

**ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR
CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA – ASCES/UNITA
BACHARELADO EM DIREITO**

FERNANDA RAFAELA SANTOS DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE PENAL QUANTO AO
ERRO MÉDICO.**

CARUARU

2020

FERNANDA RAFAELA SANTOS DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE PENAL QUANTO AO
ERRO MÉDICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES-UNITA, como requisito parcial, para obtenção do grau de bacharel em direito, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Paula Isabel Bezerra Rocha Wanderley.

CARUARU

2020

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: __/__/__

Presidente: Prof. Dr^a. Paula Isabel Bezerra Rocha Wanderley

Primeiro Avaliador: Prof.

Segundo Avaliador: Prof.

RESUMO

A violência obstétrica é um tipo de violência bastante específica, pois ocorre contra a mulher grávida, podendo acontecer no momento da gestação, parto, nascimento e, até mesmo após o parto. Esse tipo de violência também pode ocorrer no atendimento hospitalar pós aborto. Sua prática se dá de diversas formas, sendo elas, verbais e físicas. As consequências desse tipo violento podem ser gravíssimas acarretando tanto os danos físicos quanto os psicológicos que podem acompanhar a vítima pelo resto da vida. A ideia principal do presente artigo é demonstrar que esse tipo de violência decorre do erro médico que pode se dar por imprudência, negligência ou imperícia e, por muitas vezes, traz danos irreversíveis ao paciente. O que se observa é que a prática da violência obstétrica fere diversos princípios fundamentais garantidos à mulher gestante garantidos pela Constituição Federal de 1988, como por exemplo, o princípio da dignidade humana. O ponto principal será abordar a responsabilização aos agressores que podem ser regidas por diversos âmbitos do direito, como o civil, que aborda a responsabilidade das pessoas jurídicas de direito público e privado prestadoras de serviços, o penal, que busca punir os agressores que cometam a violência obstétrica através de ameaças, maus-tratos, lesão corporal e etc. e, também, o Código de Ética Médico. Ocorre que, por muitas vezes, as parturientes desconhecem seus direitos e não buscam punir os agressores, contribuindo para que os médicos reiterem essas práticas e atinjam mais mulheres, que, infelizmente, ficam com cicatrizes e traumas para o resto da vida. O presente artigo tem sua metodologia pautada na pesquisa de cunho exploratório de característica bibliográfica, buscando descrever a responsabilidade penal quanto ao erro médico ligada a violência obstétrica.

Palavras-Chave: Violência Obstétrica. Erro médico. Responsabilidade Civil. Responsabilidade penal.

ABSTRACT

Obstetric violence is a very specific type of violence, as it occurs against pregnant women, and can happen at the time of pregnancy, delivery, birth and even after delivery. This type of violence can also occur in post-abortion hospital care. Its practice occurs in several ways, being them, verbal and physical. The consequences of this violent type can be very serious, causing both physical and psychological damage that can accompany the victim for the rest of his life. The main idea of this article is to demonstrate that this type of violence results from medical errors that can occur due to recklessness, negligence or malpractice and, often, causes irreversible damage to

the patient. What is observed is that the practice of obstetric violence violates several fundamental principles guaranteed to pregnant women guaranteed by the Federal Constitution of 1988, such as, for example, the principle of human dignity. The main point will be to address accountability to aggressors that can be governed by different areas of law, such as civil law, which addresses the responsibility of legal entities under public and private law that provide services, the criminal law, which seeks to punish aggressors who commit the crime. obstetric violence through threats, mistreatment, personal injury, etc. and, also, the Medical Code of Ethics. It happens that, on many occasions, the parturients are unaware of their rights and do not seek to punish the aggressors, helping doctors to reiterate these practices and reach more women, who, unfortunately, are left with scars and trauma for the rest of their lives. This article has its methodology based on exploratory research with a bibliographic characteristic, seeking to describe the criminal responsibility for medical error related to obstetric violence.

Keywords: Obstetric violence. Medical error. Civil responsibility. Criminal liability.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DO PARTO	6
2.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO	7
2.2 A PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	9
3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	11
3.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	13
3.2 CARACTERÍSTICAS E PRÁTICAS CONSIDERADAS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	14
4. ERRO MÉDICO	16
4.1 RESPONSABILIDADE PENAL E CIVIL DECORRENTE DO ERRO MÉDICO SUBMETENDO A MULHER A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	18
4.2 A RESPONSABILIDADE PENAL DOS OPERADORES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	21
4.3 A VIVÊNCIA DO LUTO PERINATAL A PARTIR DA PERSPECTIVA MATERNA	23
4.4 A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO O ERRO MÉDICO E SEU ENQUADRAMENTO COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
6. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança, assim como, o parto, representa um momento muito especial na vida de uma mulher, porém, diversas vezes são recordados como uma experiência de grande comoção na qual a mulher se sente violentada e desrespeitada por aqueles que deveriam lhe prestar a total assistência. A violência cometida contra mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, é denominada de violência obstétrica, ela que é tipificada como o ato de violência física, psicológica e também emocional durante todo esse estado gravídico e puerperal, sendo assim qualificada por procedimentos desrespeitosos, agressivos, intervenções médicas desnecessárias que aumentam as dores da parturiente e até insultos constrangedores, atos esses que causam a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida delas. Inúmeras são as demonstrações desse tipo de violência, das mais leves às mais complexas. Os cuidados obstétricos durante todo o estado gravídico, devem reconhecer que toda mulher tem o direito legal de: receber tratamento livre de danos e maus-tratos; obter informação, consentimento esclarecido com possibilidade de recusa e garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo o acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica; privacidade; e ser tratada com dignidade;

Deste modo, este tipo de violência pode se revelar em diferentes cenários, que vão desde o pré-natal até o pós-parto, dentre eles fica claro e evidente a violência praticada em gestantes nas unidades de saúde no período do parto, na qual é denominada violência institucional obstétrica.

Estabelecendo um apanhado histórico, percebe-se que esse tipo de prática da violência era oculto à sociedade até o séc. XX, na qual emergiram principalmente na década de 90 os primeiros relatos de violência institucional obstétrica ao redor do mundo, a destacar, a divulgação de uma matéria intitulada “Crueldade nas Maternidades”, na Ladies Home Journal, uma revista norte-americana destinadas a mulheres do lar, na qual descreviam os tratamentos torturantes recebidos pelas parturientes.

A partir da propagação da realidade que acometia o ciclo gravídico das

mulheres em questão, surgiram diversas tentativas de combate e prevenção desta realidade, dentre elas: no Reino Unido, em 1958, com a criação de uma sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas; posteriormente, em 1958, a publicação de um documento de violações dos direitos humanos contra mulheres durante o parto, pelo Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher, dentre outras iniciativas (Diniz, 2015).

Apesar de ser considerado um assunto contemporâneo, o sofrimento das mulheres é registrado em vários momentos históricos em todo o mundo, onde dentre todo esse tempo, podemos destacar na segunda década do século XXI, o marco da maior visibilidade e interesse de estudos sobre o tema, produções de documentários, atuações de diversas instâncias do Ministério Público, ações no judiciário, assim como um novo conjunto de intervenções de saúde pública. Uma em cada quatro mulheres, alega ter sido vítima de violência obstétrica, no entanto, podemos estimar que a incidência seja ainda mais catastrófica, tendo em vista que o conceito ainda não é amplamente conhecido e que o tema ainda é pouco divulgado e muitas ainda não conseguem se reconhecerem como vítimas, já que só recentemente esse tipo de violência contra a mulher começou a ser tipificada. Como o tema é atual, ainda encontra-se cercado de hesitações, sendo necessário um mapeamento provisório de suas magnitudes, origens, definições, impactos sobre a saúde materna e propostas de prevenção, de forma a fazer melhor justiça à sua importância em termos de Saúde Pública.

O estudo está tipificado como exploratório de característica Bibliográfica, por descrever sobre: A violência obstétrica e responsabilidade penal quanto ao erro médico, é capaz de afetá-las drasticamente.

A partir de então, foi possível usar todo conteúdo teórico para interpretar e explicar a realidade vivenciada no âmbito hospitalar durante o trabalho de parto, o que caracterizou este trabalho também como explicativo, contendo abordagem qualitativa-quantitativa.

Conforme taxionomia proposta por Vergara (2000, p.46), o trabalho teve como suporte os seguintes tipos de pesquisas: a) Utilização de livros e artigos científicos, b) Legislações e Jurisprudências a respeito do tema.

O objetivo principal deste artigo é mostrar que a violência obstétrica decorre de erro médico que deve ser analisado e punido. Por esse motivo, se fala em responsabilidade penal e civil dos praticantes desse tipo de violência.

Inicialmente foi analisado a história do parto mostrando sua evolução ao longo dos séculos.

Por sua vez, nos tópicos seguintes, será retratada a história do parto humanizado, o qual busca adotar procedimentos com a mínima invasão hospitalar, fazendo o nascimento do bebê cada vez mais humano e acolhedor, sendo mais uma forma de evitar a violência obstétrica. Outro fator destacado é a humanização assistencial buscando que os profissionais da área da obstetrícia hajam com cuidado e respeito para que o parto seja cada vez mais humano, como era nos séculos passados.

Subsequentemente, adentra-se no assunto principal do artigo, a violência obstétrica, caracterizada pelo momento de sua prática que pode acontecer ao longo de toda gestação, durante o parto, nos cuidados pós-parto e até mesmo no atendimento pós aborto. Esse tipo de violência praticada pelos profissionais de saúde é cada vez mais comum, correlacionando-se com o erro médico, bem como trazendo consequências que podem acompanhar a vítima por muito tempo, na maioria das vezes, de cunho psicológico.

Por fim, a questão levantada é se há a responsabilização dos agressores. Restou claro que o âmbito penal e civil comportam normas que se adequam a esse tipo de agressão e traz punições para aqueles que a cometem, entretanto, pelo fato das pessoas desconhecerem tais normas, acaba que os agressores saem impune, pois as vítimas não buscam denunciar as agressões sofridas.

2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DO PARTO

A realização do parto por muitos milênios foi considerada uma atividade eminentemente feminina, e era tradicionalmente realizada pelas parteiras, que também cuidavam do corpo feminino e dos recém-nascidos. As parteiras eram depositárias de um saber popular, que foi produzindo lendas e crendices sobre o corpo gravídico, associados à natureza. Assim sendo, durante muito tempo, as mulheres em trabalho de parto eram auxiliadas por outras mulheres, que poderiam ser dos parentes, vizinhas ou amigas, ou as mulheres reconhecidas pela sua experiência ou competência para tal acompanhamento, no caso as parteiras (BRENES, 2005).

Essa prática se disseminou pelo mundo, e assim, os obstetras ocuparam lugar de destaque nos partos. Em vez de serem observadores atentos, vigilantes aos partos

que se tornam patológicos, este tenta superar a própria natureza, intervindo muitas vezes sem necessidade no parto que evolui normalmente. Em pouco tempo se multiplicaram o número de instrumentos obstétricos para abordar a dificuldade acrescida. Dentro de um contexto de uma sociedade machista, o homem expropriou o parto das mulheres.

Engelmann, em 1888, distribui a história da obstetrícia em três fases: a empírica, em que a assistência é totalmente feminina e o médico é eventualmente chamado por conta de sua força física; a cirúrgica, que é caracterizada pelo desenvolvimento de manobras e operações, e se multiplica a invenção de instrumentos quase sempre mutiladores; e a anatômica, na qual a tocologia se emancipa da cirurgia e se aproxima do ideal, que é assistência ao parto dentro da anatomofisiologia obstétrica (ENGELMANN, 1888 apud BRIQUET, 2011).

2.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Parto humanizado não é necessariamente um parto natural, sem analgesia, de cócoras, abraçada na árvore. Pode ser assim, se for a vontade da gestante.

A palavra principal na humanização do parto é sempre o respeito: prestar informações adequadas, atualizadas e baseadas em evidências científicas, ao invés de inventar desculpas esdrúxulas para induzir a mulher a uma determinada conduta; respeitar as decisões da mulher; entender que cada mulher é única e tem seu contexto social, medos, anseios e expectativas; sempre informar e explicar sobre condutas ou intervenções eventualmente necessárias; entender que os protagonistas do parto são a mulher e o bebê.

A assistência humanizada parte do princípio de que a mulher é livre. Especialmente quando bem informada, ela está apta a fazer as próprias escolhas sobre como ter o seu bebê. A equipe respeita o protagonismo da mulher e todas as intervenções, quando necessárias, são conversadas com ela. Dessa forma, a mulher pode vivenciar o momento do parto plenamente. Nesse, a autonomia da mulher é respeitada e incitada. Isso significa que em um parto humanizado a assistência multiprofissional estará voltada às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais de cada mulher.

Logo, para que um parto seja humanizado não é possível impor um modelo de assistência à mulher e ao bebê, pois a humanização do parto implica na escuta da diversidade do desejo e da potência de cada mulher. Essas colocações convergem à afirmação de que o parto é um evento biopsicossocial, sua redução a um evento fisiológico ou um evento cirúrgico frequentemente produz desassistência e violências simbólicas contra as mulheres e seus bebês. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; 2018.)

A principal ferramenta para a humanização do parto é a escuta. A escuta cabe a todos os profissionais que constituem a cena do pré-natal e parto. Uma escuta empática e respeitosa, capaz de compreender que a humanização não está à serviço da equipe de saúde, mas sim está a serviço da mulher e seu bebê.

No país com o maior índice de cesarianas desnecessárias, é cultural que muitas mulheres tenham medo do parto normal. Até porquê, por muitos anos, partos normais em sua maioria foram mal assistidos, com direito a violência obstétrica de brinde.

As mulheres cada vez mais têm buscado uma coisa importantíssima chamada informação, e é por meio dessa busca que tantos profissionais precisaram adequar suas práticas, melhorar sua assistência e entender de uma vez por todas que as mulheres têm buscado clareza sobre o que deve ou não ser feito.

As doulas, educadoras perinatais, enfermeiras, médicos que preconizam o bem-estar materno e fetal com responsabilidade e respeito, são suporte informacional para mulheres que sabem os enormes benefícios do parto normal frente a uma cirurgia cesariana desnecessária. Essa cirurgia que salva vidas, e é incrivelmente bem-vinda quando necessária. Mas induzir a mulher a fazê-la pelo bem-estar da própria agenda, pode trazer riscos severamente aumentados para o binômio mãe-bebê.

“A maneira como nascemos tem efeitos por toda a nossa vida” (ODENT,2002, p.129).

O que acontece com uma pessoa entre a vida fetal e o primeiro ano de vida afeta a capacidade dela de amar os outros e a si mesma, quem afirma isso é o obstetra francês, Michel Odent, que estuda a relação entre o período primal, que vai da concepção, gravidez, parto, pós-parto; até ao primeiro ano de vida da criança, e a saúde e o comportamento da pessoa na idade adulta.

Numa entrevista ao jornal catalão La Vanguardia, Michel Odent disse também que o ambiente em torno da mulher no momento do parto é muito importante;

Parir na penumbra (pouca iluminação), num ambiente silencioso, sentindo-se segura, sem ser observada, livre para se mover e parir na posição que quiser, segundo o especialista, é imprescindível para que o parto corra bem. (ODENT, 2002,P.134.)

O motivo dele citar isso, é que quando a mulher entra em trabalho de parto, é ativada a zona mais primitiva do nosso cérebro. Se houver agitação, pessoas, conversas, luz forte no ambiente, intervenções e muito movimento externo à mulher ela ativa a parte mais recente do nosso cérebro, o Neocórtex que é a parte racional. O momento do parto é em si algo primitivo, algo animalesco, algo que não requer pensamento nem racionalização. Apenas é necessário deixar o corpo fluir no seu tempo. Cada corpo é um mundo. Cada mundo tem o seu tempo e ritmo; É necessário e muito importante respeitar o corpo e tempo de cada mulher, de cada gestação, desde que esteja tudo bem com o bebê e a mãe.

2.2 A PERSPECTIVA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Os humanizadores ressaltam que, para o sucesso do parto, o ambiente deve ser o mais acolhedor possível. Dr. Galba de Araújo, em sua conferência sobre a Humanização do Parto e Nascimento, em Fortaleza, em 2010, resalta que, além do trabalho de humanização do parto, ele visava igualmente humanizar os hospitais, criando um ambiente de confiança para as parturientes. Assistir as mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é compromisso fundamental de todos os profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde da mulher, atendendo dessa forma as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O parto é um evento biológico e social integrante da vivência reprodutiva de homens e mulheres. A gestação, o parto e puerpério constituem uma das experiências humanas mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos os que dela participam. Assim, cabe à equipe multiprofissional em obstetrícia aproveitar o período da gestação até o parto, em que modificações físicas, sociais e psicológicas na vida da mulher ocorrem, para realizar ações educativas sobre o autocuidado e preparando-a, física e emocionalmente, para enfrentar o trabalho de parto e parto, de maneira mais segura e tranquila. Devem ainda os profissionais de saúde questionarem-se em relação ao papel que desenvolvem frente a assistência à mulher em trabalho de parto e parto, procurando valorizar a pessoa individualmente

pelo que ela é e sente, buscando transformar essa assistência em um procedimento humanizado.

É relatado segundo Oliveira, em relação às atitudes dos profissionais que integram o mundo da maternidade, que elas são fundamentais para a humanização do cuidado. Dizem ainda que a participação interdisciplinar humaniza a equipe e, conseqüentemente, a própria assistência no ambiente institucionalizado: Atitudes que levam o profissional a estar aberto e disponível ao diálogo, às mudanças, a compartilhar conhecimentos, à incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas, ou seja, a uma atitude interdisciplinar. Os profissionais passam a falar a mesma linguagem, não se contradizem, se complementam; não tomam atitudes opostas e, conseqüentemente, todos estes aspectos se refletem na qualidade da experiência parturitiva, uma vez que a mulher/parturiente e a família percebem e sentem-se mais tranquilas e seguras (OLIVEIRA,2001, p. 56).

Sobre o tema:

O parto humanizado é a garantia da melhoria da qualidade da assistência. Através dessa assistência, as parturientes desfrutam de recursos para tornar o processo de parturição mais saudável e seguro. São medidas simples que viabilizam uma qualidade diferenciada na assistência ofertada pelos profissionais de saúde no centro obstétrico, e até mesmo pelo acompanhante que auxilia na promoção do apoio psicológico. (MOURA, 2002, p. 65).

As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde sobre a humanização do atendimento à gestante e à parturiente datam do ano 2000, quando a Organização Mundial da Saúde – OMS já alertava os países membros no sentido de adotar estratégias visando à humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Dessa forma, a OMS classifica as práticas comuns na condução do parto normal, categorizando-as de acordo com o bem-estar e conforto da parturiente. Por um lado, a OMS coloca algumas práticas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz.

Em outro, estão aquelas que deveriam ser estimuladas em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente. E ainda, mostra procedimentos usados regularmente, porém de maneira inapropriada. De acordo com o que elabora o Ministério da Saúde (p. 38) sobre a Assistência Humanizada à Mulher, o conceito de humanização da assistência ao parto refere ser um processo que inclui desde a

adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes.

Na posição de Oliveira:

As condutas relativas a uma tecnologia apropriada em Obstetrícia propõem a humanização da atenção durante a gestação e o parto. A ênfase colocada na valorização da comunicação humana e nas relações interpessoais, na satisfação das necessidades das clientes (sem recorrer necessariamente a técnicas e métodos complexos, nem expondo normas cujos fundamentos não são válidos) e na priorização do natural. (2018, p. 195)

Em síntese, é preciso analisar as tecnologias utilizadas segundo as modalidades de atendimento e adotar aquelas que avaliam como adequadas em termos de sua capacidade de satisfazer as verdadeiras necessidades do ser humano. Isso implica atuar com um critério de responsabilidade social. Exercendo seu papel normatizador e regulador, o Ministério da Saúde vem implantando um conjunto de ações através de portarias ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A especialidade obstetrícia é mundialmente a que contém maior número de infrações às normas legais. Também conhecida como violência institucional na atenção obstétrica, a violência obstétrica abrange momentos distintos, quais sejam, pré-natal, parto, pós-parto e situações de abortamento, podendo ser perpetrada de modo verbal, físico, psicológico ou até mesmo sexual, expressando-se ainda, de modo explícito ou velado. (KONDO et al, 2014).

Segundo D'Oliveira, Diniz e Schraiber esta violência é expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Outras pesquisas também apontam, como uma forma específica ilustrativa deste tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do

momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas. (DINIZ, 2001; AGUIAR, 2010).

Quando a mulher sofre uma violência obstétrica o seu estado psíquico poderá não suportar tanta pressão, podendo desencadear transtornos psicológicos. Vale ressaltar que nem todas as mulheres que sofreram violência poderão desencadear alguma alteração psicológica, muitas mulheres que sofrem esse tipo de agressão acabam não dando tanto importância ou até mesmo esquecem os maus tratos, pelo fato da maternidade requerer novas demandas, por sentir medo de denunciar, não saber o que caracteriza uma violência e achar que é normal as atitudes dos profissionais, ou até mesmo por ficarem realizadas com o nascimento do bebê.

Durante o parto e o nascimento a mulher poderá ficar mais vulnerável psicologicamente e fisicamente, o que torna mais suscetível a violência. Algumas mulheres poderão apresentar sentimento de indignação, revolta, medo de ter outro filho, frustração, impotência, quadros depressivos, transtorno de ansiedade, fobias, compulsões alimentares, distúrbio do sono, TOC, estresse pós-traumático, baby-blues e psicose puerperal. Esses transtornos causam um grande impacto na saúde mental da mulher podendo afetar o vínculo mãe-bebê.

É essencial que o profissional médico obstetra esteja atento aos preceitos legais e as normas de conduta a fim de evitar processos disciplinares e judiciais cíveis e penais. Lamentavelmente, no Brasil temos a polarização de dois tipos de partos, o normal, em que a mulher sofre múltiplos toques vaginais, uso indiscriminado de ocitocina venosa, episotomia, restrição à livre movimentação e impossibilidade em escolher a posição no nascimento; E a cesariana, em que a mulher perde o protagonismo, mas acaba enxergando na cirurgia uma fuga para essas violências.

O Ministério da Saúde tem elaborado políticas assegurando acesso à humanização no parto, melhora da assistência obstétrica, acompanhamento de pré-natal, parto e puerpério, tendo como elemento principal a humanização. O segredo para evitar esse trauma não é partindo para uma cirurgia desnecessária, a chave é o conhecimento sobre o mecanismo do parto, reais indicações de cirurgia, reais indicações de intervenções.

Caso a mulher sofra violência obstétrica, ela pode denunciar no próprio estabelecimento ou secretaria municipal/estadual/distrital; nos conselhos de classe (CRM quando por parte de profissional médico, COREN quando por enfermeiro ou técnico de enfermagem) e pelo 180 ou Disque Saúde – 136.

a. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Os dados do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” revelam que na atenção obstétrica brasileira, apenas 5% dos partos vaginais ocorrem sem intervenções (LEAL, 2012). Sendo que 25% das mulheres relatam que sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e desnecessários, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Na compreensão desse processo, o termo violência institucional é caracterizado como a atuação do profissional de saúde dentro da instituição de atendimento, atrelando, de certa maneira, sua atuação às condições físicas, organizacionais e de recursos da mesma (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Nesse sentido, de acordo com a legislação argentina e a venezuelana (uma vez que não há leis brasileiras com essa definição) a violência obstétrica é definida como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. A lei Venezuelana complementa ainda como consequência a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (AGUIAR, 2010, p. 140).

A partir do ano 2000 esse tema passou a ser amplamente discutido no Brasil com a elaboração da Política Nacional de Humanização do Parto, que tem como objetivo transformar a realidade da assistência ao parto no Brasil e melhorar a qualidade no cuidado às parturientes. Porém, a efetiva mudança deste cenário exige mais do que políticas de saúde, sendo fundamental a superação das relações de poder e de dominação sobre a mulher para a construção de um novo modelo assistencial ao parto.

Por meio de uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal, a Justiça Federal julgou no dia 29 de maio que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve a partir de então credenciar enfermeiros obstétricos e

obstetrias nas operadoras de planos de saúde e hospitais conveniados, bem como restituir os serviços e consultas prestados por esses profissionais, seja em atendimentos nas entidades ou consultas pré-natais, como também pós-parto.

Tal decisão é fruto da relevância da enfermagem brasileira, contribuída pela campanha Nursing Now (Enfermagem Agora), que ressalta as práticas avançadas na enfermagem. Além disso, não podemos esquecer que o fato de o Brasil estar passando por uma transição no que diz respeito ao parto e nascimento, faz com que a Enfermagem Obstétrica cresça e se fortaleça com o auxílio também do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), além dos Conselhos Regionais.

E como resultado observa-se que a qualificação, a regulação e a prática são vantajosas ao processo de gestação e parto, trazendo dessa maneira maior segurança às mulheres.

Ademais, o próprio coordenador da Comissão de Saúde da Mulher do Cofen, o Sr. Herdy Alves, confirmou a importância da igualdade afirmando que: “As mulheres têm o direito de decidirem por um parto assistido por enfermeiras obstétricas ou por médicos. Nesse sentido, a lei do exercício profissional e outras legislações, tanto do Ministério da Saúde quanto do Cofen, garantem o processo de cuidado, desde o parto domiciliar até nos consultórios, com o acompanhamento pré-natal, durante o parto e o puerpério.” Além da inclusão dos profissionais obstetras, a ANS deve criar notas de qualificação para que as operadoras e os hospitais reduzam o número de cesarianas e incentivem as práticas humanizadas no nascimento.

b. CARACTERÍSTICAS E PRÁTICAS CONSIDERADAS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Recusa de atendimento, intervenções e procedimentos médicos não necessários, agressões verbais. Sofrer algum tipo de violência obstétrica é realidade para 1 em cada 4 mulheres no Brasil, segundo o estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, feito pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, em 2010. O termo violência obstétrica se refere aos diversos tipos de agressão a mulheres gestantes, seja no pré-natal, no parto ou pós-parto, e no atendimento de casos de abortamento.

Violência por Negligência:

Negar atendimento ou impor dificuldades para que a gestante receba os serviços que são seus por direito. Essa violência ocasiona uma peregrinação por atendimento durante o pré-natal e por leito na hora do parto. Ambas são bastante

perigosas e desgastantes para a futura mãe. Também diz respeito a privação do direito da mulher em ter um acompanhante, o que é protegido por lei desde de 2005.

Violência Física:

Práticas e intervenções desnecessárias e violentas, sem o consentimento da mulher. Entre elas, estão a aplicação do soro com ocitocina, lavagem intestinal (além de dolorosa e constrangedora, aumenta o risco de infecções), privação da ingestão de líquidos e alimentos, exames de toque em excesso, ruptura artificial da bolsa, raspagem dos pelos pubianos, imposição de uma posição de parto que não é a escolhida pela mulher, não oferecer alívio para a dor, seja natural ou anestésico, episiotomia sem prescrição médica, “ponto do marido”, uso do fórceps sem indicação clínica, imobilização de braços ou pernas, manobra de Kristeller (o procedimento foi banido pela Organização Mundial de Saúde, em 2017 mas ainda ocorre em algumas maternidades).

A questão da cesariana também pode ser considerada uma prática de violência obstétrica, quando utilizada sem prescrição médica e sem consentimento da mulher. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o segundo país com maior percentual de partos realizados por cesárea no mundo: enquanto a OMS orienta uma taxa ideal entre 25 e 30%, a realidade brasileira aponta que 55,6% dos partos são realizados com essa prática.

O percentual é ainda mais alto na medicina privada, na qual 85,5% dos partos são feitos a partir de cesariana, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Violência Verbal:

Comentários constrangedores, ofensivos ou humilhantes à gestante. Seja inferiorizando a mulher por sua raça, idade, escolaridade, religião, crença, orientação sexual, condição socioeconômica, número de filhos ou estado civil, seja por ridicularizar as escolhas da paciente para seu parto, como a posição em que quer dar à luz.

Psicológica:

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança.

Violência Obstétrica em Casos de Abortamento:

Embora seja muito aliada ao parto em si, mulheres que sofreram um aborto também podem ser vítimas de violência obstétrica.

Isso pode acontecer de diversas maneiras: negação ou demora no atendimento, questionamento e acusação da mulher sobre a causa do aborto, procedimentos invasivos sem explicação, consentimento ou anestesia, culpabilização e denúncia da mulher. Todos esses tipos de violência podem influenciar no desenvolvimento de uma depressão pós-parto, no não desejo de uma próxima gestação, no medo do próximo parto e, até mesmo, no exercício da vida sexual da mulher.

Os Agressores:

Embora o termo violência obstétrica possa sugerir que apenas os médicos e médicas obstetras adotem práticas que agridam e inferiorizam as futuras mães, uma série de outros profissionais também podem cometer violência contra as gestantes.

3. ERRO MÉDICO

Os erros médicos, quase sempre, causam sofrimento e dano aos pacientes, o que, aliado a uma relação médico-paciente insatisfatória, é responsável por grande parte das denúncias feitas no CRM (Conselhos Regionais de Medicina). Falhas cometidas por profissionais de outras áreas podem não acarretar maiores sequelas, mas os erros dos médicos frequentemente provocam resultados indesejados e, muitas vezes, resultados irreversíveis.

Há três maneiras de classificar o erro médico: imperícia, quando o médico realiza procedimento para o qual não é habilitado, o que corresponde a um despreparo prático ou teórico por insuficiência de conhecimento; imprudência, quando o médico assume riscos para o paciente sem respaldo científico para o seu procedimento, agindo sem a cautela necessária; e negligência, quando não oferece os cuidados necessários ao paciente, sugerindo passividade ou um ato omissivo.

O médico é passível de julgamento em dois tribunais: o da Justiça comum, que segue os preceitos do Código Penal e Civil, e o dos Conselhos de Medicina, cujo os julgamentos se baseiam no Código de Ética Médica. O principal artigo do Código de Ética Médica (CEM) que caracteriza o erro médico é o artigo 29, determinando que "é vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência"

Nos países subdesenvolvidos como a Angola, Etiópia e Moçambique, a probabilidade de ocorrer erro médico é ainda maior, devido à estrutura inadequada, aos equipamentos precários e ao baixo investimento em custos operacionais essenciais aos serviços de saúde. No Brasil, não existem dados sobre o assunto, mas alguns estudos demonstram que o número de denúncias por erros médicos vem crescendo cada vez mais nos últimos anos.

O médico representa o ser humano investido da prerrogativa sobre-humana de amenizar a dor, mitigar o sofrimento e adiar a morte do semelhante. Por isto, o seu erro assume proporções dramáticas, representa a negação do bem, mas nunca a intenção do mal. No entanto, a repercussão do erro sobre o paciente depende do grau de parceria estabelecido no binômio médico-paciente, no íntimo dessa relação complexa e melindrosa voltada para a busca do bem.

Quando há uma parceria ativa, bilateral, marcada pelo respeito, pela afeição e pela transparência e consumada sob os auspícios da autonomia, essa relação alcança um elevado e primoroso grau de compreensão e tolerância mútuas. Não a ponto de consentir erros de parte a parte, mas de tornar as falhas compreensíveis e ensejar o exercício do perdão na parte ofendida ou pelo menos uma respeitosa tolerância.

O que mais irrita o paciente e sua família é a arrogância do médico apoiada à sua concepção de excelência técnica. A arrogância, unilateral e de cima para baixo é incompatível com a boa relação médico-paciente. O âmago dessa relação depende do respeito bilateral, da atenção ao paciente como um ser humano subtraído de seu ambiente familiar e do seu convívio social de origem, refém de uma instituição não prazerosa, além da ameaça de estranhas enfermidades, dolorosas ou humilhantes.

Não temos como afirmar que uma boa relação médico-paciente possa inibir a denúncia ou alavancar no paciente um sentimento de resignação pelo prejuízo orgânico ou funcional. Mas seguramente a boa relação médico-paciente é um estímulo subjetivo para o acerto de atitudes e um espaço adequado ao entendimento das partes, sobrevivendo um diálogo mais rico e proveitoso onde o médico, mais a vontade, formula perguntas acertadas e capricha no exame físico; nesse ponto sobrevêm o prazer do toque que presume amizade e não rejeição.

4.1 RESPONSABILIDADE CIVIL DECORRENTE DO ERRO MÉDICO SUBMETENDO A MULHER A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nos termos do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Garantir a oferta deste direito é dever de todos os entes federados, que devem agir em cooperação técnica e financeira, para garantir uma organização estrutural, hierarquizada e eficaz. No mesmo sentido, a Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei do Sistema Único de Saúde dispõe evidentemente, em seu artigo 17, tanto sobre a execução direta dos serviços pelos municípios, quanto o dever do Estado em prestar apoio financeiro e técnico, executando de forma complementar, ações e serviços de saúde.

Foi também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199, que concedeu à iniciativa privada o direito de ofertar serviços de saúde. Um dos serviços prestados é o acompanhamento gestacional, que tem por objetivo avaliar a saúde da mulher e do feto, buscando garantir tanto o bem-estar da mulher, quanto identificar precocemente fatores de risco e patologias, promover tratamentos precoces como forma de garantir a qualidade de vida da mãe e do bebê.

Entretanto, tem aumentado significativamente os casos de violência contra a mulher na fase gestacional promovida justamente dentro das unidades de saúde públicas e privadas, sendo esta condição definida como violência obstétrica.

Sendo preconizado como direito de todos, deve haver responsabilidade civil na execução desses serviços para o cidadão. Para tanto, se faz necessário compreender que essas responsabilidades compõem a obrigatoriedade em reparar um dano ou violação de algum direito do indivíduo na sociedade prevista em contrato ou não.

Nesse sentido, a responsabilidade civil do Estado deve ser efetivada em consequência da atividade estatal desenvolvida. Sendo delimitada na CRFB/88 no parágrafo 6º do Artigo 37, na qual a responsabilidade das pessoas jurídicas de direito público e de direito privado prestadoras de serviços públicos diante dos danos que seus agentes causarem a terceiros.

A teoria clássica da responsabilidade civil tem em sua base a adoção da culpa como pressuposto para caracterização de uma determinada situação. Pela qual se

entende que não havendo culpa, não há responsabilidade de reparos com indenizações, assim, cabe provar se existiu a culpa do agente público quando se tratar de algum dano causado pelo Estado.

Mello (2011, p. 1000-1001), traz que a responsabilidade civil do Estado:

Caracteriza-se pelo dever deste de indenizar os danos patrimoniais causados a terceiros por atos da administração pública, seja por atos omissivos ou comissivos. A responsabilidade patrimonial extracontratual do Estado é caracterizada pela reparação econômica pelos danos sofridos por comportamentos unilaterais, lícitos ou não, comissivos ou omissivos, materiais ou jurídicos.

Destarte, a responsabilidade do atendimento contratual e a extracontratual surgem quase sempre concomitantemente. Ademais, o atendimento por intermédio do serviço público patrocinado pelo Estado, caracteriza a responsabilidade objetiva para entidade, e responsabilidade extracontratual para o profissional (GIOSTRI, 1999, p. 61).

Em situações de erros causados por agentes públicos, caberá ao Estado caso venha ser condenado, providenciar o ressarcimento ao lesado, restando o direito a efetivação de uma ação regressiva contra ato do seu servidor.

Especificamente em relação à violência obstétrica, devido à falta de legislação existente sobre o tema, geralmente as ocorrências destas condutas acabam por ser demandadas como erro médico, exigindo a necessidade de provas documentais e testemunhais que possam permitir a apuração da ocorrência do erro médico, o que dificulta a punição dos agressores deste tipo de violência.

Contudo, muito já se discute nesta seara, com posicionamentos doutrinários e judiciais não caracterizando a violência obstétrica como erro médico, portanto não se discutindo a culpa, e sim como violência de gênero, conforme preconizam os tratados internacionais que tratam dos direitos humanos das mulheres, dos quais o Brasil é signatário, destacando-se, por exemplo a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulher e a Convenção de Belém do Pará, que buscam assegurar os direitos humanos das mulheres e a eliminação de todas as formas de discriminação e violência com base no gênero.

Nessa perspectiva, se provado que houve a violência obstétrica, o dano é presumido, não sendo necessária a prova de culpa e sim do fato, do dano e do respectivo nexos causal, desta forma, indenizável, podendo o juiz aplicar o disposto no

artigo 375 do Código de Processo Civil vigente: “O juiz aplicará as regras de experiência comum subministradas pela observação do que ordinariamente acontece e, ainda, as regras de experiência técnica, ressalvado, quanto a estas, o exame pericial”.

Este foi o entendimento aplicado em uma decisão judicial advinda do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

(...)

No caso, desnecessária a produção de prova pericial para analisar se a anestesia foi aplicada ou não no momento adequado. Isso porque a causa de pedir não se refere a erro médico. A autora reclama, na verdade, do “lado humano” do tratamento dispensado pela equipe médica. Deveras, aduz que foi tratada com descaso e ironia pela equipe médica, o que lhe teria causado danos morais. Verifica-se, portanto, que a existência ou não de erro médico em nada interfere no mérito da demanda, razão pela qual não foi deferida a produção de exame pericial.

(...)

Somado ao inadimplemento contratual, restou comprovado nos autos a chamada “violência obstétrica”. De fato, durante a instrução foi ouvida uma testemunha que presenciou os fatos e confirmou o evento noticiado na inicial. Noticiou o ambiente insalubre no qual foi instalada a requerente e o descaso da equipe médica, sendo que as enfermeiras chegaram a indicar que autora estava “enchendo o saco”.

(...)

E tudo isso ocorreu em um dos momentos mais importantes da vida da requerente, o que ela recordará para sempre, acarretando sentimentos de amargura e injustiça. Assim, verificado o dever de indenizar, cabe agora estabelecer a sua dimensão (...) (TJSP. Comarca de Taboão da Serra. 1ª Vara Cível. Autos n. 1003315-16.2015.8.26.0609. Julgado em 21/08/2017).

Mesmo já havendo precedentes, esta é uma discussão polêmica, que os Tribunais ainda não firmaram entendimento. O que se tem por certo é que, decorrente de erro médico ou caracterizada como violência de gênero, a vítima de violência obstétrica tem o direito de ser indenizada, decorrente da responsabilidade civil dos prestadores do serviço público de saúde, seja eles vinculados ao Estado ou à iniciativa privada.

Em relação à responsabilidade ética, o Código de Ética Médica– Resolução n. 1.921/2009 do Conselho Federal de Medicina possui um capítulo próprio dedicado aos Direitos Humanos, vedando ao médico várias condutas que se traduzidas para o atendimento da gestante, se traduzem perfeitamente em violência obstétrica, como por exemplo:

É vedado ao médico:

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009)

O médico que desrespeitar os preceitos do Código de Ética poderá sofrer sanções disciplinares previstas na Lei 3.268/57, cujas sanções podem ir desde uma advertência até a cassação do exercício profissional.

Assim sendo, são deveres inerentes a profissão, a relação médico e paciente se pautar no respeito à dignidade humana.

4.2 A RESPONSABILIDADE PENAL DOS OPERADORES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O artigo 1º a Constituição Federal pugna pela dignidade da pessoa humana como princípio basilar da República brasileira enquanto Estado Democrático de Direito. Por óbvio, o princípio da dignidade humana já teria o condão de garantir à mulher gestante um tratamento humanizado durante o seu período gestacional e, conseqüentemente, responsabilizar quem, inclusive por dever profissional, ao invés de garantir este direito fundamental, não somente o renega, como o desrespeita através da promoção da violência obstétrica.

Contudo, embora não se tenha um tipo penal específico para punir os agentes imputadores de violência obstétrica, no Código Penal encontram-se vários tipos penais que podem ser aplicados no que tange à violência obstétrica.

Entre as condutas definidas como violência obstétrica, a maioria delas se amoldam perfeitamente aos tipos penais do Código Penal Brasileiro - CPB de injúria (artigo 140), maus-tratos (artigo 136), ameaça (artigo 147), constrangimento ilegal (artigo 146), lesão corporal (artigo 129) e não raramente à tentativa de homicídio (artigo 121).

Na tipificação de injúria (artigo 140 do CPB), em que o bem jurídico protegido é a honra subjetiva da pessoa humana, sendo o crime consumado através da ofensa à dignidade ou decoro, pode-se elencar como conduta delitativa a submissão da gestante à oitiva de frases como “na hora de fazer você não gritou” ou “não reclama que daqui há um ano você estará aqui de novo”.

Enfim, são situações em que a equipe obstétrica promove xingamentos e humilhações à mulher gestante, geralmente me trabalho de parto. A pena prevista para esta conduta delitativa é de detenção de um a seis meses e multa.

Em se tratando de maus-tratos, a violência obstétrica se tipifica por condutas como a realização de exames de toque excessivamente dolorosos, da negativa de medicação para dor, entre outras, ou seja, privando a vítima de cuidados considerados indispensáveis por quem está responsável pelo tratamento adequado. A pena nestes casos poderá ser de até um ano de detenção.

O crime de ameaça encontra respaldo para condenação em condutas expressas por meio de frases do tipo “se gritar de novo eu não vou mais te atender” ou “eu vou te dar motivo para gritar daqui a pouco”. Este crime é punido com detenção de um a seis meses.

O crime descrito no artigo 146, denominado de constrangimento ilegal, pode se verificar em condutas que expõem a intimidade da vítima como, por exemplo, exposição de suas partes íntimas para exame de toque com a porta aberta ou mesmo a realização de procedimentos desnecessários ou mesmo os necessários sem o consentimento e informações à parturiente. Também caracterizam o constrangimento ilegal tolher o direito de um acompanhante familiar durante todo o período do pré ao pós-parto. A sanção prevista é de detenção de três meses a um ano ou multa.

Os crimes descritos anteriormente deixam muito mais marcas psicológicas do que físicas nas vítimas, mas nem por isso devem ser desconsiderados.

Dentre as intervenções durante o parto, a mais citada e temida pelas parturientes, é a episiotomia, uma cirurgia, realizada na maioria das vezes sem anestesia, em que é feito um corte na entrada da vagina, afetando diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. Essa laceração se realizada sem necessidade pode

caracterizar o crime de lesão corporal, que a depender do grau, pode chegar a pena de oito anos de reclusão.

Não diferente é a responsabilização civil e ética dos profissionais de saúde responsáveis pela promoção de violência obstétrica. O tratamento respeitoso e humanizado é preconizado nos códigos de ética destes profissionais, ou seja, o acompanhamento gestacional, a equipe obstétrica tem o dever de meio, ou seja, com base no dever ético e legal de cuidado e vigilância, deve fazer tudo o que é necessário para que a mãe e a criança se mantenham saudável e o devem fazer não somente com competência técnica, mas também digna.

E, caso venham a ignorar esses princípios devem responder tanto judicial, quanto administrativamente por suas condutas, inclusive com indenização à vítima pelos danos causados.

Os desafios para o reconhecimento da violência obstétrica legalmente para além do erro médico, mas para uma forma de violência contra a mulher ainda são muitos. Contudo, perpassam pelo desenvolvimento de políticas públicas que residam tanto na em transmitir informação, em reeducar a sociedade e os profissionais diretamente envolvidos, em atuar para dar suporte às mulheres que já foram vítimas, quanto da postulação legislativa.

4.3 A VIVÊNCIA DO LUTO PERINATAL A PARTIR DA PERSPECTIVA MATERNA

É confuso não ter seu filho em seus braços, mas ainda assim sentir-se mãe. É o luto por uma vida que crescia dentro de você, de sonhos que construiu para o futuro de vocês, dos momentos que você desejou e que, agora, não terá a oportunidade de viver. O mais habitual é encontrar pessoas que fazem comentários inadequados, como sugerir que logo você poderá engravidar novamente, sem perceber que a emoção que prevalece é a de que aquele filho nunca foi descartado, nem será substituído. Sem o bebê presente, ficaram apenas o colo e o abraço que você não pode compartilhar. O filho se foi, mas a sua identidade de mãe não, e isso dói. Para uma mãe, não importa se eram semanas ou meses, a dor será intensa e irremediável quando se trata da perda de um filho.

Pensamentos de culpa são frequentes, supondo que você fez algo errado durante os dias em que não sabia que estava grávida. Você sente-se incapaz, por não ter conseguido prover aquela vida, sente-se impotente por não ter tido controle, afinal,

tudo aconteceu ali, dentro de você e, ainda assim você, não conseguiu controlar. O coração fica apertado, com medo de a dor nunca passar, de todos ao redor querem sumir com os detalhes da decoração do quarto do bebê, como se ao se desfazer de tudo o mais rápido possível fosse trazer algum tipo de alívio; como se, ao não haver rastros do bebê pela casa, permitisse você fingir que nada aconteceu. Este é o momento de parar, respirar fundo e refletir: o luto é um processo e, por mais doloroso que seja, por mais que não fará o tempo voltar, ele terá começo, meio e fim.

Diferente do que a maioria das pessoas pensam, que incentivar a distração e o esquecimento em momentos de perda é o recomendável, o único caminho para tornar o processo do luto possível é entrar em contato com o sofrimento. No luto perinatal o processo é ainda mais delicado, pois, além de se tratar de um vínculo muito especial, é difícil elaborar a perda de quem parece nunca ter sido nosso.

O luto caracteriza-se pela reação de um indivíduo face à perda da sua ligação relativamente a um objeto significativo, sendo, portanto, um fenômeno mental e natural no desenvolvimento. O conceito de luto não fica circunscrito à ideia de perda resultante da morte.

Ao longo da vida, as perdas físicas e também psíquicas são uma constante e implicam processos de luto (Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013), pelo que se pode definir como um processo dinâmico complexo que engloba a personalidade do indivíduo, e, portanto, todas as funções, atitudes e defesas do Eu, bem como as relações com os outros (Grinberg, 2000). Freud (1915, citado por Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013) foi um dos primeiros autores a tecer considerações acerca do processo de luto, caracterizando-o como um processo não só lento como doloroso que implica uma grande tristeza. Neste processo, o indivíduo afasta-se de tudo o que não tenha a ver com o objeto perdido, ocorrendo um desinvestimento no mundo externo.

A perda do filho não é a única perda com que os pais têm de lidar. Os pais enlutados têm de lidar com a perda do filho real e amado, mas também, com a perda de autoestima (provocada pelo sentimento de fracasso relativamente à proteção que deveriam ser capazes de dar aos seus filhos), a perda de estatuto enquanto pais, a perda existencial (como uma dimensão de continuidade intimamente ligada aos filhos) e a perda do futuro que ambicionaram e imaginaram para o filho (Pina Cabral, 2005).

Segundo a Public Health Agency of Canada¹ (2000, citada por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010), o conceito de perda gestacional comporta um conjunto de situações de perda que podem ocorrer ao longo da gestação ou após o parto, abarcando o aborto espontâneo, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez, a interrupção voluntária da gravidez e o diagnóstico de anomalias congênitas no feto/bebê

O processo de luto por perda gestacional comporta especificidades. Segundo Rato (1998), a perda não passa apenas pelo bebê, mas também por todas as fantasias e expectativas que se criaram à sua volta.

A adaptação a uma nova realidade tão difícil de experimentar é extremamente dolorosa, mas o trabalho de luto é fundamental. Aliás, na presença de uma nova gravidez, a perda anterior pode assumir um papel preponderante, principalmente se o luto não está a decorrer dentro da normalidade, pois o novo bebê, além de se constituir como reparador, pode ser confundido com o bebê perdido.

Deste modo, a sua identidade própria fica ameaçada. Na gravidez posterior à perda gestacional, assiste-se frequentemente à predominância da angústia, em que os medos de uma nova perda são constantes.

Apesar de poder não existir nenhuma realidade clínica na gravidez atual que justifique os receios dos pais, a verdade é que, frequentemente, surgem, nestes casos, complicações obstétricas, tais como a ameaça de expulsão prematura, a prematuridade e o baixo peso à nascença. Furman (1978, citado por Pina Cabral, 2005) defende que, nas situações de perda gestacional, não existiu tempo suficiente para o estabelecimento de vínculos fortes e recordações de uma convivência conjunta.

Deste modo, o mecanismo de identificação não se concretiza, pois não se consegue assimilar o recém-nascido de uma forma adaptativa, ficando-se ligado apenas a uma parte deste que se baseia no amor a outra pessoa. Kennel e Klaus (1993, citados por Pina Cabral, 2005) concluíram mesmo que a morte perinatal era muito semelhante à experiência de perdas de partes do self.

Furman (1978, citado por Pina Cabral, 2005) concluiu, também, pela não possibilidade de se concretizar o segundo mecanismo interno diretamente relacionado

1 Agência de Saúde Pública do Canadá

com o processo de luto normal: o distanciamento. Não é possível reviver as memórias criadas com este bebê, pois as recordações não são suficientes para que tal aconteça. Além disto, a identidade enquanto pais fica terrivelmente ameaçada e confusa.

Afinal que nome dar a estes pais que não o chegaram a ser? (Canavarro, 2001) Segundo Pina Cabral (2005), apesar de o processo de luto por perda gestacional ser sequencialmente semelhante ao processo de luto normal, existem especificidades que se organizam em cinco fases.

A primeira fase é a de embotamento emocional e negação, podendo o choque ser maior quando a morte ocorre numa fase tardia da gravidez ou durante o parto.

A fase seguinte caracteriza-se pela predominância dos sentimentos de culpa e raiva, sendo característica a existência de fantasias acerca de se ter causado ou contribuído para a morte do bebê.

Na terceira fase, a inveja e os ciúmes pelas outras mulheres que estão grávidas ou que foram mães recentemente são predominantes, existindo um evitamento de confrontação com estas situações.

Em seguida, dá-se o retorno menstrual que se pode apresentar sob uma dicotomia. Por um lado, é a confirmação da disponibilidade para uma nova gravidez. Por outro lado, depois de alguns meses sem engravidar, a menstruação passa a ser encarada como sinal de insucesso, avivando a dor pelo bebê perdido.

Em alguns casos, dá-se uma quinta fase quando a mulher volta a engravidar, em que só o nascimento de um bebê saudável permite a resolução do processo de luto.

4.4 A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO O ERRO MÉDICO E SEU ENQUADRAMENTO COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A medicalização da assistência ao parto faz com que intervenções obstétricas, que deveriam ser utilizadas em casos específicos mediante indicação precisa, tornem-se condutas rotineiras e desnecessárias, contrariando as melhores evidências científicas, o que pode repercutir negativamente sobre a saúde da mulher e da criança (LEITE, 2016). A assistência durante o parto, pré-parto e pós-parto é pior a depender de características da mulher, como idade, classe social, escolaridade e raça; daí a importância de um estudo interseccional para a análise dos casos de violência obstétrica.

O uso do termo “violência obstétrica” é importante porque envolve as duas esferas de direitos das mulheres que são violadas com tais práticas: os direitos sexuais e reprodutivos e o direito a uma vida livre de violência — direitos assegurados por inúmeros tratados internacionais ratificados pelo país. Trata-se de uma questão de direitos humanos (DINIZ, 2005; LEITE, 2016).

Os direitos reprodutivos enquanto direitos humanos básicos são legitimados na ordem mundial desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, mas só vieram a ser consagrados de fato em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (LEITE, 2016).

O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos é fundamental, pois possibilita a reconstrução do discurso de direitos. A partir desse discurso, diferenças baseadas em outras categorias (raça, classe, sexualidade, etc.) passam a ser consideradas e reconhecidas, o que possibilita a criação de instrumentos políticos e normativos para intervir no grave quadro de desigualdades, permitindo-se o acesso aos direitos reconhecidos por todas as pessoas e seu exercício de forma igualitária (LEITE, 2016, p. 41-42).

A concepção de direitos reprodutivos não se limita à proteção da reprodução, mas envolve também um conjunto de direitos individuais e sociais que precisam estar em constante interação para que se possibilite o pleno exercício da sexualidade e da reprodução humana.

O direito a uma vida livre de violência, por sua vez, encontra seu principal marco na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também chamada de Convenção de Belém do Pará.

Chegou-se à conclusão de que a violência com base no gênero interfere significativamente e de maneira negativa no exercício dos direitos de cidadania e na qualidade de vida de mulheres do mundo todo, o que limita seu pleno desenvolvimento enquanto sujeitos — afetando também, como consequência, o pleno desenvolvimento da sociedade em toda sua diversidade (LEITE, 2016, p. 44).

Tanto a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1993, quanto a Convenção de Belém do Pará reconhecem a violência contra a mulher, seja na esfera pública ou privada, como grave violação aos direitos humanos, o que limita total ou parcialmente o exercício dos demais direitos fundamentais (PIOVESAN, 2012; LEITE, 2016).

Nesse contexto, mulheres de todo o Brasil têm se reunido em busca da “humanização do parto”, uma alternativa à violência institucionalizada sofrida por mulheres gestantes no ambiente hospitalar e que envolve, basicamente, a adoção de uma visão de total respeito ao protagonismo da mulher nos momentos do parto, pré-parto e pós-parto, respeitando-se integralmente seus direitos e sua capacidade de autodeterminação.

Nesse contexto, dentre inúmeros movimentos que buscam a melhoria da assistência ao parto no país, destacam-se a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), a Parto do Princípio, A Artemis, o Hospital Sofia Feldman e as marchas de mulheres. De acordo com Carmen Simone Grilo Diniz, o termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes.

As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência (DINIZ, 2005, p. 635).

Em geral, não há familiaridade de agentes do sistema de justiça com relação aos protocolos e mecanismos que possam garantir a devida diligência de modo a favorecer o tratamento integral às mulheres em situação de violência (NOGUEIRA; SEVERI, 2016), “o que tende a perpetuar a ocorrência de violência de gênero, limitando o acesso à justiça por parte das mulheres” (LEITE, 2016, p. 31).

Ainda que as partes não se refiram ao termo “violência obstétrica” quando do ajuizamento de uma ação, é fundamental que juízes e juízas, no julgamento de tais casos, realizem o enquadramento devido.

A necessidade de tratamento da violência obstétrica como uma violência institucional e de gênero por parte do sistema de justiça é decorrente dos deveres assumidos pelo Estado brasileiro de assegurar juridicamente o livre e pleno exercício dos direitos humanos das mulheres; em especial atendendo a suas demandas contra inúmeras formas de opressão, discriminação e exploração baseadas nas diferenças de gênero, o que requer atuação do sistema de justiça com toda diligência na prevenção, investigação, punição e reparação de todos os casos de discriminação e violência de gênero.

O campo dos direitos humanos, “especialmente o dos direitos humanos das mulheres, é um espaço de luta constante onde os movimentos de mulheres são fundamentais para o questionamento e análise crítica” (LEITE, 2016, p. 38).

Portanto, faz-se urgente a capacitação das pessoas integrantes do Poder Judiciário, principalmente de juízas e juízes, para que encarem os casos de violência obstétrica em toda sua complexidade, de maneira a tratá-los como violência institucional e de gênero contra as mulheres.

A falta de uma legislação específica não é e não pode ser motivo para não se conferir a tais casos a importância que eles merecem, sob pena de negativa de acesso à justiça pelas mulheres.

É fundamental que a análise e o julgamento de tais casos sejam feitos sob uma perspectiva de gênero, o que, de acordo com Severi (2016), tem sido apontado como um instrumento metodológico para a construção de modelos de atividade jurisdicional comprometidos com a eliminação das relações de subordinação e desigualdades motivadas pelo gênero e/ou por outras categorias interseccionais (raça, classe social etc).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os fatos expostos acima, ficou caracterizado que a violência obstétrica acontece com muita frequência e muitas vezes as vítimas optam pelo silêncio por desconhecer seus direitos e as normas que aparam esse tipo de situação. Ao longo do trabalho foram mostradas as diversas situações que se repetem atualmente contribuindo para que os médicos e profissionais de saúde atuem de tal forma, sendo motivada por diversas questões, envolvendo os campos da medicina e da sociedade.

Com a pesquisa foi permitido constatar que a violência obstétrica é muito comum no âmbito hospitalar e, por este motivo, foi naturalizada pela tão comentada violência de gênero, prática muito comum com as mulheres. Observou-se também, uma ligação existente entre esse tipo de violência com a negligência médica que, por não ser devidamente combatida, contribui para o aumento dessa violência.

A base do problema é a desumanização do cuidado e a falta da assistência humanizada. A realidade que as mulheres grávidas enfrentam é caótica, passando

pela mão de profissionais desumanos que não se preocupam com o estado da mãe e do bebê, se utilizando de técnicas cada vez mais invasivas para facilitar e acelerar o parto. Como se não bastasse, também foi observado que quando as mulheres, mesmo após o parto, procuram uma assistência de saúde, são destratadas pelos profissionais.

Esse tipo de violência traz gravíssimas consequências para as vítimas, podendo causar graves transtornos psicológicos e, em algumas vezes até físicos. A conclusão do presente artigo é que na maioria das vezes não há a responsabilização desses agressores, seja ela penal ou cível, porque as vítimas desconhecem seus direitos garantidos principalmente, pela Constituição Federal, assim como não conhecem as normas que existem justamente para punir esse tipo de crime, deixando esses delinquentes impune para que façam mais vítimas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- BRENES, A. C. **Bruxas, comadres ou parteiras**: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005.
- BRIQUET, R. **Obstetrícia Normal**. Barueri: Manole, 2011.
- CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto e BONFIM, Tânia Elena. **O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein**. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092013000200007. Acesso em 30 de out de 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Pareceres. Brasília, 2009.
- DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, 2005.
- DINIZ, S. G. **Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil**: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. Journal of Human Growth and Development, 25(3): 377-376, 2015.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Grupo de Trabalho em Ciência Aberta. Termo de referência: gestão e abertura de dados para pesquisa na Fiocruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Presidência, 2018. 15 p. - Disponível no Repositório Institucional Arca
- Fundação Perseu Abramo. **Gravidez, filhos e violência institucional no parto**. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010.
- GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Erro médico à luz da jurisprudência comentada**. 1ª ed. Curitiba: Juruá, 1999.
- KONDO, Cristiane Yukiko et al. **Episiotomia “é só um cortezinho”**: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 1 ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014.
- LEITE, Júlia Campos. **Abordagem jurídica da violência obstétrica**. 2016. Monografia (conclusão de curso). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

MELLO, Celso Antônio Bandeira. **Curso de Direito Administrativo**. 28ª Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2011;

Moura MAV, Araujo CLF. ; Flores PVP, Muniz PA, Braga MF. **Necessidades e expectativas da parturiente no parto humanizado**: a qualidade da assistência. Rev Enferm. UERJ 2002 set./dez ; 10(3): 187-93.

Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2010). **Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional**. Revista Peritia, Edição Especial: Psicologia e Perda

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. **Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça**: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste. Panóptica, v. 11, n. 2, p. 430-470, jul./dez. 2016.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Tradução de M. Noronha e T. G. Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

Pina Cabral, I. (2005). **Morte e luto na gravidez e puerpério**. In I. Leal. Psicologia da gravidez e da parentalidade (pp.61- 89). Lisboa: Fim de século.

PIOVESAN, Flávia. **A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres**. Revista da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro., Rio de Janeiro, v. 15, n. 57 (Edição Especial), p. 70-89, jan./mar. 2012.

Rato, P. I. (1998). **Ansiedades perinatais em mulheres de risco e em mulheres com gravidez normal**. Análise psicológica, 3 (XVI), 405-413.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: . Acesso em: 20 de outubro de 2019.

SÃO PAULO. **TJSP**. Comarca de Taboão da Serra. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2017/8/art20170825-11.pdf>. Acesso em: 25 de out de 2019..

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2009.