
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O LIMITE ENTRE AS CONDUITAS MÉDICAS E A VIOLAÇÃO AOS DIREITOS DAS GESTANTES E PARTURIENTES: UMA ANÁLISE DO ACESSO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO PAÍS

OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: THE BOUNDARY BETWEEN MEDICAL CONDUCT AND THE VIOLATION OF PREGNANT AND PARTURIENT WOMEN'S RIGHTS: AN ANALYSIS OF ACCESS TO MATERNAL AND CHILD HEALTHCARE IN THE COUNTRY

Wellington Oliveira de Souza dos Anjos COSTA¹

Carolina Barbosa GASPAROTTI²

10.5281/zenodo.18965904

RESUMO

No Brasil, os índices de violência obstétrica são alarmantes. Tais indicadores, combinados com a falta de políticas públicas eficientes para o combate desse tipo de prática, resultam em um número alarmante

¹ Pós-Doutor em Direito pela Universidade de São Paulo e pela Universidade de Paris, Doutor em Direito pela USP atrelado à linha de pesquisa em Direito do Estado. Mestre em Direito pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS, Especialista em Gestão Pública na Administração Pública e em Educação em Direitos Humanos pela mesma universidade. Especialista em Direito Processual Civil com ênfase em Responsabilidade Civil pela Escola Paulista de Direito. Professor titular no curso de Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Franca - FDF

² Graduada em Direito pela Faculdade de Direito de Franca, Pós-Graduada em Direito Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas – FGV.

de mulheres que enfrentam algum tipo de violência durante o processo de parto. Analogamente, a violência obstétrica abrange diversas formas de agressões que as mulheres podem sofrer durante o trabalho de parto, pós-parto e período gestacional. Para muitas, o parto se torna uma experiência dolorosa e traumática, devido às várias intervenções médicas e violação de seus direitos. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é realizar uma análise acerca das principais condutas que caracterizam a prática de violência obstétrica, bem como investigar quais seriam as medidas legais cabíveis para o combate deste tipo de prática. Para tanto, foi dividido em duas partes específicas de pesquisa, sendo a primeira a tratar do viés histórico do avanço dos direitos materno-infantis e a segunda abordando o tópico legal específico da prática de violência obstétrica e seus desdobramentos. O trabalho adotou a metodologia dedutiva, com o intuito de pautar-se em soluções e explicações lógicas e individualizadas partindo de premissas gerais, valendo-se das técnicas bibliográficas e documentais, num viés qualitativo de análise, cujo questionamento orientador foi: quais seriam os efeitos da aplicabilidade de uma legislação específica e direcionada aos casos de violência obstétrica e seu reflexo no cenário social das gestantes e parturientes no Brasil? Em termos de resultados, a pesquisa ampliou a compreensão da violência obstétrica como um desafio de saúde pública que frequentemente viola os direitos das mulheres em grande escala. É essencial restaurar o protagonismo da mulher em seu processo de parto, adotando práticas respeitadas e legais.

Palavras-Chave: direito das mulheres; direitos da parturiente; violência obstétrica.

ABSTRACT

In Brazil, the rates of obstetric violence are alarming. These indicators, combined with the lack of effective public policies to combat this type of practice, result in a staggering number of women facing some form of violence during the childbirth process. Similarly, obstetric violence encompasses various forms of aggression that women may experience during labor, postpartum, and the gestational period. For many, childbirth becomes a painful and traumatic experience due to numerous medical interventions and the violation of their rights. In this regard, the aim of this study is to conduct an analysis of the primary behaviors that characterize the practice of obstetric violence, as well as to investigate what legal measures could be taken to combat this type of practice. To this end, the research was divided into two specific parts, with the first addressing the historical progression of maternal and child rights and the second focusing on the specific legal aspects of obstetric violence and its ramifications. The study employed a deductive methodology, aiming to rely on logical and individualized solutions and explanations based on general premises, with bibliographical and documentary techniques. The guiding question was: what would be the effects of the implementation of specific legislation directed at cases of obstetric violence and its impact on the social scenario of pregnant women and parturient in Brazil? In terms of results, the research expanded our understanding of obstetric violence as a public health challenge that frequently violates women's rights on a large scale. It is essential to restore women's agency in their childbirth process by adopting respectful and legal practices.

Keywords: women rights; parturient rights; obstetric violence.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo abordará a temática da violência obstétrica e seu desdobramento nos meios médicos e legais, a fim de que tal matéria repercuta de maneira significativa nos âmbitos sociais e jurídicos, tendo como foco principal a análise dos limites entre as condutas médicas e o respeito aos direitos das gestantes e parturientes.

O artigo pretende, ainda, destacar todos os tipos de condutas enquadradas dentro deste tipo de violência, especificando as consequências e riscos que tais abordagens indevidas podem trazer a vida e saúde da mãe e bebê, vítimas em alto estado de vulnerabilidade física e emocional. Destacados de maneira imprescindível, os reflexos e efeitos negativos causados pela ausência de uma tipificação penal específica para as condutas aplicadas dentro deste tópico, as quais serão individualmente analisadas e esclarecidas, como forma de listar quais são os tipos e meios de agressões presentes dentro no cenário obstétrico.

A violência obstétrica assume proporções alarmantes no Brasil, conforme a pesquisa intitulada “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, publicada em 2010 em colaboração com a Fundação Perseu Abramo e o SESC, a qual aponta que uma em cada quatro mulheres brasileiras é vítima de violência obstétrica no país.³ Ressalte-se que esse dado é o mais atualizado ainda utilizado, segundo recente estudo publicado pela Câmara dos Deputados do Brasil (Brasil, 2023).

Mesmo com toda visibilidade atual dada ao assunto, ainda assim, a desinformação e a falta de estudos aprofundados sobre o tema fazem com que a identificação e o combate a tal tipo de violação sejam severamente dificultados. Destacam-se as iniciativas governamentais e sociais que visam combater e prevenir essa forma de violência, bem como a importância de promover uma abordagem humanizada e centrada na mulher no cuidado obstétrico em todos os âmbitos, indagando: quais seriam os efeitos produzidos pela aplicabilidade de uma legislação específica e direcionada aos casos de violência obstétrica e seu reflexo no cenário social das parturientes e gestantes no Brasil? Assim, a análise crítica do tema é crucial para discussões construtivas que visem garantir uma

³ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Agosto de 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em 11 out. de 2024.

experiência de maternidade mais digna e respeitosa para todas as mulheres brasileiras.

Nesse sentido, o estudo explora os diferentes aspectos da violência obstétrica, abordando suas causas, consequências e impactos na saúde das mulheres brasileiras. Para tanto, a pesquisa desdobra-se, primeiramente, em uma retomada do avanço dos procedimentos de parto ao longo da história do Brasil, seguido de uma investigação conceitual sobre a violência em geral e a violência obstétrica; adentra-se, então, à análise dos dados sobre os procedimentos de parto no Brasil e indicativos da violação física deles decorrente, bem como dos desafios ao atendimento à saúde materna e infantil; finalmente, estuda-se o projeto de lei nº 2.082/2022, que prevê a tipificação da violência obstétrica.

A pesquisa, de caráter exploratório, foi construída a partir de revisão de bibliografia sobre o tema e desenvolve-se pelo método dedutivo, pelas técnicas bibliográficas e documentais de pesquisa, analisadas sob o viés qualitativo. Como resultados, o que se denota são fatos explícitos acerca da falta de prioridade que o direito das mulheres gestantes e parturientes detém na legislação brasileira atual.

2 A HISTÓRIA DO PARTO NO BRASIL: OS AVANÇOS AO LONGO DOS ANOS

Historicamente, no Brasil, a atenção estatal à saúde materno-infantil teve início nos anos 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança. Este departamento não apenas enfatizava o cuidado com as crianças, mas também se preocupava com o bem-estar das mães durante a gravidez e o período de amamentação. Essa preocupação governamental abrangeu um longo período, que se estendeu desde o Estado Novo até o Regime Militar, com o objetivo primordial de criar uma população saudável e

robusta, com ações direcionadas às camadas urbanas menos favorecidas (conforme Nagahama e Santiago, 2005).⁴

Com a chegada da ditadura militar nos anos 1960, o modelo do Sistema Nacional de Saúde adotado caracterizou-se pela predominância financeira das instituições previdenciárias e pelo domínio de uma tecno-burocracia, cuja ênfase estava na comercialização dos serviços de saúde. Isso teve consequências negativas na formulação e implementação de políticas de saúde pública e na prática da medicina previdenciária.⁵

Com a ascensão do governo militar ao poder, o modelo de atenção à saúde passou a ter um caráter médico - assistencial privatista. A partir de meados da década de 1970, foram implementados alguns programas específicos de cuidados com a saúde materno-infantil, como o Programa de Saúde Materno-Infantil (1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (1978).⁶

Ainda assim, durante um longo período, o Brasil não reconheceu plenamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Uma das únicas políticas direcionadas a essa população se baseava no Programa Materno-Infantil estabelecido em 1977, que tinha como foco principal a prevenção de gestações de alto risco, fato o qual reforçava significativamente o entendimento de que, as necessidades médicas femininas que não englobassem as fases gestacionais, eram ignoradas.⁷

Nesse contexto, é importante notar que as mudanças ocorridas no cenário brasileiro da época estavam intimamente ligadas às ações que marcaram o início do processo de

⁴ Ibidem, NAGAHAMA, 2005, pg. 651-657.

⁵ SANTOS NETO, E.T.D; ALVES, K.C.G; ZORZAL, M.; LIMA, R. D. C. D. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Parte I** - Artigos Temáticos - Gênero, Corpo e Conhecimento, Saude soc. 17 (2), Jun 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁶ Idem.

⁷ GIGLIOLA, Monise Gleyce de Araujo Pontes; LIMA, Marcos Bernardo de; FEITOSA, Izayana Pereira; TRIGUEIRO, Janaína Von Söhsten. **Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência**. Revista Ciências da Saúde Nova Esperança, junho de 2014; 12 (1): 69-78. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

redemocratização e ao fortalecimento dos movimentos sociais que se opunham ao regime ditatorial e às políticas por ele implementadas. Esses movimentos desempenharam um papel fundamental no entendimento das principais conquistas no início da década de 1980, em relação às políticas de saúde materno-infantil.⁸

A partir desse ponto, a regulamentação legal dos direitos à proteção começou a surgir não apenas como resultado do interesse unilateral do estado brasileiro, mas também impulsionada por uma forte pressão popular que culminou na aprovação de leis e políticas públicas que abrangeram o largo da década de 1980, se intensificaram ao longo da década de 1990 e continuaram até os anos 2000. Isso se refletiu na formulação e implementação de programas e estratégias de saúde pública voltados para o cuidado da mãe e da criança.

Dessa forma, até o início da década de 1980, as políticas de saúde voltadas para as mulheres no Brasil eram limitadas, restringindo-as a função principal de reprodutoras e mães, fato que impedia a abrangência da paciente mulher em outras questões de saúde e induzindo o entendimento de que, a única necessidade médica feminina se daria apenas em um momento: o de parir (expelir algo de dentro de si; expulsar do útero; dar à luz).⁹

Apenas em 1983, com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o sistema de saúde passou a adotar um modelo de cuidado que buscava incorporar os princípios de igualdade e integralidade, abrangendo as mulheres em todas as fases de suas vidas.³ No ano 2000, outro avanço no âmbito médico-feminino brasileiro ocorreu com o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo era proporcionar atendimento humanizado e abrangente às gestantes nos

⁸ SANTOS NETO, E.T.D; ALVES, K.C.G; ZORZAL, M.; LIMA, R. D. C. D. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Parte I** - Artigos Temáticos - Gênero, Corpo e Conhecimento, Saude soc. 17 (2), Jun 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁹ GIGLIOLA, Monise Gleyce de Araujo Pontes; LIMA, Marcos Bernardo de; FEITOSA, Izayana Pereira; TRIGUEIRO, Janaina Von Söhsten. **Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência**. Revista Ciências da Saúde Nova Esperança, junho de 2014; 12 (1): 69-78. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

serviços públicos de saúde, visando melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal. Essa transformação contribuiu para o reflexo nos indicadores epidemiológicos relacionados à saúde das mulheres no Brasil.¹⁰

Com o intuito de continuar avançando, a abordagem à saúde da mulher no Brasil evoluiu de governamental para uma política estatal, que atuasse de forma mais próxima da população, sendo que diante de tais avanços, em 2004, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que estabeleceu diretrizes para promover o incentivo, a promoção da saúde e a assistência humanizada no cuidado à mulher.⁵ De outro lado, apesar das mudanças e melhorias, muitas mulheres ainda enfrentam desafios na assistência ao parto. A relação de gênero muitas vezes perpetua desigualdades e promove desde a vulnerabilidade das pacientes à invisibilidade e à exclusão social.¹¹ Por isso, é necessário refletir se as políticas conquistadas ao longo dos anos ainda refletem a ideologia de priorização da saúde infantil do século XVIII ou se, na prática, os indicadores de saúde demonstram melhorias no atendimento à saúde tanto da mãe quanto da criança.¹²

Nesse viés, tem-se que os atendimentos médicos gestacionais e até mesmo o próprio momento do parto, refletem, muitas vezes, dinâmica de inferioridade de gênero, com intervenções e práticas que podem prejudicar a experiência feminina, partindo da premissa de que as necessidades fisiológicas e emocionais das mulheres ainda são desrespeitadas.¹³

Apesar dos avanços médicos acerca das metodologias adotadas para promover a segurança de mãe e bebê, o momento do parto, seja este presidido em ambiente hospitalar ou não, muitas vezes, resulta em intervenções desnecessárias que prejudicam o

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

¹² Idem.

¹³ Idem.

entendimento e consentimento completo das gestantes e parturientes acerca das condutas realizadas.¹⁴

Por sua vez, com o passar dos anos, o conceito do parto tradicional foi modificado, o qual hoje ocorre principalmente em hospitais e resulta na consideração da cesariana como um meio mais seguro e menos doloroso. Por isso, a discussão em torno dessas mudanças e do resgate da autonomia feminina no parto tem sido cada vez mais relevante.¹⁵

A humanização do parto, baseada em práticas que promovam o bem-estar da mulher, sua privacidade e autonomia, tem sido uma abordagem defendida por diversos grupos e organizações, buscando transformar a experiência do parto em uma vivência mais positiva e respeitosa. A adoção de práticas baseadas em evidências e o envolvimento da mulher no processo decisório, condutas estas que inclusive podem ser adotadas em ambiente hospitalar, são passos importantes rumo a uma assistência ao parto mais humanizada e centrada na mulher, contribuindo para a melhoria da saúde materna e neonatal no Brasil.¹⁶

2.1 OS CONCEITOS DE VIOLÊNCIA E A DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência em si engloba quaisquer atos intencionais de força física ou uso de poder, real ou ameaçado, direcionados a si mesmo, a outros ou a grupos, que resultem ou possam resultar em dano psicológico, lesões, deficiências ou morte, prejudicando o desenvolvimento ou

¹⁴ GIGLIOLA, Monise Gleyce de Araujo Pontes; LIMA, Marcos Bernardo de; FEITOSA, Izayana Pereira; TRIGUEIRO, Janaina Von Söhsten. **Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência**. Revista Ciências da Saúde Nova Esperança, junho de 2014; 12 (1): 69-78. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem.

causando privação.¹⁷ Reconhecer essa definição é crucial, haja vista a existência de diversas formas de violência, incluindo contra mulheres, crianças e idosos, com consequências frequentemente graves e difíceis de quantificar.¹⁸

Dentro do contexto da violência de gênero, de forma resumida, a violência contra a mulher abrange ações ou comportamentos agressivos, praticados em decorrência do gênero feminino, acarretando danos físicos, sexuais ou psicológicos, sendo a violência obstétrica uma variante deste fenômeno. A partir deste entendimento, torna-se evidente que os cenários de violência obstétrica se caracterizam por uma série de ações de desrespeito e violação dos direitos humanos femininos.¹⁹

A OMS define a expressão “violência obstétrica”, como um conjunto de atitudes desrespeitosas, abusos e negligência direcionados à mulher e ao bebê antes, durante e após o parto, constituindo uma transgressão dos princípios fundamentais dos direitos humanos.²⁰ Além disso, ao adentrarmos no cenário de partos e nascimentos, a Organização estabelece também que as taxas de cesarianas não devem ultrapassar 15% de todos os partos, devido aos riscos para a saúde da mãe e do bebê. Mesmo assim, de acordo com a pesquisa "Nascer no Brasil", realizada em 2014, as cesarianas representaram 52% de todos os partos no país.²¹ Outras intervenções

¹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe mundial sobre a violência e a saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-148>. Acesso em 02 ago. 2024.

¹⁸ NERY, V.P.; LUCENA, G.P. **Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes**. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(27):89-98. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/92/1/Vanilde%20Nery_0006985.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

¹⁹ NERY, V.P.; LUCENA, G.P. **Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes**. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(27):89-98. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/92/1/Vanilde%20Nery_0006985.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

²⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Genebra, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

²¹ NERY V. P.; LUCENA, G.P. op. cit.

que também foram destacadas, a exemplo do uso de ocitocina em 36,4% dos partos, a episiotomia em 53,5% e a manobra de Kristeller em 36,1% dos casos, serão descritas e analisadas posteriormente neste estudo.²²

Diante disso, torna-se primordial o reconhecimento de que, hoje, a violência obstétrica é uma questão de saúde pública global.²³ Apesar de ter sido abordada ao longo de várias épocas na literatura, a discussão sobre essa temática ganhou uma considerável proeminência no cenário contemporâneo. A divulgação de informações concretas tem amplificado o impacto desse assunto, provocando transformações significativas nas práticas de atendimento médico.²⁴

Um exemplo é a recente promulgação da Lei Estadual nº 6.144, datada de 07 de junho de 2018 que estabelece diretrizes para o fornecimento de informações às mulheres grávidas e pós-parto sobre a política nacional de cuidados obstétricos e neonatais. Essa lei visa, principalmente, garantir a salvaguarda dessas mulheres no âmbito da assistência obstétrica no Distrito Federal. A iniciativa, embora estadual, se torna particularmente crucial, dado que aproximadamente 3 (três) milhões de bebês nascem anualmente no Brasil, com 98% dos partos ocorrendo em instituições hospitalares governamentais e particulares. Um dado alarmante é que uma em cada quatro mulheres brasileiras relata ter sido vítima de violência obstétrica, e essa cifra possivelmente subestima a realidade, conferindo, assim, uma urgência ainda maior para o estudo e aprofundamento dessa questão.²⁵ Ademais, essa estatística continua sendo a mais atualizada, conforme estudo recentemente publicado pela Câmara dos Deputados do Brasil (Brasil, 2023).

A análise da violência obstétrica possui uma significativa relevância no contexto da saúde além das parturientes e dos recém-

²² Idem.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ NERY, V.P.; LUCENA, G.P. **Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes**. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(27):89-98. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/92/1/Vanilde%20Nery_0006985.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

nascidos, como de seus círculos familiares, uma vez que seus efeitos reverberam no seio familiar, ao se tornarem cientes dessas práticas durante o processo de parto.²⁶

A prática médica deve ser guiada pelos princípios, normas e valores estabelecidos pelo Código de Ética Médica, sendo imperativo respeitar as escolhas dos pacientes e enaltecer a preservação da vida. Nesse sentido, as abordagens médicas devem estar fundamentadas em princípios éticos, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, com o propósito de promover o apreço pela vida humana²⁷.

Por outro lado, quando profissionais da área da saúde realizam intervenções sem o consentimento explícito das pacientes e aplicam procedimentos desnecessários durante o processo de parto, desrespeitam a singularidade das pacientes e as submetem a práticas que não mitigam os efeitos negativos ou indesejáveis das intervenções terapêuticas. Isso representa uma violação desses princípios e frequentemente se tornam um fator predisponente para o aumento dos riscos associados à morbimortalidade tanto materna quanto neonatal.²⁸

São passíveis de questionamento os motivos pelos quais um médico ou outro profissional da saúde se envolve em práticas violentas. No entanto, é incontestável que a realização frequente de partos cesáreas, por exemplo, pode ser mais atrativa financeiramente do que optar pelo parto normal. Em diversas ocasiões, isso ocorre em clínicas privadas, onde profissionais realizam tais procedimentos sem o consentimento explícito da gestante, mesmo quando a gravidez não apresenta riscos que justificariam a cesárea.²⁹ Manobras citadas, como a manobra de Kristeller, a administração de ocitocina, a episiotomia e outros procedimentos destinados a acelerar o processo de parto, frequentemente são realizados de maneira

²⁶ Idem.

²⁷ Idem.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

brusca, não respeitando o ritmo fisiológico natural do parto. Essas práticas muitas vezes são resultado da impaciência e intolerância dos profissionais da saúde.

Ainda nesse contexto, a excessiva ênfase em técnicas avançadas e a evolução tecnológica às vezes desviam a formação médica de um enfoque mais humanizado, que valorize e respeite a vida humana.³⁰ A violência obstétrica é uma questão negligenciada sob a perspectiva legal, pois não se enquadra claramente nos tipos de lesões corporais previstos nas leis e não há uma legislação específica que puna essa forma de violência. Em termos de ética médica, as punições variam desde advertências privadas até a revogação do direito de praticar medicina. No âmbito jurídico, as punições podem ser difíceis de aplicar, pois geralmente exigem perícia para determinar a necessidade dos procedimentos realizados e dependem de depoimentos testemunhais que possam assegurar o que aconteceu na sala de parto, mesmo assim, tais relatos podem ficar ocultados devido a justificativa de urgências e ao corporativismo da classe afetada.³¹

3 BRASIL: O PAÍS DA CESÁREA, POR QUÊ?

A tendência de aumento nas taxas de cesarianas é um fenômeno observado em muitos países ao redor do mundo. No Brasil, conforme levantamentos recentes, o índice de cesarianas atualmente atinge 56%, sendo que mais de 80% delas ocorrem em hospitais particulares. Isso tem implicações negativas para mães e bebês quando as cirurgias não são necessárias, como um aumento na morbimortalidade materna, nascimentos prematuros, óbitos fetais,

³⁰ NERY, V.P.; LUCENA, G.P. **Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes.** São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(27):89-98. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/92/1/Vanilde%20Nery_0006985.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

³¹ Idem.

problemas com a placenta, dificuldades na amamentação e impactos no sistema imunológico dos recém-nascidos.³²

Esse índice de 56% torna-se notavelmente alto, de acordo com os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) que, desde 1985, estabeleceu que a proporção de cesarianas não deveria exceder 10 a 15% do total de partos. No entanto, é importante ressaltar que existem situações em que a saúde da mãe e do bebê requerem a realização desse procedimento.³³

Por outro lado, é importante ressaltarmos, como já foi comprovado, que as taxas de cesáreas são menores entre a população de baixa renda, que apresenta os índices mais elevados de problemas obstétricos, distúrbios durante o parto e outras complicações relacionadas à gravidez. No entanto não se podem atribuir tais complicações à modalidade parto preferida, sendo necessária uma análise profunda de cada caso da rede pública para constatar a causa da complicação.³⁴

Diferentemente dos Estados Unidos e países europeus, onde há dados mais abrangentes disponíveis, a falta de informações confiáveis torna mais desafiador compreender as razões por trás do aumento das cesarianas no Brasil. Com isso, diversas hipóteses podem ser levantadas com base principalmente em evidências indiretas para explicar a preferência crescente por cesarianas, tanto por parte das mulheres quanto dos médicos que as realizam. Certamente, ambos são influenciados por uma série de fatores de natureza sociocultural, institucional e legal, que serão abordados a seguir.³⁵

³² MINAYO, M.C.Souza. GUALHANO, L. **Existe solução para o excesso de cesarianas no Brasil?** (online). SciELO em Perspectiva | Press Releases, 2022. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2022/02/18/existe-solucao-para-o-excesso-de-cesarianas-no-brasil/>. Acesso em 02 ago. 2024.

³³ Idem.

³⁴ FAÚNDES, A. CECATTI, JG. **A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação.** Cad. Saúde Pública 7 (2). Jun 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>. Acesso em 02 ago. 2024.

³⁵ Idem.

Os métodos de parto podem ser distinguidos através de suas nomenclaturas, sendo os dois principais: o parto vaginal, conhecido popularmente como “parto normal” e o parto cesárea, que é o mais adotado no Brasil.

Existem duas principais razões pelas quais as mulheres optam pela cesárea em vez do parto vaginal. Uma delas está relacionada ao temor da dor durante o trabalho de parto e o medo do parto em si. A ideia é que a cesárea eletiva, marcada com antecedência para um dia e hora específicos, permita que a mulher tenha um parto praticamente indolor, desde que ela receba analgésicos potentes após a cirurgia.³⁶

A segunda razão está associada à crença de que a cesárea preserva a anatomia e a fisiologia da vagina e do períneo, ao passo que o parto vaginal pode resultar em uma considerável perda de função na atividade sexual normal. Essa interpretação, que tem uma abordagem bastante mecânica da fisiologia das relações sexuais, foi promovida até mesmo por proeminentes e respeitados professores de obstetrícia, que transmitiram essas ideias a seus alunos, fazendo com que se tornasse um conceito errôneo amplamente difundido tanto entre médicos quanto entre pacientes.³⁷

Um outro fator cultural significativo é a crença popular de que o parto vaginal representa um risco maior para o bebê em comparação com uma cesárea. Assim, quando há um resultado adverso para o recém-nascido, muitas vezes é atribuído à decisão do médico de não realizar uma cesárea em vez de um parto vaginal. No entanto, se uma morte neonatal ocorre após uma cesárea, é vista como uma tragédia que ocorreu, nunca associada ao método de parto.³⁸

Demais fatores que devem ser levados em conta ao analisarmos o alto número de cesáreas no Brasil são os institucionais, uma vez que, historicamente, por muitos anos, aproximadamente três quartos de todos os partos eram custeados pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária), extinto em

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

³⁸ Idem.

1993³⁹, no qual a política de pagamento exercia uma influência significativa na situação. A prática do Inamps consistia em efetuar pagamentos diretamente aos médicos que realizavam os partos, um fator que contribuiu muito para incentivar as abordagens descritas anteriormente.⁴⁰ Outro elemento a ser considerado é que o Instituto não cobria os custos da analgesia peridural, que é o método mais amplamente utilizado e eficaz para o alívio da dor no Brasil, quando o parto é vaginal. A cobertura era concedida apenas quando essa anestesia era administrada durante uma cesárea. Isso implicava que, se uma mulher desejasse evitar a dor e esperasse cobertura do Inamps, ela não possuía alternativa além da cesárea. Além disso, não havia um benefício econômico claro, já que a cesariana continuava sendo mais dispendiosa para o Inamps e para as seguradoras de saúde, devido aos pagamentos necessários para assistentes e anestesistas, bem como os custos hospitalares adicionais.⁴¹ Apesar de extinta, a política adotada pelo Instituto gerou reflexos e instaurou condutas determinantes para a cultura dos partos no país, de modo geral., consequências estas que repercutem em nossa sociedade até os dias de hoje e são replicadas, atualmente, por médicos particulares e planos de saúde em geral.

De outro lado, apesar dos benefícios da cesariana em certos casos, a quantidade dessa intervenção deve ser cuidadosamente monitorada para garantir a utilização apenas quando estritamente necessária. A promoção do parto normal e o cuidado com a saúde materna devem ser prioridades para garantir que o número de intervenções cirúrgicas invasivas no momento do parto seja reduzido

³⁹ BRASIL. Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.689%2C%20DE%2027%20DE%20JULHO%20DE%201993.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20extin%C3%A7%C3%A3o%20do,for%C3%A7a%20do%20disposto%20no%20art. Acesso em 11 out. 2024.

⁴⁰ FAUNDES, A. CECATTI, JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. Cad. Saúde Pública 7 (2). Jun 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁴¹ Idem.

ao mínimo necessário, bem como adotadas apenas em casos excepcionais.⁴²

3.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AS FORMAS DE AGRESSÃO

A violência obstétrica se desdobra em cinco principais formas de agressão, que incluem a violência física, institucional, moral, sexual, e psicológica e verbal.⁴³ Disso resultam violações dos direitos das mulheres, como o direito à liberdade de danos e maus-tratos, à informação e autonomia, à confidencialidade e privacidade, à dignidade e respeito, à igualdade e à não discriminação.⁴⁴

A violência física e a negação do direito à informação e autonomia podem ser observadas quando intervenções e práticas prejudiciais do ponto de vista científico são realizadas sem o consentimento da parturiente ou mediante informações distorcidas e incompletas. Isso inclui situações como mentir para a paciente sobre sua dilatação, a vitalidade fetal e a indicação de cesariana com base em motivos considerados infundados, muitas vezes por interesses pessoais.⁴⁵

Alguns exemplos dessas intervenções incluem o uso de manobras para acelerar o trabalho de parto em gestantes de risco habitual, como a manobra de Kristeller (empregar força na parte superior do útero durante o período de expulsão), a administração de ocitocina, a amniotomia (rompimento da artificial da membrana amniótica) e a episiotomia (incisão cirúrgica entre as regiões da vagina e ânus para ampliar o local do parto) de rotina. É de conhecimento atual que a episiotomia, quando realizada sem

⁴² Idem.

⁴³ BRANDT GP, et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto**. RGS. 2018; 19(1):19-37. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260e2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Idem.

indicação precisa e estritamente necessária, é considerada prejudicial, ao passo que, mesmo assim, a incisão ainda é feita de maneira rotineira em cerca de 70% dos casos.⁴⁶ O quadro abaixo ilustra:

Intervenção prejudicial	Motivo
1. Infusão intravenosa de ocitocina sintética de rotina para aceleração do trabalho de parto	Torna a paciente restrita ao leito ou com mobilidade reduzida, além de aumentar a dor significativamente.
2. Amniotomia	Aumenta a possibilidade de cesariana.
3. Toques vaginais repetivos para fins de aprendizado	Fere o direito à liberdade individual e caracteriza abuso físico.
4. Posição de litotomia	Totalmente desfavorável para o nascimento, sendo indicado pela OMS posições verticalizadas.
5. Manobra de Kristeller	Associadas a lacerações de perineo e prejudiciais para o bebê, risco de lesões abdominais internas graves.
6. Episiotomia de rotina	Desaconselhada pela OMS em partos sem distócia, pois não diminui o risco de laceração perineal e aumenta o risco de lesões perineais.
7. Restrição de movimentos corporais	Aumento da dor e da duração do trabalho de parto, além da chance de necessitar de anestesia e cesariana.

Quadro 1. Fonte: BRANDT GP, et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto.** RGS. 2018; 19(1):19-37. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

O processo de parto passou a ser encarado como um evento médico, afastando a mulher de seu papel central nesse momento e transformando-o em um processo altamente autoritário, com ênfase na autoridade do profissional de saúde e nos dizeres do que a

⁴⁶ Idem.

parturiente deve fazer, sem preocupar-se com qualquer que seja a vontade da paciente. No que se refere à realização de cesáreas, essa abordagem muitas vezes é impulsionada pelo sistema de lucro obstétrico, criando contexto propenso a diversas formas de violência institucional, moral e verbal, que estão relacionadas à postura autoritária dos profissionais durante o parto.⁴⁷

A autoridade descrita se manifesta em expressões verbais intimidadoras e na violação dos direitos da gestante, como a proibição do direito a um acompanhante, que é garantido pela Lei do Acompanhante, n. 11.108/2005. Os profissionais costumam alegar motivos como a falta de espaço físico nas salas de pré-parto ou a exigência de que os alojamentos sejam femininos, o que impede a presença de acompanhantes do sexo masculino.⁴⁸

Além disso, o uso de terminologia técnica que dificulta a compreensão da paciente e de seu acompanhante sobre suas condições de saúde, a negligência com relação à dor e ao cuidado, o abandono, a proibição de expressão durante o trabalho de parto e atitudes discriminatórias com base em classe social, gênero e raça na escolha de procedimentos e testes para residentes e acadêmicos representam violações dos direitos à dignidade, ao respeito, à igualdade e à não discriminação. Essa forma de violência tende a ser ainda mais prevalente em comunidades com desvantagens socioeconômicas.⁴⁹

4 O ATENDIMENTO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO BRASIL: MEDIDAS E DESAFIOS

⁴⁷ BRANDT GP, et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto**. RGS. 2018; 19(1):19-37. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ BRANDT GP, et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto**. RGS. 2018; 19(1):19-37. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 02 ago.

Entre os principais desafios enfrentados pelo sistema público de saúde no atendimento às gestantes, destacam-se a sobrecarga dos serviços, a falta de recursos humanos qualificados, a infraestrutura inadequada e a desigualdade no acesso aos cuidados pré-natais e ao parto, das gestantes com menor renda. Muitas vezes, estas gestantes são submetidas a longos períodos de espera por consultas médicas, exames e procedimentos, que podem levar a diagnósticos tardios e complicações evitáveis durante a gravidez e o parto.

Além disso, a falta de continuidade nos cuidados de pacientes mulheres, a falta de conhecimento sobre saúde materna e a falta de acesso a métodos contraceptivos, contribuem para o aumento das taxas de gravidez não planejadas ou de risco, fatores estes que aumentam ainda mais pressão sobre os serviços públicos de saúde, já sobrecarregados e disseminam a cultura da irrelevância no incentivo aos tratamentos de saúde feminina.⁵⁰

Atualmente, um dos principais desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta é a implementação efetiva de seus princípios no dia a dia, especialmente no que se refere ao acesso com qualidade e à prestação de assistência integral à população. Na medida em que o SUS busca expandir o acesso aos seus serviços para todos os cidadãos, a integralidade dos cuidados para gestantes não é devidamente concretizada, independentemente do nível do sistema ou serviço que elas procuram, abrangendo o processo completo, desde o pré-natal até o período pós-parto. Isso revela uma organização inadequada do sistema de saúde. Um exemplo disso é a falta de encaminhamento adequado de gestantes em trabalho de parto para maternidades.⁵¹

⁵⁰ NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M., **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁵¹ SANTOS NETO, E.T.D; ALVES, K.C.G; ZORZAL, M.; LIMA, R. D. C. D. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Parte I - Artigos Temáticos - Gênero, Corpo e Conhecimento**, Saude soc. 17 (2), Jun 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em 02 ago. 2024.

A busca por vagas em maternidades muitas vezes se torna uma jornada desumana e desprovida de assistência, prejudicando a experiência do parto e, conseqüentemente, a saúde materno-infantil. Estudo conduzido por Leal e colaboradores (2005), que envolveu 9.633 grávidas atendidas em maternidades do Rio de Janeiro, aponta desigualdades no atendimento, destacando que mulheres negras e pardas enfrentam mais dificuldades durante o parto, incluindo menos alívio da dor e atendimento médico inadequado.⁵²

Os dados relativos à cobertura das consultas de pré-natal indicam uma grande disparidade entre as gestantes que não fazem nenhuma consulta, cerca de 8% dos nascimentos, e aquelas que fazem sete ou mais consultas, cerca de 50%. Aproximadamente 32% das gestantes fazem entre uma e seis consultas de pré-natal, revelando que, na maioria dos casos, o

acompanhamento adequado da gestante não é garantido. Isso pode explicar, em parte, por que as melhorias nos índices de mortalidade infantil neonatal não foram tão significativas nos últimos anos, enquanto a taxa de mortalidade materna permanece estagnada em níveis elevados, distante dos patamares de países desenvolvidos.⁵³

4.1 O EXERCÍCIO DA ÉTICA MÉDICA NO ATENDIMENTO À GESTANTES E PARTURIENTES

A prática médica deve encontrar sua base nos princípios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Código de Ética Médica, com

⁵² LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. **Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil**, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁵³ LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. **Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil**, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Acesso em 02 ago. 2024.

a necessidade de honrar as escolhas dos pacientes e enaltecer a importância da vida. Nesse sentido, as ações médicas devem se alicerçar em valores éticos como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, cujo objetivo é promover o respeito pela vida humana. Quando profissionais de saúde realizam procedimentos sem o devido consentimento das pacientes, aplicando intervenções desnecessárias no processo de parto, estão desconsiderando a individualidade dessas pacientes e submetendo-as a práticas que não reduzem os efeitos indesejáveis das intervenções terapêuticas, infringindo esses princípios e contribuindo para o aumento dos riscos de morbimortalidade materna e neonatal.⁵⁴

Conforme expresso no Código de Ética Médica (2010), o médico deve respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre diagnósticos e tratamentos, exceto em casos de risco iminente de morte.⁵⁵ Além disso, o médico é obrigado a utilizar todos os recursos disponíveis e cientificamente reconhecidos para diagnóstico e tratamento, não podendo se omitir ou deixar de agir em favor do paciente. Tais diretrizes presentes no Código de Ética visam assegurar a autonomia do paciente e a qualidade do atendimento médico.⁵⁶

⁵⁴ SOUZA PEREIRA, J.; OLIVEIRA SILVA, J. C. de; BORGES, N. A.; GONÇALVES RIBEIRO, M. de M.; JARDIM AUAREK, L.; KALIL DE SOUZA, J. H. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: OFENSA À DIGNIDADE HUMANA. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*. Vol.15, n.1, pp.103-108 (Jun–Ago2016). Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/jspui/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%20c3%aanciaObst%20c3%a9tricaOfensa.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

⁵⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Código de Ética Médica*, 2010. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em 02 ago. 2024.

⁵⁶ Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente; [...]; Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal; [...]; Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados; §1º Ocorrendo fatos que a seu critério prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder; §2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico

Os tratamentos desumanos e degradantes às gestantes durante o processo de parto resultam em experiências traumáticas e negativas. Como esclarecido anteriormente, a autonomia das gestantes muitas vezes não é respeitada, já que suas escolhas e desejos são frequentemente negligenciados através de práticas que não priorizam seus benefícios, não seguindo o princípio "*primum non nocere*" (primeiro, não causar dano). Além disso, a falta de atenção e impaciência por parte dos profissionais de saúde leva à falta de respeito pela privacidade e individualidade de cada paciente, sem considerar suas dificuldades e limitações.⁵⁷

Nessa perspectiva, é fundamental que os médicos prestem uma assistência completa às pacientes, esclarecendo suas dúvidas e as de seus familiares, agindo com máximo cuidado e utilizando sua capacidade profissional da melhor maneira possível, seguindo as diretrizes do Código de Ética Médico. O foco deve ser o bem-estar da parturiente e a valorização da vida.⁵⁸

4.2 O PROJETO DE LEI Nº 2.082/2022 E A IMPORTÂNCIA DA TIPIFICAÇÃO PENAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dentro da esfera da responsabilidade penal, um indivíduo que comete um ato que é considerado como crime de acordo com as leis do Estado enfrentará consequências legais com base em seu grau

não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos; Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento; Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

⁵⁷ SOUZA PEREIRA, J.; OLIVEIRA SILVA, J. C. de; BORGES, N. A.; GONÇALVES RIBEIRO, M. de M.; JARDIM AUAREK, L.; KALIL DE SOUZA, J. H. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: OFENSA À DIGNIDADE HUMANA. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*. Vol.15, n.1, pp.103-108 (Jun–Ago2016). Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/jspui/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%e3%aaanciaObst%e3%a9tricaOfensa.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

⁵⁸ Idem.

de culpabilidade.⁵⁹ A responsabilidade penal surge quando a norma penal é violada, momento em que o Estado adquire o direito de punir o infrator.⁶⁰

Entretanto, para que a responsabilidade penal seja estabelecida, é fundamental considerar a imputabilidade do autor em primeiro lugar. Com o intuito de responsabilizar alguém que cometeu um ato considerado um crime, o indivíduo deve ser considerado imputável.⁶¹ Assim, dispõem o artigo 26 do Código Penal Brasileiro, que estabelece que uma pessoa não pode ser punida se, no momento da ação ou omissão, em virtude de uma doença ou condição mental, estivesse inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato. Seguido pelo artigo 27, também do Código Penal, que estabelece que indivíduos menores de 18 anos não são penalmente responsáveis, devendo ser tratados de acordo com as normas específicas, aplicadas a sua faixa-etária.⁶²

No Brasil, não existe lei penal específica sobre violência obstétrica. No entanto, à medida que os casos de violência obstétrica ganham maior visibilidade em todo o país, especialmente por meio da mídia, surge um debate sobre a necessidade de criar uma legislação independente que estabeleça crimes nessa área.⁶³ De outro lado, mesmo não havendo norma penal que estabeleça conduta típica, o Ministério da Saúde elaborou diretrizes nacionais para a assistência ao parto normal. Ditas diretrizes têm como propósito promover mudanças nas práticas médicas, padronizar condutas e reduzir intervenções desnecessárias durante o parto.⁶⁴

⁵⁹ SANTOS, L.K. **TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**. 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/36509>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Idem.

⁶² Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Art. 27 - Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.

⁶³ Idem.

⁶⁴ Idem.

Além disso, elas buscam disseminar práticas baseadas em evidências e recomendam uma abordagem que leve em consideração o julgamento individual dos profissionais de saúde, das parturientes e dos pais em relação aos cuidados individuais. Embora essas diretrizes não tenham força de lei, elas representam uma referência significativa para os profissionais de saúde e têm como objetivo aprimorar o atendimento durante o parto normal, minimizando riscos e assegurando um tratamento respeitoso e seguro para as mulheres, a fim de não violar seus direitos.⁶⁵

Apesar das diretrizes que garantem à mulher um tratamento digno e atendimento mais humanizado na gestação, parto, pós-parto e abortamento, a realidade é que os casos de violência obstétrica continuam ocorrendo por todo o país, de maneira que muitas mulheres sequer possuem conhecimento de que foram vítimas dessa forma de violência, o que faz com que os números reais da violência obstétrica não apareçam.⁶⁶

Disso resulta o questionamento sobre a efetividade dessas medidas, que vem sendo descumpridas, na perspectiva de refletir acerca da necessidade de uma legislação específica sobre o tema, acompanhada de respectiva tipificação penal para quem pratique violência obstétrica. Faz-se necessário expor que os momentos de gestação, parto, pós-parto e abortamento são situações difíceis para cada mulher, seja devido à vulnerabilidade, dor ou medo, quando o que a mulher busca em tais momentos é a segurança de um bom atendimento e o respeito pelo seu corpo e suas vontades.⁶⁷

Em detrimento disso, as mulheres se deparam com situações que podem causar consequências graves, e traumas irreversíveis por toda uma vida. A prática da violência obstétrica constitui uma violação aos direitos humanos das mulheres, conforme anteriormente destacado, além de ameaçar direitos como a vida,

⁶⁵ SANTOS, L.K. **TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**. 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/36509>. Acesso em 02 ago. 2024.

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ SANTOS, L.K. **TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**. 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/36509>. Acesso em 02 ago. 2024.

dignidade da pessoa humana, saúde, integridade física e psicológica da mulher.⁶⁸

Consequentemente, é possível verificar que a carência de uma legislação específica deixa as mulheres suscetíveis a essa forma de violência, que durante muitos anos foi banalizada e considerada comum. Diante disso, é necessário haver maior proteção aos inúmeros bens jurídicos violados com a prática da violência obstétrica, para que assim as mulheres possam ser verdadeiramente protegidas.⁶⁹ Considerando que os instrumentos atuais não são suficientes para diminuir a referida prática, faz-se necessário a tutela do direito penal sobre o tema, de maneira mais específica e incisiva.⁷⁰

Dado que a questão da violência obstétrica tem sido um tema de discussão global, o fazer legislativo brasileiro tem trabalho em projetos nesse sentido. Entre as várias iniciativas legislativas em andamento, destaca-se o Projeto de Lei nº 2.082/2022, que foi proposto pela Senadora Leila Barros (PDT/DF)⁷¹ e pretende alterar o Código Penal Brasileiro, para incluir o artigo 285-A, que, se aprovado, definirá a violência obstétrica como uma ação ilícita, direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou pós parto, que lhe cause dor, dano ou sofrimento, com pena de detenção de três meses a um ano e com agravante de pena caso a vítima de violência seja menor de 18 anos ou maior de 40 anos.⁷² Adicionalmente, a

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ SANTOS, L.K. **TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**. 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/36509>. Acesso em 14/10/2023. Acesso em 02 ago. 2024.

⁷¹ Idem.

⁷² Art. 285-A Constitui violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Parágrafo único. Caso a mulher vítima de violência seja menor de 18 anos ou maior de 40 anos.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

proposta tem como objetivo modificar a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) para instituir medidas no âmbito do SUS visando combater a violência obstétrica.

O projeto encontra-se em análise no Senado, mais precisamente na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, aguardando a nomeação de um relator. A iniciativa desse projeto de lei é de grande relevância, uma vez que define o conceito de violência obstétrica, estabelece sanções para aqueles que a infringem e tem como objetivo prevenir essa prática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, o projeto apresenta algumas lacunas, já que não especifica as condutas que caracterizam a violência obstétrica e deixa margem para interpretação, limitando-se a definir o conceito no *caput*. Além disso, não prevê circunstâncias agravantes nos casos mais graves que resultem em morte ou lesões corporais graves, gerando incerteza quanto à aplicação de tipos legais nos casos em que os efeitos da violência obstétrica vão além do descrito no *caput*.

Disso decorre a inevitável conclusão de que a tipificação penal, apesar de ter sua importância coercitiva, não afasta a necessidade de aprofundamento e continuidade de políticas públicas que envolvam debates com profissionais da área e a realização de audiências públicas para ouvir as vítimas, especialistas, médicos obstetras, enfermeiros(as) e doulas.

O trabalho da política pública é essencial, não apenas para a criação de uma legislação federal específica que defina as diversas formas de violência obstétrica, estabeleça procedimentos de prevenção e punição e introduza tipos penais específicos ou circunstâncias agravantes nos tipos penais já existentes, mas, sobretudo, porque a política propicia a efetiva aplicação da lei a partir da educação da população como um todo, a fim de que o campo penal não seja a primeira medida e sim a última.

CONCLUSÃO

Este presente estudo visou refletir sobre os danos causados as gestantes e parturientes, vítimas de violência obstétrica, bem como analisar todos os avanços legais e institucionais que ocorreram ao longo dos anos, que tiveram como propósito garantir o acesso à saúde desta classe. Nesse sentido, foram realizadas revisões bibliográficas sobre os temas de práticas violentas contra gestantes e parturientes, o avanço dos direitos materno-infantis ao longo dos anos e a importância da tipificação penal da prática de violência obstétrica, concluindo-se que há uma clara necessidade de aprimoramento no âmbito das políticas públicas voltadas à classe feminina e materna.

A responsabilização penal dos profissionais de saúde que cometam atos de violência obstétrica é fundamental para o avanço na temática da proteção da mulher contra qualquer tipo de violência. Nesse sentido, analisou-se o Projeto de Lei nº 2082/2022 que pretende modificar o Código Penal, do que se inferiu avanço parcial no tema, haja vista a existência de lacunas em termos de definições de tipos de violência, deixando o tipo penal muito aberto, sem a previsão de agravantes ou causas de aumento em situações mais graves.

Aliado a isso, a inexistência de regulamentação clara, a carência de orientações e punição dos profissionais de saúde e a falta de informação para as vítimas são fatores que contribuem para a continuidade da violência obstétrica, que deve ser combatida para afastar a sensação de impunidade. Portanto, torna-se imperativo que haja legislação e clara, a fim de garantir direitos às mulheres e auxiliar no combate da violência de gênero como um todo.

Conclui-se, assim, que as medidas para o combate à violência obstétrica no Brasil e sua penalidade no âmbito legal ainda estão longe do ideal. Por outro lado, apesar de alguns avanços legais significativos, o direito das gestantes e parturientes no país não se demonstra prioridade legislativa, o que gera reflexão sobre a

importância de maior atuação sobre o tema sobretudo por meio de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BRANDT GP, et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. RGS. 2018; 19(1):19-37. Disponível em:

<https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

BRASIL. Código Penal: decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília: Presidência da República, 1940.

BRASIL. Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.689%2C%20DE%2027%20DE%20JULHO%20DE%201993.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20extin%C3%A7%C3%A3o%20do,for%C3%A7a%20do%20disposto%20no%20art. Acesso em 11 out. 2024.

BRASIL. Projeto de Lei n. 2.082/2022. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Brasília: Senado Federal, 2022. Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleggetter/documento?dm=9189190&ts=1683728368917&disposition=inline&_gl=1*1vuxuj6*_ga*MTY2NDAxNjM4Ny4xNjIzMzU1NTk5*_ga_CW3ZH25XMK*MTY4NTY0MDYzNi4zLjAuMTY4NTY0MDYzNi4wLjAuMA. Acesso em 02 ago. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Vítimas de violência obstétrica denunciam negligências médicas. Fonte: Agência Câmara de Notícias. Disponível em: <Vítimas de violência obstétrica denunciam negligências médicas - Notícias - Portal da Câmara dos Deputados>. Acesso em 20 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica, 2010. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em 02 ago. 2024.

FAUNDES, A. CECATTI, JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad. Saúde Pública 7 (2).

Jun 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>. Acesso em 02 ago. 2024.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Agosto de 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em 11 out. de 2024.

GIGLIOLA, Monise Gleyce de Araujo Pontes; LIMA, Marcos Bernardo de; FEITOSA, Izayana Pereira; TRIGUEIRO, Janaína Von Söhsten. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. Revista Ciências da Saúde Nova Esperança, junho de 2014; 12 (1): 69-78. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em 02 ago. 2024.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Acesso em 02 ago. 2024.

MINAYO, M.C.Souza. GUALHANO, L. Existe solução para o excesso de cesarianas no Brasil? (online). SciELO em Perspectiva | Press Releases, 2022. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2022/02/18/existe-solucao-para-o-excesso-de-cesarianas-no-brasil/>. Acesso em 02 ago. 2024.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M., A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>. Acesso em 02 ago. 2024.

NERY, V.P.; LUCENA, G.P. Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(27):89-98. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/92/1/Vanilde%20Nery_0006985.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Informe mundial sobre a violência e a saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-148>. Acesso em 02 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Genebra, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.

SANTOS NETO, E.T.D; ALVES, K.C.G; ZORZAL, M.; LIMA, R. D. C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Parte I - Artigos Temáticos - Gênero, Corpo e Conhecimento, Saude soc. 17 (2), Jun 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em 02 ago. 2024.

SANTOS, L.K. TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – Repositório Universitário da Ânima (RUNA). 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/36509>. Acesso em 02 ago. 2024.

SOUZA PEREIRA, J.; OLIVEIRA SILVA, J. C. de; BORGES, N. A.; GONÇALVES RIBEIRO, M. de M.; JARDIM AUAREK, L.; KALIL DE SOUZA, J. H. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: OFENSA À DIGNIDADE HUMANA. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR. Vol.15, n.1, pp.103-108 (Jun–Ago2016). Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/jspui/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%c3%aanciaObst%c3%a9tricaOfensa.pdf. Acesso em 02 ago. 2024.