sintomas da depressão pós-parto estão: irritação, tristeza, cansaço excessivo, muito medo, ansiedade e insônia antes, durante e principalmente depois do parto.

Também podem desenvolver sintomas ligados aos distúrbios de ansiedade em decorrência da experiência negativa como o transtorno por estresse pós-traumático (TEPT), fobias relacionadas ao evento traumático (medo de médico, aversão a hospitais), distúrbios alimentares como compulsão ou perda de apetite, distúrbios do sono, sintomas psicossomáticos (problemas de pele, cabelo ou digestivos, o mais comum é a gastrite) compromete a qualidade da vida sexual; em decorrência dos cortes na região pélvica é comum sentir dores, algumas mulheres sentem pontadas e desconforto durante o ato sexual, problemas com autoestima devido ao constrangimento em relação às cicatrizes, e de ordem social; deprimida e despotencializada ela recorre ao isolamento.

Portanto, a experiência violenta do parto pode ocasionar traumas que podem acompanhar a mulher pelo resto de sua vida, influenciando na sua qualidade de vida e saúde psicológica. A gravidez passa a ser vista como algo desagradável que trará dor, sobretudo no momento do parto, fazendo com que a mulher tenha receio de engravidar e passar por momentos violentos aos quais farão com que ela nunca mais possa ter uma vida normal.

O papel dos profissionais de saúde e instituições na assistência ao parto

De acordo com o Ministério da Saúde¹², a assistência ao parto inicia-se com o pré-natal, esse período é marcado pelo acolhimento da gestante, investigação da vida intrauterina, acompanhamento do desenvolvimento fetal, detecção de possíveis patologias e prevenção a complicações. Para que ocorra um pré-natal de qualidade, é necessário um conjunto de recursos, tais como: Recursos Humanos, área física adequada, equipamentos e instrumentos mínimos, apoio laboratorial, material para registro, processamento, análise de dados e medicamentos.

O profissional de saúde seja enfermeiro(a) ou o(a) obstetra possui um papel de grande relevância para uma boa qualidade no atendimento à gestante durante todo o período gravídico. Cabe ao profissional de saúde orientar as gestantes sobre os cuidados relativos a cada fase da gravidez e sobre a garantia de seus direitos. Além de prestar uma assistência humanizada e de qualidade durante todo estado gravídico.

Pesquisa realizada no curso de enfermagem da UNICEPLAC, em 2019, aponta que o fator predominante a ocorrência de violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, com um percentual de 36,38%, é a falta de comunicação e aprimoramento em seus estudos relacionados à medicina. Os profissionais deveriam estar atualizados, mas os estudos mostram que os profissionais não se comunicam entre si e não buscam mais conhecimentos sobre suas áreas, não se adaptam às mudanças e isto se reflete no trabalho de cada profissional.

Na mesma pesquisa, os profissionais foram ouvidos e se queixaram da carência de profissionais de saúde diante da grande demanda e quantidade de programas do governo. A equipe multiprofissional afirma que se torna difícil atender a grande demanda de programas implantados pelo Ministério da Saúde diante do número insuficiente de profissionais, o que faz com que não seja prestado um serviço de qualidade à população.

Quanto às instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas, deve-se proporcionar, além do atendimento e estrutura física de qualidade, um ambiente acolhedor, pois um local mais acolhedor e acessível para realização de práticas corretas ao parto

humanizado oferece um apoio emocional à parturiente e a família, facilita o laço afetivo entre mãe e filho, diminuindo casos de depressão pós-parto Souza et al. (2018)¹³.

De acordo com a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde¹², para que a gestante possa ter uma atenção de qualidade durante o período de pré-natal, deverão ser fornecidos pelo serviço de saúde: o cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo; o calendário de vacinas e suas orientações; a solicitação de exames de rotina; as orientações sobre a sua participação nas atividades educativas – reuniões em grupo e visitas domiciliares; o agendamento de consulta médica para pesquisa de fatores de risco.

Esses problemas estruturais e de atendimento se tornam ainda mais graves quando se refere a instituições públicas de saúde, conseqüentemente, a parcela da população que mais padece é a de baixa renda que depende do sistema médico público. Conforme aduz Diniz et al. (2006)¹⁴:

O atendimento no SUS, se aproxima mais do parto fisiológico, muitas vezes sendo usados métodos desnecessários que aumentam a possibilidade de mortalidade dessas mulheres. É na rede pública que as mulheres, em sua maioria pobres e negras, tendem a receber a episiotomia (procedimento cirúrgico usado para fazer uma abertura vaginal). Em 94,2% dos partos vaginais hospitalares no Brasil, entre 1995 e 1998, foram realizadas episiotomias, sendo que a OMS recomenda uma taxa de somente 15% a 30% desse procedimento.” (DINIZ E CHACHAM, 2006: 85).

A falta de acesso a tratamento adequado é uma das formas que marcam a violência obstétrica, além do descaso e a falta de qualidade de um atendimento ético e humanizado. No entanto, enquanto as políticas públicas não forem viabilizadas financeiramente e através de monitoramento e fiscalização pelos órgãos responsáveis, enquanto não houver um envolvimento efetivo por partes dos governos e instituições, as leis e recomendações são surtirão os efeitos almejados.

O art. 12º do Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002¹⁵, trata acerca dos direitos das mulheres, todavia não determina fiscalização específica por parte dos governos. Vejamos:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar,

em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1o, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactação.

A violência obstétrica permanece invisibilizada perante a sociedade e ainda obscura na agenda governamental, embora nos últimos tempos tenha havido um apelo social significativo sobre o tema é necessário uma maior conscientização da população voltada ao parto humanizado e a busca pelos direitos fundamentais da mulher.

Políticas públicas no âmbito do estado brasileiro no sentido de coibir a prática de violência obstétrica

Conforme o artigo Mulheres Brasileiras e Gêneros nos Espaços Públicos, da Fundação Perseu Abramo⁶, atualmente, é possível observar uma sensibilidade maior sobre o tema nos governos e municípios pelo Brasil. Como por exemplo: o Estado de Santa Catarina que editou a Lei 17.097, de 17 de janeiro de 2017, o Estado de São Paulo que tem o Projeto de Lei 1.130, de 2017, o Rio de Janeiro que editou Lei Ordinária 6898 2021, Araucária PR que editou Lei Ordinária 3556 2019, o Estado de Tocantins que editou lei Nº 3385 DE 27/07/2018, entre outros.

No Estado do Pará, o Município de Parauapebas editou, recentemente, a Lei Ordinária 5061/2021. Estas localidades, mesmo com a falta de lei federal específica, tomaram a iniciativa de tentar coibir a violência obstétrica de forma mais efetiva.

No que se refere a nível federal, a fundação destaca que não existe lei federal que tipifique a violência obstétrica, existem projetos de lei, quais sejam, os projetos de lei 7.633/2014 (de autoria do deputado Jean Wyllys), 8.219/17 (de autoria do deputado Francisco Floriano) e 7.867/17 (de autoria da deputada Jô Moraes), em trâmite no Congresso Nacional, que tratam sobre o tema criando diretrizes e princípios inerentes aos direitos da parturiente, pré-parto e puerpério, na busca pela erradicação da violência obstétrica.

Ademais, alguns órgãos criaram resoluções que buscam regulamentar as questões relacionadas ao assunto, bem como orientar os procedimentos que devem ser adotados, quais são: A organização Mundial de Saúde (OMS), A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁶.

Embora, o Governo Federal ainda tenha atuado de forma tímida com políticas públicas que possam combater os casos de violência obstétrica pelo Brasil, uma importante iniciativa foi o programa HumanizaSUS, criado pelo Ministério da Saúde, em seu volume 4, no ano de 2014⁴, foi todo dedicado a Humanização do parto e do nascimento, deu enfoque a saúde reprodutiva, buscou elevar os direitos das mulheres ao acesso à saúde de modo a rever o modelo obstétrico utilizado. Foi pautado na importância de uma participação mais efetiva da mulher com acesso à informações quanto ao seu planejamento de parto(plano de parto) e poder de decisão.

No entanto, essa ampliação ao acesso não atuou de forma conjunta com a melhoria no atendimento nas redes públicas, haja vista que as condições estruturais ainda são muito precárias, tornando difícil a aplicação do programa HumanizaSUS na rotina dos hospitais públicos. O que inviabilizou o resultado que o governo almejava com o programa, qual seja, a diminuição dos partos cesarianos, a formação humanizada dos profissionais de saúde, até a redução ou o fim da violência obstétrica.

Ao longo dos últimos anos, houve uma diminuição na quantidade de partos cesarianos, mas o Brasil continua sendo um dos países com maior quantidade de cesarianas realizada. Segundo pesquisa, dos 287.166 partos realizados através de planos de saúde privados em 2019, 84,76% foram por cesariana, já dos partos realizados na rede pública de saúde 45% ocorreram por meio de cesarianas. O dado consta no Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal, atualizado em 11/08/2021, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁷.

Essa quantidade é bem superior à recomendada pela OMS, que é de 10% a 15%. Outros dados importantes disponibilizados pela mesma agência são que 56,71% das cesáreas foram realizadas antes do início do trabalho de parto. Para a ANS, é um dado que aponta para um cenário preocupante. "Segundo resolução do Conselho Federal de Medicina

(CFM), uma cirurgia cesariana antes do início do trabalho de parto deveria acontecer apenas depois das 39 semanas de gestação", diz a agência em nota.

De acordo com a ANS, o bebê está pronto para nascer com 40 a 42 semanas. O maior percentual de cesáreas (37,29%) ocorreu em mulheres com idade gestacional entre 37 e 38 semanas. "Bebês nascidos abaixo de 39 semanas têm mais chances de apresentar incapacidade de manutenção da temperatura corporal, imaturidade pulmonar e maior dificuldade de sucção do leite materno", acrescenta a nota.

A ANS observa que as informações disponibilizadas ainda não permitem avaliar possíveis impactos da pandemia de covid-19, pois nem todas as bases de dados usadas para alimentá-lo abarcam o período de 2020 e 2021. A última atualização havia ocorrido em dezembro de 2019, quando o painel foi criado. Na ocasião, os dados sobre os partos abarcavam até os anos de 2017 e de 2018. Não houve uma variabilidade significativa nos percentuais. Em 2018, 85,24% dos partos realizados através de planos de saúde privados foram cesarianas.

Quando se visualizam dados como os demonstrados acima, pode-se ter uma noção do descaso e da irresponsabilidade que ocorre com relação à assistência ao parto no Brasil, bem como a necessidade de medidas mais severas que possam coibir essa explícita violação de direitos humanos.

Embora o parto vaginal ainda seja uma opção mais saudável e segura para o bebê e para a mãe isso não quer dizer que o avanço da obstetrícia não foi de grande importância para salvar vidas, principalmente através das cesáreas, pelo contrário é preciso compreender que os mecanismos tecnológicos são primordiais para que se tenha um maior controle e prevenção quanto a saúde da criança e da mulher durante todo processo de gestação até o parto. O ideal seria uma melhor implementação dos projetos já existentes para que a Humanização na assistência ao parto aliada aos avanços tecnológicos tornem os interesses dos principais envolvidos, parturiente e bebê, como prioridade, ao invés de priorizar interesses institucionais.

O tratamento jurídico da violência obstétrica no Brasil.

No Brasil não existe legislação específica que combata a violência obstétrica, conforme mencionado anteriormente. Todavia, mesmo com a omissão do direito brasileiro, existem leis compatíveis que podem ser utilizadas para proteção da gestante, parturiente e puérpera. As leis aplicadas podem ser as com amparo no código civil, código penal e direito do consumidor. Na esfera federal, aplica-se a Lei do Acompanhante, Lei nº 11.108/2005¹⁸.

A Lei do acompanhante garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Nesse sentido, dispõe a Lei que:

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.

Logo, a parturiente tem o direito de escolher seu acompanhante seja homem ou mulher, durante todo o trabalho de parto e pós-parto. Abrangendo tanto o setor público quanto privado. Dando ensejo, inclusive a verba indenizatória por dano moral caso o direito seja violado.

O Código Penal¹⁹ contempla condutas capazes de serem identificadas em casos de violência obstétrica. Cabe salientar que a maioria das violações ocorrem por meio de condutas na modalidade culposa (artigo 18, II, CP), quando o agente dá causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Além disso, nos casos de erros médicos prevalece na doutrina penal a teoria subjetivista da culpa, em que o agente não quer o resultado nem assume o risco de produzi-lo. Brasil (1940)¹⁹.

Por efeito, o código penal no artigo 140, nos crimes contra a honra, traz proteção contra xingamentos, comentários maldosos, racistas, injúria e vários tipos de violência psicológica.

Além, de a legislação penal prever (art. 121, §§ 3º e 4º), o homicídio culposo incide na eventualidade de morte da mulher ou seu bebê em razão de imperícia, negligência ou imprudência médica, podendo a pena ser aumentada, se a morte ocorreu por inobservância de regra técnica da profissão; ainda, referido Código (art. 129, § 1º, IV) dispõe que acelerar o parto configura crime de lesão corporal de natureza grave; se dessa aceleração do parto decorrer a morte do feto, configura-se o aborto, considerando-se crime de lesão corporal de natureza gravíssima. Zanon et al. (2019)²⁰.

No que se refere à responsabilidade Civil, no caso do médico decorre da comprovação de culpa, podendo se apresentar nas condutas de forma culposa ou dolosa. O dolo médico caracteriza-se quando este age consciente e com intenção de provocar o resultado danoso, ou quando age sabendo dos riscos de sua conduta. Já a culpa médica pode ser compreendida quando o médico atua sem a intenção de causar o dano, porém, age com imprudência, negligência ou imperícia. Oliveira (2008)²¹.

De acordo com o Código Civil de 2002: — Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito. Brasil (2002)²². Esse ato ilícito é passível de responsabilização civil, gerando o dever de indenizar, conforme preceitua o referido Código (art. 927), segundo o qual: —Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Brasil (2002)²².

Esses dispositivos legais podem ser utilizados na proteção de reparação por dano material ou moral causado pelo médico a parturiente. Todavia, para que surja o dever de reparação, é necessário a comprovação de culpa por parte do médico, ou seja, comprovar que o dano foi causado em decorrência de imprudência, negligência ou imperícia do profissional.

Já quanto ao direito do consumidor, o CDC pode ser aplicado na garantia dos direitos da mulher em face da violência obstétrica, em decorrência da falha que se verifica na

prestação de serviço hospitalar. Nesse caso, configura-se a incidência das disposições consumeristas em face do médico e do hospital, equiparados a prestadores de serviços de saúde. Brasil (1990)²³.

De acordo com o Art. 14:

O fornecedor de produtos e 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. || Brasil (1990)²³.

Ante o exposto, nota-se que a legislação brasileira possui aparato que pode ser usado para proteger o direito da mulher em face da violência obstétrica. Todavia, necessita de legislação específica que traga mais segurança e orientação à gestante para que a violência obstétrica não permaneça invisibilizada.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir da presente pesquisa que a violência obstétrica apesar de não ser uma tema novo, ainda é pouco conhecida pelas mulheres, pouco discutida pela sociedade em geral. Muitas parturientes são submetidas a atos violentos sem sequer conseguir identificar que estão passando por um tipo de violência obstétrica por que a crença de que o parto é um ato doloroso, sem a autonomia da mulher, já está entranhado na mentalidade popular.

Essa violência, mostra o quanto a sociedade ainda está atrelada a práticas culturais cheias de significados de desvalorização e submissão da mulher, sobretudo das que estão em condição social vulnerável, muito embora a constituição federal trate sobre o princípio da igualdade e disponha sobre o direito à plena assistência à saúde.

Pode-se perceber, ainda, algumas limitações para a realização de um estudo aprofundado ao tema proposto, por haver uma escassez na literatura brasileira quanto à problemática de violência obstétrica, sobretudo quanto a dados atuais quantitativos e qualitativos que pudessem embasar políticas públicas e verificar se as políticas existentes trazem resultados positivos.

Quanto às políticas públicas no âmbito do Estado Brasileiro, alguns estados possuem iniciativas e leis locais de combate à prática de violência obstétrica, mas ainda não existe lei federal específica que trate sobre responsabilidade civil e penal. Embora a legislação brasileira não seja completamente omissa, existem previsões legais que podem ser utilizadas em caso de violações dos direitos a parturientes, conforme foi exposto.

Depreende-se que a falta de informação aos pacientes quanto aos seus direitos e procedimentos a serem utilizados no momento do parto, bem como a falha na formação dos profissionais de saúde podem ser problemáticas a serem consideradas no momento da definição de projetos e leis de combate.

Por fim, a violência obstétrica enquanto violência de gênero deve ser combatida, na legislação brasileira, na mesma medida que a violência doméstica por ser um assunto de grande relevância social, que viola os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, mas que ainda encontra-se sem resposta adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Parto do Princípio. Dossiê violência obstétrica: Parirás com dor. [Internet]. 2012 [citado 2023 maio 15]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante. [Internet]. 2015. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
3. Mato Grosso do Sul. Cartilha sobre violência obstétrica. [Internet]. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto e do nascimento. [Internet]. 2014. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
5. Câmara dos Deputados. Debate sobre violência obstétrica no Brasil. [Internet]. 2023 [citado 2023 maio 21]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/954260-debatedores-dizem-que-mulheres-negras-e-pobres-sao-maiores-vitimas-violencia-obstetrica>
6. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos. [Internet]. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
7. Scabora M. Traumas da violência obstétrica. [Internet]. [citado 2023 jan 10]. Disponível em: <https://scabora.com.br/traumas-da-violencia-no-parto>

8. Diniz C. Texto sobre violência obstétrica no site SciELO. [Internet]. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
9. Organização Mundial da Saúde. Declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. [Internet]. 2014. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Despacho do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas sobre o uso da expressão “violência obstétrica”. [Internet]. 2019 maio 3. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
11. Brasil. Ministério Público Federal. Despacho sobre o uso da expressão “violência obstétrica”. [Internet]. 2019 maio 7. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Importância do pré-natal. [Internet]. [citado 2023 maio 18]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal>
13. Souza et al. Estudo sobre ambiente acolhedor e assistência humanizada ao parto. 2018. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
14. Diniz C, Chacham A. Estudo sobre parto no SUS e episiotomia. 2006. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
15. Brasil. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e normas correlatas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
17. Agência Brasil. Quantidade de cesáreas no Brasil. [Internet]. 2021 [citado 2023 abr 2]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-respondem-por-84-dos-partos-realizados-por-planos>
18. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
19. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.
20. Zanon, Rangel. Estudo sobre violência obstétrica e repercussões no direito penal. 2019. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
21. Oliveira. Estudo sobre responsabilidade civil médica. 2008. Dados bibliográficos completos não informados no manuscrito original.
22. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil.
23. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

R E V I S T A

fluências

Revista da
Pós-graduação
ESMAC

ISSN: 2595-3133

Submetido em 10/01/2026

Aceito em 10/06/2026

Publicado em 22/06/2026