

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE DIREITO**

ANNE CAROLINE AMARAL DE LIMA

**A VIOLÊNCIA MORAL OBSTÉTRICA NO PROCESSO GESTACIONAL, DE
PARTO E ABORTAMENTO E O AMPARO DA MULHER NO
ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO**

**MANAUS
2018**

ANNE CAROLINE AMARAL DE LIMA

**A VIOLÊNCIA MORAL OBSTÉTRICA NO PROCESSO GESTACIONAL, DE
PARTO E ABORTAMENTO E O AMPARO DA MULHER NO
ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO**

Monografia apresentada ao Curso Direito da
Universidade Estadual do Amazonas, como
requisito para obtenção do título de Bacharel
em Direito.

Orientador: M. Ricardo Tavares de
Albuquerque

**MANAUS
2018**

Autoriza-se a reprodução do todo ou de partes desse trabalho desde que a fonte seja citada.

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

L732v	<p>Amaral de Lima, Anne Caroline Violência moral obstétrica no processo gestacional, de parto e abortamento e o amparo da mulher no ordenamento jurídico brasileiro / Anne Caroline Amaral de Lima. Manaus : [s.n], 2018. 41 f.: il.; 31 cm.</p> <p>TCC - Graduação em Direito - Bacharelado - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2018. Inclui bibliografia Orientador: Ricardo Tavares de Albuquerque</p> <p>1. Violência obstétrica . 2. Violência moral. 3. Responsabilidade penal. 4. Responsabilidade civil. I. Ricardo Tavares de Albuquerque (Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Violência moral obstétrica no processo gestacional, de parto e abortamento e o amparo da mulher no ordenamento jurídico brasileiro</p>
-------	---

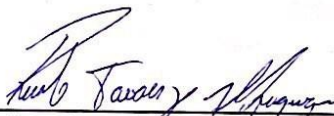



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE DIREITO
TERMO DE APROVAÇÃO**


Anne Caroline Amaral de Lima

**A VIOLÊNCIA MORAL OBSTÉTRICA NO PROCESSO GESTACIONAL, DE
PARTO E ABORTAMENTO E O AMPARO DA MULHER NO ORDENAMENTO
JURÍDICO BRASILEIRO**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Graduação em Direito, Escola Superior de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Amazonas, pela seguinte banca examinadora:


Orientador (a): Prof. Me. Ricardo Tavares de Albuquerque


Membro 2: Prof. Me. Tais Batista Fernandes Braga


Membro 3: Bela. Kyara Trindade Barbosa

Manaus, 30 de novembro de 2018.

Dedico este trabalho a todas as mães que sofreram, em um dos momentos mais importantes de suas vidas, violência obstétrica.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jaime Gomes de Lima e Maria Elenilce do Amaral Lima, que são os alicerces da minha vida.

Ao meu namorado e melhor companheiro, Orlando Luigi Bertollo de Oliveira, que sempre me apoia e sonha comigo meus sonhos.

À minha família e meus amigos, que torcem por mim e celebram comigo cada vitória conquistada.

Ao meu orientador, Prof. M. Ricardo Tavares de Albuquerque, que me orientou e direcionou nesta monografia.

Aos professores do Curso de Direito da UEA, que ajudaram, de maneira brilhante e ímpar, em minha formação acadêmica.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram com o desenvolvimento desse trabalho.

A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta,
é sempre uma derrota. (JEAN-PAUL SARTE).

RESUMO

Discute-se neste trabalho a violência obstétrica em sua dimensão teórica, legislativa e prática. Dessa forma, analisa a violência obstétrica, caracterizando-a, principalmente, em sua vertente de violência moral sob o prisma jurídico, apontando os atos considerados atentatórios à dignidade psíquica da mulher perpetrados pelos profissionais de saúde no processo gestacional, de parto e abortamento, confrontando com a forma como deve ser efetivado o atendimento humanizado. Também aborda o posicionamento do ordenamento jurídico brasileiro frente a esse tipo de violência à mulher, assinalando os desdobramentos do tratamento dado pela legislação constitucional e infraconstitucional e pelos tribunais brasileiros. O trabalho aponta as dificuldades estruturais dos estabelecimentos hospitalares, a formação pessoal e profissional e a própria impunidade desses atos como possíveis causas para este tipo de violência. Isso posto, encontra-se no Direito um instrumento de grande importância a favor das lutas feministas para o devido reconhecimento e combate da violência obstétrica como espécie de violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência obstétrica; violência moral; responsabilidade penal; responsabilidade civil;

ABSTRACT

Obstetric violence in its theoretical, legislative and practical dimension is discussed in this study. In this way, it analyzes obstetric violence, characterizing it mainly in its aspect of moral violence under the legal prism, pointing out the acts considered to be harmful to the psychic dignity of the woman perpetrated by health professionals in the gestational process of childbirth and abortion, confronting with the way humanized care should be performed. It also addresses the position of the Brazilian legal system against this type of violence against women, noting the unfolding of the treatment given by constitutional and infraconstitutional legislation and by Brazilian courts. The study points out the structural difficulties of hospital establishments, personal and professional training and the impunity of these acts as possible causes for this type of violence. That said, Law is an instrument of great importance in favor of feminist struggles for the proper recognition and combat of obstetric violence as a kind of violence against women.

Keywords: Obstetric violence; moral violence; criminal liability; civil responsibility;

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, SUAS DEFINIÇÕES, CARACTERÍSTICAS E POSSÍVEIS CAUSAS	12
2.1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	13
2.2	DEFINIÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	15
2.3	CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	17
2.4	POSSÍVEIS CAUSAS	20
3	VIOLÊNCIA MORAL OBSTÉTRICA	21
4	RECURSOS DISPONÍVEIS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO PARA A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA MORAL OBSTÉTRICA	24
4.1	FUNDAMENTOS CONVENCIOANIS DE PROTEÇÃO À MULHER	24
4.2	PREVISÕES NORMATIVAS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	25
4.2.1	Direito Penal	25
4.2.2	Direito Civil	26
4.2.3	Legislações Esparsas	29
4.2.3.1	<i>LEI 11.108/2005.....</i>	<i>29</i>
4.2.4	Leis Estaduais e Municipais.....	31
4.2.5	Projetos de Lei Federais 7633/2014, 8219/2017 e 7867/2017	31
5	CONCLUSÃO	35
6	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

A violência é um grave problema social que está em contínuo processo de expansão em todas as suas formas. A violência obstétrica perpetrada contra a mulher é um problema de saúde pública e, portanto, deve ser arduamente combatida pelo Estado, vez que é uma das violações mais corriqueiras e cruéis dos direitos humanos e que ainda são vivenciadas na sociedade brasileira. (FONEITE; FEU;MERLO, 2012).

A violência obstétrica constitui-se como um conjunto de atitudes e ações desenvolvidas por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e servidores públicos (técnicos administrativos) contra mulheres em período de gestação, no parto ou em situação de abortamento (imediatamente antes, durante e depois) que nelas provoquem sofrimentos não diretamente relacionados ao estado gravídico, ao parto ou ao abortamento. São ações que se manifestam por meio de palavras, utilização de medicamentos ou de procedimentos que piorem desnecessariamente a vida dessas mulheres.

A violência obstétrica é uma realidade nas instituições de saúde brasileiras públicas e privadas e não se limita ao aspecto físico. Neste trabalho, o enfoque a ser dado refere-se ao aspecto de violência moral, em que as mulheres grávidas, as parturientes ou as que sofreram aborto são expostas a profissionais de saúde que se manifestam de forma abusiva, não efetivando o necessário atendimento humanizado.

As discussões sobre violência institucional no parto, no Brasil, são incipientes. A violência moral obstétrica é ainda menos debatida e, conseqüentemente, pouco reconhecida enquanto um ato violento, haja vista que a própria vítima não se reconhece como alguém cujos direitos foram violados, tanto por um aspecto cultural, como pelo próprio desconhecimento das atitudes que a caracterizam, ou seja, os comportamentos discriminatórios contra a mulher nos locais de cuidado à saúde, aliados à falsa legitimidade de dominação do profissional sobre a paciente proporcionam um ambiente em que, ressalvados os casos extremos, os atos discriminatórios são entendidos como naturais e indissociáveis do parto.

Isso posto, a relevância social e jurídica do presente trabalho se justifica pelas estatísticas alarmantes de mulheres que são vítimas de violência moral obstétrica nos hospitais brasileiros, como as coordenadas pela Fundação Perseu Abramo com o Serviço Social do Comércio em que afirma que uma em cada quatro mulheres sofre esse tipo de violência (VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R, 2010).

O presente trabalho tem como objetivo geral, portanto, analisar as variadas formas e condutas, perpetradas pelos profissionais de saúde, que podem ser enquadradas como violência moral obstétrica, bem como amparo à mulher no ordenamento jurídico brasileiro.

Assim sendo, no primeiro capítulo será abordada a questão da violência obstétrica de maneira ampla, apontando suas definições, características e possíveis causas. O estudo abará, ainda, no capítulo inaugural, uma análise histórica acerca do parto, bem como tratará da violência obstétrica enquanto uma das espécies de violência de gênero.

Em sequência, será caracterizada a violência moral obstétrica enquanto toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono ou instabilidade emocional. Essa prática manifesta-se, dentro do cenário obstétrico, quando os profissionais da saúde realizam comentários ofensivos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias; recriminam comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções quando, por exemplo, repreendem o choro, proíbem os gritos e a expressão da religiosidade da mãe; expõem a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança, ao restringirem na escolha do acompanhante, bem como o seu impedimento de entrada ou permanência; na procrastinação do contato entre a mãe e o neonato. (DEFESORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013)

No terceiro e último capítulo, o trabalho compreenderá o estudo do ordenamento jurídico brasileiro, buscando o amparo legal para aquelas que tenham sua integridade pessoal violada para que, assim, possam de alguma forma pleitear uma punição ou compensação pelas violações a que foram submetidas.

Para o efetivo desenvolvimento dos objetivos específicos dissecados nos três capítulos, adota-se como processo metodológico uma abordagem qualitativa em que se busca compreender e interpretar a problemática, bem como conflitar os fatos com a regra jurídica, resultando, assim, numa análise mais completa do assunto. Ademais, quanto aos fins, a pesquisa será classificada como descritiva porque expõe sobre os aspectos relacionados à violência moral obstétrica. Quanto aos meios a pesquisa será bibliográfica, pois se utilizará de doutrinas, artigos, jurisprudência e outros materiais que discutam acerca da temática. Logo, sem a pretensão de estabelecer um discurso conclusivo sobre a temática do estudo, busca-se analisar os conceitos tratados nesta dissertação, contribuindo com novas reflexões e perspectivas de estudo.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, SUAS DEFINIÇÕES, CARACTERÍSTICAS E POSSÍVEIS CAUSAS

A concepção da violência obstétrica abarca a evolução histórica do parto a fim de que se possa entender a mudança do paradigma de um processo rudimentar para uma obstetrícia baseada em evidências científicas e o consequente deslocamento da parturiente como protagonista do próprio parto. O parto e a assistência ao parto não surgiram como ato cirúrgico ou hospitalar, em verdade, passaram por diversas transformações no decorrer dos tempos.

A visão do parto ao longo do curso histórico é diferente; em função disso, temos também diferentes formas de encarar o sofrimento próprio ao processo gestacional. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. (DINIZ, 2005). A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso.

De início, o parto era realizado na própria residência da parturiente, sendo considerado um evento familiar e intimista, tradicionalmente realizada por parteiras ou mulheres da família. Diante do nascimento da clínica médica e, concomitantemente, com a percepção da saúde como assunto de interesse público, a residência deu lugar ao hospital, tornando-se o parto, primordialmente, um evento médico.

Em razão das diversas mudanças inseridas no contexto do processo gestacional, ainda que com o objetivo de melhor atender a gestante e o nascituro, bem como reduzir o sofrimento físico, a parturiente passou de sujeito a objeto do próprio parto. Essa tendência acabou por diminuir o papel central da mulher grávida, aumentando os riscos de desenvolvimento de patologias na mulher e também na criança (BRAUNER, 2007, p. 25).

O parto e o nascimento são aspectos importantes da saúde reprodutiva feminina, tendo a parturiente o direito de tomar decisões informadas, livres de coerção, sempre quando tais decisões não puderem acarretar risco para sua saúde e do feto. Nessa linha de entendimento se manifesta a médica Carlota Pereira:

O parto não é um evento médico que requer múltiplas intervenções, mas sim é um processo fisiológico da reprodução que deve estar baseado nos direitos humanos e na justiça social. O parto é um ato natural e fisiológico do processo reprodutivo, mediante o qual o feto é expulso do útero para o exterior, culminando assim o processo de gestação. Não obstante, sua atenção tem sido tradicionalmente convertida em um ato médico individual, particularmente para o campo de ação da especialidade obstétrica (PEREIRA et al, 2015, p. 82).

A busca pela humanização do processo gestacional tem como objetivo a redução de qualquer tipo de sofrimento que as parturientes possam estar expostas, prevalecendo o devido respeito aos direitos reprodutivos e sexuais da mulher. Assim determina o Ministério da Saúde:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (MS, 2002).

Necessário, ainda, entender qual o sentido buscado na inserção da Humanização do parto:

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê. (SEIBERT *et al*, 2005, p. 249).

O Ministério da Saúde tem criado Políticas de atenção integral a Saúde da mulher que objetiva garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo (SOUZA, GAÍVA, MODES, 2011), como, por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, que busca avanços na cobertura e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tanto para as mulheres quanto para seus filhos, segundo os direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Dessa forma, a humanização surge como necessária à redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos. Humanizar o parto é respeitar e criar condições que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais (LARGURA, 2010).

2.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Ao longo da história, a violência em razão do gênero foi construída e perpetuada com base na crença de vulnerabilidade e inferioridade da mulher, manifestando-se das mais variadas formas. É esta construção social e cultural em relação à condição biológica da mulher que a faz experimentar, até os tempos atuais, uma forma particular de violação de direitos humanos, uma vez que são vítimas de diversos tipos de violência, seja nos ambientes de esferas privadas ou

públicas ou mesmo familiar (GONÇALVES, 2013).

Uma das formas de manifestação de violência de gênero é a violência obstétrica. Isso se deve ao fato de que a maternidade é, por excelência, o momento em que se exercita a função biológica do corpo feminino, bem como se encontra presente a função social deste papel conferido à mulher por uma construção simbólica. Logo, toda violência neste campo é, fundamentalmente, uma violência de gênero. O Ministério da Saúde assim dispõe sobre a violência contra a mulher:

Apesar de ser a maioria da população brasileira (50,77%) e da garantia de igualdade estar prevista na legislação, as mulheres enfrentam diversas situações de desigualdades. No Brasil, as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), porém a vulnerabilidade feminina diante de certas doenças e causas de morte está mais concernente com a situação de discriminação e desigualdade na sociedade do que com fatores biológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A violência de gênero é uma construção social e, assim sendo, as práticas institucionais e o atendimento realizado pelos profissionais da saúde não estão isentos de influência de valores culturais e morais, constituindo esses agentes como produtores e reprodutores de suas representações sociais, conforme pontua Janaína Marques de Aguiar:

O desconhecimento e a falta de respeito para com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além de tácita imposição de normas e valores morais depreciativos por parte dos profissionais, também são apontados como importantes fatores na formação da complexa trama de relações que envolvem os atos de violência institucional contra gestantes, puérperas e mulheres em situação de abortamento. (AGUIAR, 2010).

Outrossim, ao mesmo passo que a violência obstétrica está intrinsecamente ligada ao gênero por diversos fatores, essa também possui cunho institucional, relacionado à desumanização da assistência à saúde. Dentre eles, está a objetificação da mulher, uma vez que ela perde a condição de sujeito, sendo diminuída somente a um corpo suscetível de intervenção médica. Presencia-se um momento em que o parto é tecnocrático, como uma “linha de produção”, pensando-o frequentemente como um acontecimento com potencial perigo para a paciente. É nesse universo que deve haver o reconhecimento e valorização dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher em que pode e deve ser protagonista.

Como consequência desse cenário, a violência de gênero durante o acompanhamento da gravidez da mulher está tão perpetrada e interligada na estrutura social, que muitas não se percebem enquanto vítimas dos abusos cometidos, bem como os profissionais da saúde não se reconhecem enquanto agentes reprodutores de atos violentos.

Diante do exposto, é cediço que a violência obstétrica equivale a uma forma específica de violência de gênero, uma vez que diversas pesquisas (MCCALLUM E REIS, 2006;

RICHARD ET AL., 2003; HOTIMSKY, 2002, 2007; HOGA ET AL., 2002; AGUIAR, 2010, p. 14) demonstram que a utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes é uma das principais formas dessa violência institucional.

2.2 DEFINIÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O termo violência tem natureza polissêmica sendo, portanto, utilizado em diversos contextos sociais. Associado a isso, depreende-se que determinados grupos sofrem com a violações de direitos em razão de seu gênero, raça, condição socioeconômica ou outra condição física, psíquica ou social. Logo, para fins de análise do termo violência, recorre-se à definição dado por Marilena Chauí, segundo a qual:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a falta de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (Chauí, 1985, p.35).

Por ser indissociável a concepção de saúde com a ausência de violência na vida de qualquer indivíduo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório sobre Violência e Saúde de 2015, definiu violência como sendo, em suma:

O uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações. A definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. Os incidentes não intencionais – tais como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais – estão excluídos da definição.

A inclusão da palavra "poder", além da frase "uso da força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o entendimento convencional de violência de modo a incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações. O "uso do poder" também serve para incluir negligência ou atos de omissão, além de atos violentos mais óbvios de perpetração. Assim, "o uso da força física ou do poder" deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de auto-abuso (OMS, 2015, p. 5).

A violência obstétrica constitui uma forma de agressão e, por se tratar de temática nova no campo das ciências jurídicas, carece de significado consolidado nesta seara. No entanto, por ser a violência uma questão de ordem social e, conseqüentemente, não constituindo objeto privativo de determinado setor, é possível recorrer-se a conceitos extraídos de artigos

científicos, recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e legislações estrangeiras.

O termo “violência obstétrica” foi empregado pela primeira vez em 2010, no meio acadêmico, ao ser publicado no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia* pelo Dr. Rogélio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, oportunidade em que definiu:

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres exprimidos através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos. (D’GREGORIO, R.P, 2010, p. 201).

Inaugurando a seara jurídica, a definição legal pioneira do termo “violência obstétrica” foi a apresentada pela lei venezuelana, em 2007, intitulada de “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” em que a tipificou em seu artigo 15. À luz da normativa venezuelana, a violência obstétrica constitui:

Se entende por violencia obstétrica a apropiación do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres¹ (tradução livre) (VENEZUELA, 2007)

No Brasil, o Defensor Público no Estado de São Paulo e membro do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) Júlio Camargo de Azevedo indica o conceito de violência obstétrica da seguinte forma:

É possível afirmar que a violência na atenção obstétrica corresponde a qualquer ação ou omissão, culposa ou dolosa, praticada por profissionais da saúde, durante as fases pré-natal, parto, puerpério e pós-natal, ou, ainda, em casos de procedimentos abortivos autorizados, que, violando o direito à assistência médica da mulher, implique em abuso, maus-tratos ou desrespeito à autonomia feminina sobre o próprio corpo ou à liberdade de escolha acerca do processo reprodutivo que entender adequado. (AZEVEDO, 2015).

Dessa forma, apesar de não haver um conceito legal tipificado no ordenamento jurídico brasileiro, extrai-se dos apontamentos que a violência obstétrica é uma intervenção institucional indevida ou mesmo abusiva, perpetradas pelos profissionais da saúde, que interfere diretamente no corpo ou processo gestacional da mulher, causando sofrimentos não diretamente

¹ Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por los profesionales de la salud, a través del tratamiento deshumanizado, abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, causando la pérdida de la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (VENEZUELA, 2007).

relacionados ao estado gravídico, sejam eles sofrimentos físicos ou psicológicos.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em se tratando de violência obstétrica, diante da ausência de tipificação legal, não há farta referência de elaboração técnica e jurisprudencial quanto à sua caracterização. A par disso, a Comissão Mista de Inquérito do Senado Federal, em 2013, a fim de investigar as questões relacionadas à violência contra as mulheres, apresentou Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio² a partir de relatos de mães que sofreram esse tipo de violência, o que culminou nas seguintes designações:

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.

Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.

Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.

Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à

² A Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa é composta por mais de 300 mulheres em 22 Estados brasileiros e que trabalham voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.

Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A compreensão da violência no parto nos hospitais e maternidades pública e privada, no âmbito do atendimento ginecológico e obstétrico, evidencia aspectos particulares, como a banalização da dor do parto, a demonização da sexualidade feminina e a influência de elementos subjetivos dos profissionais da saúde, conforme aponta Foucault:

Em relação ao atendimento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, pela equipe médica, faz-se mister ressaltar que, apesar da medicina ser uma ciência, não está isenta da influência dos valores morais e culturais das sociedades, estes valores podem ser benéficos, como também podem provocar a discriminação e exclusão de uma assistência de qualidade determinados coletivos. A medicina ocidental não é um campo de conhecimento puro e universal, sendo que está condicionado e visto pelo olhar do momento histórico, e dos sistemas econômicos e políticos que se inserem (FOUCAULT, 1977).

Ademais, diversas pesquisas apontam que diante de outro fator de discriminação como raça/etnia, baixa escolaridade e classe social, as chances de violação de direitos humanos são ainda maiores que nos casos onde elas não se encontram presentes na mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, como a realizada por Alaerte Leandro Martins:

É consenso que as mulheres acometidas pela morte materna são as de menor renda e escolaridade. O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM-PR) referiu, em 1997, que 52,5% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres com renda de 1 a 4 salários mínimos, 86,8% em mulheres com escolaridade de 1 a 4 anos e maior risco no grupo entre 35 a 39 anos. Outros estudos confirmam que as mulheres mais pobres também apresentam em geral maior número de filhos e menor acesso à assistência.

(...)

A falta de entendimento das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em uma sociedade classista provoca “espanto” quando se menciona a saúde da mulher negra. Apesar dos diferentes referenciais, os dados evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde. Vários autores afirmam que as mulheres negras têm os piores níveis de renda e escolaridade no Brasil. (MARTINS, 2006, p. 2475)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que apenas 15% dos partos sejam via cirurgias cesarianas, índice baseado nas evidências estatísticas de casos em que a cirurgia é considerada intervenção necessária durante o parto. Entretanto, o Brasil é o país com o maior número de cesariana do mundo, com 56% de cesáreas no sistema público e 88% de cesáreas em hospitais privados. Ademais, diversos estudos demonstram um número alto de cesáreas entre

mulheres brancas de classe média que são atendidas no setor privado, enquanto que em mulheres negras, de classe baixa, atendidas no serviço público, a prevalência é de partos vaginais com episiotomia³ (DINIZ, 2005). Como fatores ao grande número de cirurgias de nascimento em hospitais particulares estão tanto a pressa e o ganho financeiro dos médicos quanto a desinformação e o medo das mães sobre as formas de agir. Em relação à estatística que se refere aos serviços públicos no Brasil, a prevalência de partos normais se deve em razão da implantação de humanização do parto e nascimento, que exerce certo controle institucional sobre as quotas de parto normal.

Isso posto, depreende-se a pluralidade de circunstâncias de violência obstétrica a que as mulheres em seu processo gestacional são submetidas, manifestando-se através de negligência, imprudência, abuso sexual, violência física e verbal, ameaças, repreensões, humilhação, realização de exames dolorosos e contraindicados, xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele, intervenções e procedimentos desnecessários em face das atuais evidências científicas. A prática cotidiana também pode assumir um caráter violento quando não leva em consideração as particularidades de cada paciente, seu desejo e seus demandas.

Além do mais, a caracterização desse tipo de violência se dá em quatro momentos distintos do processo gestacional, podendo vir a ocorrer nas consultas de pré-natais, durante o acompanhamento de gravidez, durante o trabalho de parto, no pós-parto, até mesmo nos casos de abortamento. Quantos aos sujeitos, a violência pode ser desencadeada pela equipe da administração do hospital, pelos técnicos, enfermeiros e médicos. Em 2010, foi publicada uma pesquisa⁴ de opinião pública denominada “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, em parceria entre Fundação Perseu Abramo e SESC, constando-se que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto.

No entanto, o termo violência dentro dos serviços de saúde não é considerado e reconhecido pela maioria das puérperas e profissionais, vez que poucas pessoas associam a ocorrência de maus tratos na assistência à maternidade a um ato de violência. Em verdade, as parturientes, por desconhecimento de causa, acreditam ser esse tratamento indissociável do trabalho de parto em razão de uma ideologia que naturaliza a condição de dor e sofrimento ao

³Episiotomia é corte na área entre a vagina e o ânus chamada de períneo. Disponível em <<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Saude/noticia/2014/08/episiotomia-precisa-mesmo.html>>. Acesso em 31 de out. de 2018).

⁴Disponível:<https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em 31 de out. de 2018.

fator reprodutivo da mulher como seu destino biológico. Ademais, os próprios profissionais da área da saúde reproduzem essa violência acreditando que estão fazendo para o bem da paciente e também não o percebem com uma violência, fazendo com que ela se reproduza de maneira reiterada (AGUIAR, 2010).

Dessa forma, torna-se inviável haver um conceito rígido sobre o que pode ou não ser determinado como esse tipo de violência, assim como não se deve voltar os olhos somente ao campo do erro médico ou conduta médica, mas também no trato com o paciente e no procedimento empregado, vez que nestes também estão abarcadas as formas de desrespeito contra a dignidade da mulher.

Esses abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito violam os direitos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. As mulheres grávidas, especialmente por estarem vivenciando um dos momentos mais importante de suas vidas, têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de desfrutarem do mais alto padrão de saúde física e mental.

2.4 POSSÍVEIS CAUSAS

A questão da violência obstétrica começa a ganhar evidência a partir de inquietudes de diversos segmentos da sociedade, quais sejam o movimento de mulheres, o movimento de consumidoras de saúde, das corporações médicas e do movimento de produção de meta-análise e evidência científica pelo próprio campo do governo que propõe e implementa políticas de saúde.

Com o objetivo de eliminar especificamente essa espécie de violência, recorre-se à gênese da sua problemática. Primeiramente, reporta-se à ausência de lei específica sobre violência obstétrica, bem como a falta de aprimoramento nas legislações atuais que socorrem as mulheres nesses casos. Isso porque essa lacuna legislativa dificulta, ainda mais, o reconhecimento pelas gestantes dos atos violadores de seus direitos, bem como inviabiliza, de maneira acertada, a punição dos agentes infratores.

A par disso, encontram-se a desatualização do sistema de ensino em evidência científicas e humanizadas na formação dos profissionais da saúde, bem como o despreparo da equipe profissional no acolhimento da mulher durante o processo gestacional. Sonia Hotimsky⁵

⁵ Possui graduação em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1981), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2001) e doutorado em Doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo (2007). Atualmente é professora da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. É

afirma que a prática médica é, muitas vezes, apreendida de forma descolada do seu balizamento ético e com a priorização de competências em detrimento de valores como o cuidado. Dessa forma, a relação constituída entre as partes deixa de ser entre humanos e passa a ser uma relação sujeito-objeto.

Ademais, encontram-se, também, as dificuldades estruturais do ambiente hospitalar, a alta carga horária de trabalho e o *stress* a que estão submetidos diariamente esses profissionais. Esse cenário resulta em frequentes violações dos direitos fundamentais das mulheres e que acabam por ser incorporados como parte da rotina laboral. Em sua tese de Doutorado, Janaína Marques de Aguiar, assim se manifestou sobre o assunto:

[...] a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, com a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda assistencial, também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos. Esses maus tratos encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais quanto ao gênero, entrelaçados com a discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico. (AGUIAR, 2010).

Dessa forma, via de regra, não há lugar para sororidade nas maternidade; ao revés, o parto hospitalar rompeu os vínculos de solidariedade das mulheres que existiam quando o parto era um evento doméstico, ao passo que a lógica mercantilista associada às rígidas e incontestáveis verdades científicas desenvolvidas nos hospitais, a estrutura extremamente hierarquizada geram um local onde as condições do pensamento se esvaziam, as atividades de trabalho impulsionam uma ação mecânica, onde não se levam em conta os sentimentos das parturientes.

3 VIOLÊNCIA MORAL OBSTÉTRICA

São plurais as fontes de agressão contra as mulheres em seus processos reprodutivos. Os atos físicos de violência são mais facilmente reconhecidos e repudiados pela sociedade em geral, já as situações de violência psicológica e moral, ainda que causem igualmente danos graves à saúde das mulheres, são mais toleradas e mais passíveis de subnotificação.⁶

pesquisadora vinculada ao Núcleo de Estudos de Marcadores Sociais da Diferença do Departamento de Antropologia da USP (NUMAS/USP). Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: violência institucional, antropologia da saúde, formação em obstetrícia, parto obstétrico/educação e humanização do parto. Disponível em <<https://www.escavador.com/sobre/5890974/sonia-nussenzweig-hotimsky>>. Acesso em 30 de out. de 2018.

⁶Disponível em <<http://cidadaniafeminina.org.br/index.php/page/10/>>. Acesso em 07 de out. 2018.

Conceitua-se violência moral o ato caluniar ou difamar a vítima, ou de ofendê-la diante de terceiros, de modo a prejudicar sua reputação e abalar sua saúde psíquica. Na medida em que a vítima tem conhecimento do fato, constitui ao mesmo tempo em violência psicológica (RCDH).⁷

A violência moral ou psicológica, em particular, manifesta-se através de um tratamento desumanizado com o uso de linguagem inapropriada e rude, discriminação, humilhação, exposição da mulher ao ridículo e críticas quanto questões pessoais e particulares da gestante. Segundo a Fundação Perseu Abramo afirma que, pelo menos, 23% das mulheres ouviu alguma ofensa durante o parto. Os dados referem-se tanto a hospitais públicos quanto a privados e foram colhidos de 25 unidades em 176 municípios espalhados pelo Brasil. Ao menos 23% das entrevistadas ouviram frases humilhantes, como "Não chora não que ano que vem você está aqui de novo" (15%) ou, "Na hora de fazer não chorou. Não chamou a mamãe, por que está chorando agora?" (14%), ou ainda "Se ficar gritando, vai fazer mal para o seu neném. Seu neném vai nascer surdo" (VENTURI, 2010).

Ademais, na região metropolitana de Recife (PE), a antropóloga Dalsgaard, em pesquisa realizada entre 1997 e 1998, encontrou diversos relatos de tratamento grosseiro e desrespeitoso com as parturientes por parte dos profissionais que as definiam como "ignorantes" e "irresponsáveis" que não tinham controle sobre sua fecundidade. (AGUIAR, 2010).

Manifestam-se, ainda, através de comentários ofensivos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias; recriminam comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções quando, por exemplo, repreendem o choro, proíbem os gritos e a expressão da religiosidade da mãe; expõem a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança, ao restringirem na escolha do acompanhante, bem como o seu impedimento de entrada ou permanência; na procrastinação do contato entre a mãe e o neonato. (DEFESORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013)

O cenário de violência obstétrica é tão naturalizado, que mulheres retratam como "sorte" quando recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico (DIAS, 2006). Dentre os relatos recolhidos pela Rede Parto do Princípio, como forma de maus tratos e tratamento inadequado de mães no contexto do processo gestacional encontram-se: desprezo e

⁷ Disponível em < <http://rcdh.ufes.br/node/38>>. Acesso em 07 de out. 2018.

humilhação⁸, ameaça e coação⁹, preconceito e discriminação¹⁰, homofobia¹¹, assédio¹², culpabilização,¹³ dentre outros. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Em condições semelhantes, diversos autores apontam a censura que alguns profissionais de saúde fazem sobre o exercício da sexualidade de suas pacientes, sendo frequentes em algumas maternidades públicas as agressões verbais que culpabilizam o prazer que a parturiente pode ter sentido no ato sexual que originou a gravidez, por exemplo “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” (AGUIAR, 2010). Subjaz a este contexto a permanência histórica de uma ideologia naturalizada da inferioridade física e moral da mulher, e de sua condição de reprodutora como determinante do seu papel social, permitindo que seu corpo e sua sexualidade sejam objetivos de domínio e controle da ciência médica (ROHDEN, 2001).

Desta forma, constata-se que a violência moral obstétrica é uma realidade tanto quanto a física. Por questões de preocupações e aflições com completo êxito do nascimento do bebê, bem como desconhecimento dos atos caracterizadores, esse tipo de violência obstétrica passa despercebida pelas vítimas. Dessa forma, é preciso que seja discutida, reconhecido quanto um ato de violação aos direitos das mulheres, punido os infratores de acordo com o aparato jurídico oferecido, mas, principalmente, eliminada.

⁸ “Eu acho que o maltrato, tratam você como se você... Você já tá ali numa situação constrangedora, né, e assim, a pessoa falar grosso com você, falar grossa, de repente por ela estar com raiva de alguma coisa, ela vim te aplicar uma injeção e te aplicar de qualquer jeito. Eu acho que isso é uma violência, entendeu, dentro da saúde.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

⁹ “Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.” Aline Pereira Soares, atendida na rede pública em Curitiba-PR (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

¹⁰ “Muitas pacientes são migrantes, tem sotaque do nordeste. Vêm do nordeste ter filhos e depois voltam. São muito ignorantes!” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

¹¹ “Ligaram do Hospital Dório Silva pro Conselho Tutelar para denunciar a parturiente, pois ela se declarou lésbica.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

¹² “Vou dar logo no cu!” Fala de um médico plantonista em resposta a um pedido realizado no meio da noite para prescrição de medicação para dor na cicatriz da episiotomia. Prescreveu um anti-inflamatório via retal. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

¹³ “Viu o que você fez com o seu filho?” fala recorrente de médicos na sala de parto diante de morte de bebê durante o parto, Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

4 RECURSOS DISPONÍVEIS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO PARA A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA MORAL OBSTÉTRICA

4.1 FUNDAMENTOS CONVENCIONAIS DE PROTEÇÃO À MULHER

Ocorreu na cidade de México, em 1975, a I Conferência Mundial sobre a Mulher realizada pela Organização das Nações Unidas em que resultou a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres ou, simplesmente, a Convenção da Mulher. Essa passou a vigorar no Brasil a partir no dia 3 de setembro de 1981¹⁴. Com o fim de suprir desigualdades históricas entre os gêneros masculino e feminino e de modo a promover a inclusão desse grupo socialmente vulnerável nos espaços sociais e, conseqüentemente, a isonomia constitucional entre homens e mulheres, esta Convenção passou a prever a oportunidade de utilização de ações afirmativas. (LIMA, 2016).

Em 1980, fora realizada a II Conferência Mundial sobre a Mulher, na cidade de Copenhague, oportunidade em que foram inseridos outros problemas enfrentados pelas mulheres, tais como os relacionados à saúde, emprego e educação. Enfim, em 1993, a Conferência de Direitos Humanos das Nações Unidas realizada em Viena deliberou formalmente a violência contra a mulher como espécie de violação de direitos humanos.

Em sede regional, em 1994, a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos adotou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará (LIMA, 2016). Esse diploma legal, determina violência no seu art. 1º como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. E no art. 6º determina que o direito de toda mulher a ser livre de violência, abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada, livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

Todas essas Convenções Internacionais objetivando à proteção da mulher refletem um avanço do Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos, em um fenômeno chamado pela doutrina como processo de especificação do sujeito de direito. (LIMA, 2016). Dessa forma, o sistema geral de proteção aos direitos humanos, analisado com o objetivo de dar proteção genérica e abstrata a toda e qualquer pessoa, passa a coexistir com um sistema especial, por

¹⁴ Aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo no 26, de 22 de junho de 1994, e promulgada pelo Presidente da República por meio do Decreto no 4.377, de 13 de setembro de 2002.

meio do qual determinados grupos específicos também passam a gozar de uma proteção especial e particularizada em virtude de sua própria vulnerabilidade.

4.2 PREVISÕES NORMATIVAS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

4.2.1 Direito Penal

Não há no ordenamento jurídico pátrio brasileiro uma lei penal específica que defina o crime de violência obstétrica e, conseqüentemente, contemple as suas formas específicas de exteriorização (a violência moral, por exemplo). Dessa forma, busca-se, atualmente, dentro da seara criminal delitos que podem ser cometidos pelos agentes de saúde no exercício da profissão a fim de se buscar a responsabilização.

A responsabilidade penal resulta de um fato criminoso, seja de um ato comissivo ou omissivo. Não haverá reparação, mas sim aplicação de uma pena pessoal e intransferível à figura do transgressor, tendo em vista a gravidade do ilícito, uma vez que essa modalidade de responsabilidade visa a ordem social, a prevenção de cometimentos de delitos e também a punição.

Com relação a violência moral obstétrica, diante da ausência de legislação penal específica, podem vir a ser enquadrados, dentro desse cenário, crimes tipificados no Código Penal¹⁵. Nesse modo de agressão, é comum a perda de autonomia da parturiente, obrigada, em muitas situações, a praticar condutas as quais não concorda ou abster-se do livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sofrendo discriminação, coerção ou violência, como, por exemplo, ameaças verbais que repreendam a parturiente, durante o parto, a expressão de determinada religiosidade, o choro, emoção¹⁶. Nesses casos, cabe tipificação do art. 146, Código Penal em que diz “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda. Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa”. Deve-se ressaltar, neste caso, que os direitos sexuais e reprodutivos da mulher constituem, fundamentalmente, direitos humanos.

¹⁵ Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm>. Acesso em 1 de set. de 2018.

¹⁶ “Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.” Aline Pereira Soares, atendida na rede pública em Curitiba-PR; “Eles gritavam comigo assim: ‘Faz força direito!’, ‘Faz força de fazer cocô’, ‘Você vai matar seu filho! É isso que você quer?’, ‘Para de gritar senão seu filho vai morrer!’.” C. atendida na rede pública, em Vila Velha-ES (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

É igualmente comum o crime de ameaça previsto no art. 147 do Código Penal¹⁷. A ameaça, perpetrada nos casos de violência moral obstétrica, visa intimidar e amedrontar as gestantes mediante promessa de causar-lhe mal injusto e grave¹⁸. O mau injusto é aquele que a vítima não está obrigada a suportar, podendo ser ilícito ou simplesmente imoral. Já o mal grave é o capaz de produzir ao ofendido um prejuízo relevante.

Outra forma comum, nos relatos de violência moral obstétrica, é pertinente aos maus-tratos previsto no art. 136, Código Penal¹⁹. O crime é de forma vinculada, pois a conduta somente se admite nos modos de execução expressamente previstos em lei, amoldando-se, neste caso, expor a perigo de vida ou saúde da parturiente sob sua autoridade para fim de acompanhamento do processo gestacional, do parto e pós-parto²⁰.

Além das condutas expressas, muitas parturientes estão suscetíveis a sofrerem crimes que violem que sua honra, tais como o crime de injúria (art. 140, Código Penal)²¹. Manifestam-se das mais diversas maneiras²², expondo a paciente a sofrimentos desnecessários e que pode trazer consequências drásticas e irreparáveis a saúde.

Constitui, ainda, circunstância que sempre agrava a pena, vez que o crime é praticado contra mulher grávida (art. 61, inciso II, alínea h, CP).

4.2.2 Direito Civil

A responsabilidade civil sempre se ocupou, através dos séculos, com os danos relacionados à ação ou omissão de alguém diante da saúde alheia, com danos mais ou menos graves (CHAVES, 2017). No atual Estado dos direitos fundamentais, a saúde dos cidadãos ganha exponencial importância, não só na formulação genérica de políticas públicas, mas

¹⁷ Art. 147 - Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

¹⁸ “Eu digo pras grávidas: ‘se não ficar quieta, eu vou te furar todinha’. Eu aguento esse monte de mulher fresca?” T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto, Itaguaí-RJ (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

¹⁹ Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

²⁰ “Todas as entrevistadas ressaltaram que, se a mulher fizer escândalo, ela sofrerá maus-tratos dentro das maternidades públicas. Uma informação passada para elas não só por pessoas de seu meio social (mulheres da família, amigas, vizinhas e, até, o marido de uma delas), mas também pelos próprios profissionais de saúde.” (AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011)

²¹ Art. 140 - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

²² “Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!” fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

também na solução concreta dos casos em que houve dano. Dessa forma, deve-se levar em conta não apenas quando o Estado, por seus serviços públicos de saúde, presta atendimento, mas também diante dos abusos praticados por agentes privados.

Na seara médica, o paciente, diante dos profissionais da área da saúde, está em posição de vulnerabilidade, uma vez que não conhece, em regra, os meandros do tratamento, bem como não sabe como agir diante de determinadas situações. Isso posto, a boa-fé objetiva deve iluminar fortemente essa relação, impondo ao profissional de saúde um dever de agir com lealdade, zelo e cooperação (CHAVES, 2017), oferecendo um tratamento humano e respeitoso. Ocorre que, não raras vezes, as parturientes são expostas a tratamento humilhante por parte desses profissionais, podendo elas também socorrerem-se ao Direito Civil como meio de responsabilizar os agressores, uma vez que esta seara apresenta com caráter autônomo.

O Código Civil, em seu art. 927, preceitua o seguinte “Aquele que por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”. Sobre a reparação cível Carvalieri ensina:

Por violação de direito deve-se entender todo e qualquer direito subjetivo, não só os relativos, que se fazem mais presentes no campo da responsabilidade contratual, como também e principalmente os absolutos, reais e personalíssimos, nestes incluídos o direito à vida, à saúde, à liberdade, à honra, à intimidade, ao nome e à imagem. (CARVALIERI, 2015)

São retirados do artigo 186 do Código Civil²³ pressupostos básicos da responsabilização civil, ainda que exclusivamente moral, quais sejam: a conduta do agente, o nexo de causalidade e o dano. A conduta é o comportamento humano voluntário que se exterioriza através de uma ação ou omissão, produzindo consequências jurídicas. A ação ou omissão é o aspecto físico, objetivo, da conduta, sendo a vontade o seu aspecto psicológico, ou subjetivo (CARVALIERI, 2015). Dessa forma, não há responsabilidade civil sem determinado comportamento humano contrário à ordem pública.

O nexo causal é o segundo pressuposto da responsabilidade civil e tem por função estabelecer medida para a obrigação de indenizar, uma vez que só se indeniza o dano que é consequência do ato ilícito. (CARVALIERI, 2015). Dessa forma, quanto ao nexo causal, é necessário que haja entre a conduta ilícita do agente e o dano uma relação de causa e efeito. No entanto, a noção de nexo causal não é puramente naturalista, nem exclusivamente jurídica, conforme ensina Carvalieri:

O juiz tem que eliminar os fatos que foram irrelevantes para a efetivação do dano. O critério eliminatório consiste em estabelecer que, mesmo na ausência desses fatos, o

²³ Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito. (BRASIL, 2002)

dano ocorreria. Causa será aquela que, após este processo de expurgo, se revelar a mais idônea para produzir o resultado. Em suma, o nexu causal é um elemento referencial entre a conduta e o resultado. É um conceito jurídico-normativo através do qual poderemos concluir quem foi o causador do dano. (CARVALIERI, 2015).

Por fim, o dever de reparar só ocorre quando alguém pratica ato ilícito e causa dano a outrem. Nessa modalidade de violência obstétrica, firma-se o dano moral. Sobre o dano moral Chaves ensina:

A trajetória do dano moral é bastante reveladora da mudança de postura ocorrida (e que ainda está ocorrendo). Refazendo o trajeto histórico, percebemos paulatinamente como nos livramos de velhos conceitos e arraigados preconceitos e, passamos a admitir, não sem hesitação inicial, que a reparação não pode ficar circunscrita à esfera patrimonial da pessoa.

O dano moral pode ser caracterizado nos casos de injúrias que ofendem a dignidade e a honra das pessoas, a sua reputação (DINIZ, 2005). Ou, ainda, como Carvalieri aponta:

Assim, à luz da Constituição vigente podemos conceituar o dano moral por dois aspectos distintos: em sentido estrito e em sentido amplo. Em sentido estrito dano moral é violação do direito à dignidade. E foi justamente por considerar a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem corolário do direito à dignidade que a Constituição inseriu em seu art. 5º, V e X, a plena reparação do dano moral. Este é, pois, o novo enfoque constitucional pelo qual deve ser examinado o dano moral: Qualquer agressão à dignidade pessoal lesiona a honra, constitui dano moral e é por isso indenizável. “Valores como a liberdade, a inteligência, o trabalho, a honestidade, aceitos pelo homem comum, formam a realidade axiológica a que todos estamos sujeitos. Ofensa a tais postulados exige compensação indenizatória. (CARVALIERI, 2015)

Nesse sentido, decidi, em 2017, a 5ª Câmara de Direito Privado Tribunal de Justiça de São Paulo preferiu a seguinte condenação:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido.

(TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator: Fábio Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017)

Para o arbitramento da compensação por dano moral, devem ser levados em conta tempo de duração da ilicitude, a situação econômico/financeira do ofensor e do ofendido, a repercussão do ilícito na vida da ofendida, a existência ou não de outras circunstâncias em favor ou em desfavor do ofendido. Vale ressaltar, ainda, que não pode ocorrer a responsabilização objetiva do profissional, vez que, por força do § 4º do artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor²⁴ essa ocorre mediante a verificação da culpa.

Ademais, nos ensinamentos de Cristiano Chaves (2015), é afirmado que os hospitais só podem ser chamados a responder de modo solidário se houver dever de indenizar por parte do médico:

Quando falamos em culpa configurada abrangemos, também, por certo, a configuração que resulta da inversão do ônus da prova. Diga-se, por fim, que é irrelevante a natureza jurídica da situação do médico perante o hospital. À luz da teoria da aparência, se o médico atendeu o paciente e causou danos, o hospital responde, não podendo, obviamente, argumentar que o médico não recebia salário, ou não era empregado seu. (CHAVES, 2015).

A responsabilidade do hospital tornou-se possível com a ascensão da Teoria da Responsabilidade Objetiva, vez que é aquela provinda de resultado danoso de ato ilícito que independe da comprovação de culpa do agente causador. A Responsabilidade Civil Objetiva relacionada ao presente estudo, no nosso Código Civil, decorre do artigo 932, inciso III:

Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil: III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

Diante do exposto, depreende-se que mesmo diante da atual ausência de legislação específica da violência obstétrica, há outras formas que os aplicadores do Direito possam se valor para punir a prática, uma vez que resta caracterizada a violação de princípios e direitos basilares do Estado Democrático de Direito, podendo haver a aplicação da responsabilidade civil da equipe hospitalar e do Estado ou ainda aplicação da lei penal, conforme demonstrado.

4.2.3 Legislações Esparsas

4.2.3.1 LEI 11.108/2005

²⁴ Art. 14, § 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa. (CDC, 1990).

Também conhecida como Lei do Acompanhante, a Lei 11.108 de 7 de Abril de 2005 constitui um dos grandes avanços no reconhecimento do bem estar da parturiente, conforme pontua a Rede Parto do Princípio:

São inúmeros os benefícios da presença do acompanhante ou da acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, dentre eles: diminuição do tempo de trabalho de parto; sentimento de confiança, controle e comunicação; menor necessidade de medicação e analgesia; menor necessidade de parto operatório ou instrumental; menores taxas de dor, pânico e exaustão; aumento dos índices de amamentação; maior satisfação da mulher; e diminuição de relatos de cansaço durante e após o parto (PARTO DO PRINCÍPIO, s. d.).

O direito ao acompanhante se aplica a todos os estabelecimentos de atendimento à saúde onde sejam realizados partos, independentemente de convênio público ou particular. Ademais, a presença daquele é importante para a garantia da autonomia da mulher na tomada de decisões, bem como pode vir a constituir uma prova testemunhal do tratamento oferecido à parturiente, pela equipe hospitalar, durante as consultas e durante o trabalho de parto.

O sistema de institucionalização do parto muitas vezes transforma o cenário do parto em um campo de batalha entre o médico ou médica e a parturiente. A conjuntura de valores sociais legitima o conhecimento técnico dos médicos em detrimento da consciência corporal da mulher. (PENÃ, 2016). Nesse ambiente, a presença do acompanhante favorece a possibilidade de respeito à mulher, constituindo um fator importante na busca pela alteração dessa relação de poder desigual. Tal direito vem sido reconhecido, aos poucos, pelo Poder Judiciário:

“GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO - ESPOSA EM TRABALHO DE PARTO - LEI EXPRESSA GARANTINDO PRESENÇA DE ACOMPANHANTE - DANO MORAL - CARACTERIZAÇÃO DO DANO - FIXAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO - CARÁTER PEDAGÓGICO E INDENIZATÓRIO - Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. - Devida a reparação pelo dano moral suportado e respectiva majoração, visto que os fatos narrados na inicial ultrapassam os limites do mero aborrecimento. A fixação do dano deve ser feita em medida capaz de inculcar ao agente do ato ilícito lição de cunho pedagógico, mas sem propiciar o enriquecimento ilícito da vítima e fulcro nas especificidades de cada caso. Apelo principal e adesivo não provido.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº1.0394.08.081312-1/001. Comarca de Manhuaçu. Apelante: Hospital César Leite. Apelantes adesivos: João Batista de Oliveira Júnior e outro. Apelado: Hospital César Leite, João Batista de Oliveira Júnior. Relator: Desembargador Cabral da Silva.²⁵

²⁵ Disponível em: <<http://www.diariosoficiais.com/diario/d7s4/13-07-2011/7/tribunalde-justica-do-estado-de-minas-gerais-2-instancia-administrativo?termos=processo>>. Acesso em: 19 out. 2019.

4.2.4 Leis Estaduais e Municipais

Por força do art. 24²⁶, XII c/c art. 30, II²⁷ da Constituição da República é conferido aos Estados e Municípios dispor sobre proteção e defesa da saúde e, conseqüentemente, sobre violência obstétrica, cabendo a União limitar-se-á a estabelecer normas gerais. Dessa forma, encontram-se diversas legislações estaduais e municipais que tratam sobre o tema do presente estudo.

A cidade de Diadema, no interior do Estado de São Paulo, foi vanguardista ao promulgar a Lei Municipal nº 3363/2013, a qual considera a violência obstétrica como "todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério". (DIADEMA, 2013, p. 1). Posteriormente, a Cidade de Curitiba publicou a lei 14.598/15 também sobre a temática. Há, ainda, as leis estaduais 15.759/15 do Estado de São Paulo, a Lei Estadual 17.097/17 do Estado de Santa Catarina e a Lei Estadual 19.207/17 do Estado do Paraná.

No entanto, tais leis estaduais e municipais, sob pena de afronta à Constituição Federal, limitam-se à providências, princípios e metas a serem adotados e cumpridos por parte do Poder Público em relação às mulheres gestantes ou parturientes, salvaguardando-as de qualquer tipo de violência obstétrica durante a gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

4.2.5 Projetos de Lei Federais 7633/2014, 8219/2017 e 7867/2017

Tramitam na Câmara dos Deputados, em conjunto, três projetos de lei que abordam acerca da violência obstétrica. O primeiro a ser oferecido foi o Projeto de Lei nº 7633 de 2014 do Deputado Federal Jean Wyllys com última data de movimentação em Abril/2018. Esse busca dar uma definição legal de abrangência nacional para o termo violência obstétrica em que incluem a violência moral como uma de suas formas, bem como dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria

²⁶ Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: [...] XII – previdência social, proteção e defesa da saúde (CF, 1988).

²⁷ Art. 30. Compete aos Municípios [...] II – suplementar a legislação federal e estadual no que couber. (CF, 1988).

Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008. Assim, o Projeto de Lei define a violência obstétrica e elenca situações em que ela poderá ocorrer da seguinte forma:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Art. 14. Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;

II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade;

III - ironizar ou censurar a mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica e suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros;

IV – preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas;

V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do concepto, inerentes ao procedimento cirúrgico;

VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VIII - recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à mulher em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal ou em abortamento, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos;

IX - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

X - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e puerpério, ou impedir o trabalho de um(a) profissional contratado(a) pela mulher para auxiliar a equipe de assistência à saúde;

XI - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias;

XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:

a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações;

b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado;

- c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;
 - d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;
 - e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;
 - f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);
 - g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;
 - h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;
 - i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;
 - j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;
 - k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;
 - l) praticar Manobra de Kristeller;
 - m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;
 - n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.
- XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas;
- XIV – Realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal;
- XV – Realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;
- XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;
- XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;
- XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;
- XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico;
- XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;
- XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;
- XXII - Tratar o pai da criança ou o(a) acompanhante de escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014, p. 6-9).

O Projeto de Lei 8219/2017, proposto pelo Deputado Federal Francisco Floriano, enfatiza a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Nesse, além de ser possível visualizar, em seu artigo 3º, a violência moral como forma de violência obstétrica, também é possível a punição criminal dos infratores:

Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

[...]

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

[...]

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017, p. 1-2)

Por fim, o Projeto de Lei 7867/2017, proposto pela Deputada Federal Jô Moraes, dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

5 CONCLUSÃO

O estudo teve como propósito analisar a violência obstétrica e suas formas de caracterização, dando ênfase, primordialmente, à violência moral perpetradas contra as mulheres em seu processo gestacional.

A gravidez e o parto são aspectos importantes da saúde reprodutiva feminina, constituindo um direito à parturiente de tomar decisões informadas, livres de agressões e coerção, sempre quando tais decisões não puderem acarretar risco para sua saúde e do feto.

A parturiente, como sujeito de direitos possui uma série de prerrogativas: a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CRFB/88) como fundamento do Estado Democrático de Direito; o princípio da igualdade (art. 5º, I, CRFB/88) que a protege de todas as formas de discriminação; o princípio da legalidade (art. 5º, II, CRFB/88) que assegura autonomia à mulher; e ainda a proteção à vida, à saúde (acesso, segurança), à maternidade e à infância (Princípio da Beneficência).

Constatou-se que a violência obstétrica é uma dentre as diversas formas de violência de gênero, fundamentadas nas relações de poder desiguais entre homens e mulheres e na noção de subordinação da mulher e seu corpo no acompanhamento do processo gestacional. Logo, mostrou-se relevante analisar a violação dos direitos fundamentais conjuntamente com a autonomia da mulher no momento do parto, bem como propor o parto humanizado como um caminho mais apropriado e respeitoso aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

O Ministério da Saúde cria Políticas de atenção integral a Saúde da mulher que objetiva garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo (SOUZA, GAÍVA, MODES, 2011), como, por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, que busca avanços na cobertura e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tanto para as mulheres quanto para seus filhos, segundo os direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Abordaram-se os diversos conceitos de violência obstétrica dados, principalmente, pela legislação estrangeira em razão da carência de estudo jurídico no Brasil. Constataram-se a pluralidade de situações em que pode ser manifestada, bem como as variadas formas que podem ser revestidas, devendo, portanto, serem analisadas e reconhecidas diante de um caso concreto, bem como à luz dos direitos humanos e do estado de vulnerabilidade que se encontra a gestante neste período do parto e pós-parto.

Verificou-se, ainda, que a violência física obstétrica é mais facilmente reconhecida enquanto um ato violento em razão dos vestígios no corpo da mulher, no entanto a violência

psicológica e moral causa igualmente danos graves à saúde das mulheres e passa, na maioria dos casos, despercebida. Dessa forma, a violência moral obstétrica é uma realidade tanto quanto a física e precisa ser discutida e igualmente eliminada.

Outrossim, para enfrentá-la e buscar erradicá-la, ao mesmo passo da busca pela caracterização, deve haver a divulgação de informação, tanto a sociedade em geral como nas áreas intrinsecamente ligadas ao fenômeno. É necessário, ainda, enfrentar esse fenômeno como questão de saúde pública e, dessa forma, promover debates e discussões, bem como adotar políticas públicas.

A falta de informação da sociedade acerca da existência da violência obstétrica parte muitas vezes das próprias pacientes, que consideram os atos de violência praticados durante o atendimento ao parto como “normais” ou “corriqueiros”.

Verificou-se, no entanto, que não há legislação específica sobre violência obstétrica, sendo somente possível, no estágio atual do ordenamento jurídico, buscar a punição dos infratores, bem com o ressarcimento por eventuais violações físicas e morais nos campos das áreas criminais e cíveis.

Assim sendo, é de extrema importância que as tendências caminhem no sentido de que o Direito seja utilizado como instrumento das lutas feministas para o reconhecimento da violência obstétrica como espécie de violência contra a mulher. A gestação e o parto devem simbolizar a renovação das esperanças, não tortura e humilhação.

Dessa forma, com as pesquisas a humanização surge como necessária à redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos. Humanizar o parto é respeitar e criar condições que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e

6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2010.

AZEVEDO, Júlio Camargo de. **Precisamos falar sobre a violência obstétrica**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo (Org.). **Biodireito e gênero**. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 25.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. p. 6. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A3A6750E4787A4388B505E7CE0F47CC3.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em: 24 out. 2018. Texto Original

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=7C517DCAAA DB516AFF1A01594C2D5C2C.proposicoesWebExterno2?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017>. Acesso em: 24 out. 2018. Texto Original.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 8.219/2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017>. Acesso em: 24 out. 2018. Texto Original.

_____. **Código Civil**, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 1ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

_____. **Código Penal**, Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro De 1940.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

292p.

_____. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência obstétrica: você sabe o que é?**. São Paulo: Escola da Defensoria Pública do Estado., 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Chauí, M.; Cardoso, R.; Paoli, MC (Orgs.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 25-62. 4v.

CHAVES, Cristiano; ROSENVALD, Nelson; BRAGA NETTO, Felipe Peixoto. **Curso de Direito Civil 3. Responsabilidade Civil**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CURITIBA (Município). **Lei 14.598/15**, de 16 de janeiro de 2016. Lex. Disponível em <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1459/14594/lei-ordinaria-n-14594-2015>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

DIADEMA (Município). **Lei nº 3363**, de 01 de outubro de 2013. Lex. Disponível em <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313>. Acesso em: 05 nov. 2018.

DIAS, M.A.B. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. (Tese de doutorado). Fiocruz, 2006. Rio de Janeiro-RJ.

DINIZ, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/3424/2/000057.pdf>>. Acesso: 20 out. 2018.

D'GREGORIO, R.P. Obstetric Violence: a new legal term introduced. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Venezuela. v. 111, n.3, p.201-202, 2010.

FONEITE, J;FEO,A; MERLO, J.T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por elpersonal de salud. **RevObstetGinecol Venez.** v.72, n.1, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322012000100002&script=sci_arttext>> Acesso em: 19 de set. de 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: a vontade de saber**, v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

GONÇALVES, Tamara Amaroso. **Direitos humanos das mulheres**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 105.

HOGA Lk, FELIZ Ccp, BALDINI P, GONÇALVES RC, SILVA TRA. **Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas.** In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8 [online]. São Paulo, 2002. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100049&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 07 de out. 2018.

HOTIMSKY, Sonia Nussenweig. **A Formação em Obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007.** Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde>. Acesso em 20 de out. 2018.

JUÁREZ, DIANA Y OTRAS. **Violencia sobre las mujeres :herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios /** Diana Juárez y otras.; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2012

LARGURAM. **Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário.** 2. ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2000.

LIMA, Renato Brasileiro de. **Legislação criminal especial comentada: volume único.** Renato Brasileiro de Lima- 4. ed. rev., atual. e ampl.- Salvador: JusPODIVM, 2016. 976p.

MCCALLUM, C. Reis. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescente de classe populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, n. 22, n. 7, p. 1483-1491, 2006.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov., 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Krug EG, et al., eds. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2015.

PARANÁ (Estado). **Lei nº 19.207** de 01 de novembro de 2017. Lex. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=352205>. Acesso em: 05 nov. 2018.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Parirás com dor. 2012.** Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 13 de out. 2018.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei nº 17.097** de 17 de janeiro de 2017. Lex. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 15.759** de 25 de março de 2015. Lex. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maia dos; VARGEN, Octavio Muniz da Costa. **Medicalização X Humanização: O Cuidado Ao Parto Na História o Cuidado Ao Parto Na História**. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2018

SOUZA, T. G, GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n.3, p.479-86, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17497>>. Acesso em: 09 de nov. 2018.

VENEZUELA. Ley Orgânica, de 19 de março de 2007. **Ley Orgánica Sobre El Derechos de Las Mujeres A Una Vida Libre de Violencia**. 38. ed. Caracas, 19 mar 2007. p. 6. Disponível em: <<http://www.minmujer.gob.ve/?q=descargas/leyes/leyorganica-sobre-el-derechos-de-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia>>. Acesso em: 23 set. 2018

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Pulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2018.