

A violência obstétrica como forma de violação aos direitos fundamentais das mulheres

Camila Dias Pimentel¹

Susan Oliveira da Silva²

Suelen Oliveira da Silva³

Rosilene da Conceição Queiroz⁴

Michele Faria de Sousa⁵

Recebido em: 18.06.2020

Aprovado em: 09.07.2020

Resumo: Este trabalho tem como objetivo analisar a violência obstétrica sob um prisma jurídico, classificando os atos atentatórios à integridade física e psíquica como formas de violação dos direitos fundamentais das mulheres e do princípio da dignidade da pessoa humana, marco teórico deste estudo. O método de pesquisa utilizado foi a revisão bibliográfica de livros, revistas, periódicos e outros relacionados ao tema proposto. A violência obstétrica é uma forma de violação que pode ocorrer durante a gestação, o parto ou o puerpério, através da prática de atos pelos profissionais de saúde que caracterizam ofensa a sua integridade física, psicológica ou sexual, causando-lhe algum sofrimento ou trauma. Por muito tempo a tarefa de auxiliar nos nascimentos era atribuída às parteiras e às mulheres da família, posteriormente, a evolução da Obstetrícia e da Medicina fizeram com que o parto se tornasse um evento médico, porém, em contrapartida, colaborou para a desumanização do parto. No Brasil ainda não há uma lei específica que trate sobre a violência obstétrica e, os atos praticados pelos profissionais de saúde, são enquadrados nas condutas positivadas na legislação penal, civil e administrativa.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos fundamentais; dignidade da pessoa humana; direitos das mulheres.

¹ Discente do curso de Direito da Faculdade Minas Gerais -FAMIG

² Discente do curso de Direito da Faculdade Minas Gerais -FAMIG

³ Discente do curso de Direito da Faculdade Minas Gerais -FAMIG

⁴ Graduação em Direito pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (2007). Pós-graduação em Direito Público pelo EMAGIS. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Civil, Administrativo e Trabalhista

⁵ Revisora. Mestre em Direito Processual pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2009). Especialista em Direito Processual pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Bacharel em Direito pela Universidade de Itaúna (2002)

Obstetric violence as a form of violation of women's fundamental rights

Abstract: This work aims to analyze obstetric violence from a legal point of view, classifying acts that undermine physical and psychological integrity as forms of violation of the fundamental rights of women and the principle of human dignity, the theoretical framework of this study. The research method used was the literature review of books, magazines, periodicals and others related to the proposed theme. Obstetric violence is a form of violation that can occur during pregnancy, childbirth or the puerperium, through the practice of acts by health professionals that characterize offense to their physical, psychological or sexual integrity, causing them some suffering or trauma. For a long time, the task of assisting births was attributed to midwives and women in the family. Later, the evolution of Obstetrics and Medicine made childbirth a medical event, however, in return, it collaborated for the dehumanization of childbirth. In Brazil, there is still no specific law that deals with obstetric violence and the acts practiced by health professionals are framed in the positive conduct in criminal, civil and administrative legislation.

Keywords: obstetric violence; fundamental rights. dignity of human person. women's rights.

1 INTRODUÇÃO

Ao se estudar a evolução histórica e cultural do parto, verifica-se que, à época, era um acontecimento pouco valorizado, pois as parturientes não recebiam a atenção e importância devidas e por isso médicos não participavam. Devido a condição de inferioridade atribuída às mulheres e o menosprezo pela gestação e pelo parto, por muito tempo a tarefa de auxiliar nos nascimentos era atribuída às parteiras e às mulheres da família.

A evolução da Obstetrícia e da Medicina fizeram com que o parto se tornasse um evento médico. Esta mudança foi importante, pois a transição do parto caseiro para o ambiente hospitalar permitiu maior controle sobre qualquer complicação que viesse a surgir, porém, em contrapartida, colaborou para a desumanização do parto.

O presente trabalho tem como assunto a violência obstétrica, cujo tema restringe-se à violação a mulher gestante que pode ocorrer durante a gestação, o parto ou o puerpério, através da prática de atos pelos profissionais de saúde que caracterizam ofensa a sua integridade física, psicológica ou sexual, causando-lhe algum sofrimento ou trauma.

A violência obstétrica implica na prática de atos que tem como objetivo menosprezar e humilhar a mulher em razão da sua condição de gênero, violando direitos fundamentais constitucionalmente garantidos, sendo necessário compreender a gravidade do problema para se desenvolver meios alternativos e humanizados para a parturiente.

Neste passo, o objetivo deste trabalho é analisar a violência obstétrica sob um prisma jurídico, contrapondo os atos atentatórios à integridade física e psíquica praticados como formas de violação do princípio da dignidade da pessoa humana que por consequência, ferem os direitos fundamentais das mulheres, tendo em vista que atingem a mulher em num momento de extrema fragilidade, o que pode dificultar uma reação contra a violência sofrida ou até mesmo a busca por reparação dos danos causados.

O marco teórico deste estudo é o princípio da dignidade da pessoa humana, um valor que serve de base para os demais direitos fundamentais. Este princípio consiste em um complexo de direitos e deveres que asseguram a qualquer pessoa a devida proteção contra qualquer ato de cunho degradante ou desumano, para garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável. Qualquer forma de discriminação, ofensa ou humilhação que ocorra durante o acompanhamento da gravidez, no momento do parto e no pós-parto são condutas violadoras deste princípio.

O método de pesquisa utilizado neste estudo foi a revisão bibliográfica de livros, revistas, periódicos e outros relacionados ao tema proposto. Importante ressaltar que a pesquisa bibliográfica não se trata de uma simples reprodução do que já foi escrito sobre o assunto estudado, busca-se, na verdade, examinar o tema sob uma nova abordagem a partir de conclusões existentes.

Para atender ao objetivo proposto, este trabalho foi desenvolvido em quatro capítulos, sendo o primeiro a introdução. O segundo capítulo buscou apresentar o conceito e os atos que caracterizam a violência obstétrica, passando pela evolução histórica do parto para melhor compreensão do tema e de sua importância.

Sendo assim, a violência física ocorre quando são empregadas técnicas e procedimentos que causem sofrimento ao corpo da parturiente. A violência psicológica consiste em ações verbais ou comportamentais que causem na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, insegurança, entre outros. Já a violência obstétrica de caráter sexual pode ser vislumbrada através de ações capazes de violar a intimidade ou pudor da mulher, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva.

O terceiro capítulo foi dedicado a demonstrar os direitos fundamentais das mulheres, seus princípios norteadores, tendo como base a dignidade da pessoa humana, marco teórico deste estudo. O tratamento dado ao assunto pelos tratados internacionais também foi desenvolvido neste tópico.

Dentre estes direitos, destaca-se o direito à vida, por ser o meio de fruição de todos os demais direitos fundamentais. Importante destacar também o direito à liberdade, que norteia as escolhas dos indivíduos para que tomem as decisões de acordo com as opções que lhe são apresentadas. Em decorrência deste direito, a mulher deve ser informada de forma antecipada sobre a realização de qualquer procedimento médico, não devendo ser submetida a tortura ou a qualquer tratamento cruel ou degradante.

Por fim, no quarto e último capítulo foram apresentados os aspectos jurídicos da responsabilização penal, civil e ética dos profissionais de saúde envolvidos em situações de violência obstétrica, bem como sua reparação. Serão ainda analisadas a eficácia das normas existentes no direito brasileiro que, de alguma forma, protegem a mulher vítima de violência obstétrica, já que no Brasil ainda não há uma lei específica que trate sobre a violência obstétrica, isso significa que para que não ocorra impunidade, os atos praticados pelos profissionais de saúde são enquadrados nas condutas positivadas na legislação penal, civil e administrativa.

Foram apresentados também os projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional visando acabar com esta lacuna e o que o direito comparado legisla sobre o assunto.

O estudo do tema é de extrema importância, tendo em vista que o conceito de violência obstétrica é relativamente novo, e trata-se de assunto pouco discutido no mundo jurídico.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS E FORMAS

A violência obstétrica é uma forma de violação a gestante que pode ocorrer durante a gestação, o parto ou o puerpério, através de atos que caracterizem ofensa a sua integridade física, psicológica ou sexual. Porém, antes de citar os pormenores do conceito e suas formas de ocorrência, é preciso discorrer um pouco sobre o contexto histórico do parto.

Um dos acontecimentos mais celebrados da vida humana é o nascimento, momento que também é fortemente marcado por questões sociais, históricas e culturais. Além disso, é um evento capaz de transformar completamente a vida das pessoas que estarão ao lado daquele recém-nascido, por isso a sua importância.

Entre a gestação e o parto, a mulher pode enfrentar uma série de obstáculos, principalmente quando está em posição social menos favorecida, o que prejudica o acesso a uma assistência médica adequada ou mais especializada, dependendo do caso.

2.1 Abordagem histórica do parto

Ao se analisar a evolução histórica e social da humanidade é possível perceber que o momento do parto e as técnicas utilizadas para sua execução passaram por grandes transformações ao longo dos séculos.

Conforme Melo (1983), os registros mais antigos de parto são representados por esculturas e gravuras que remontam a milhares de anos a.C. Nestas representações, geralmente a mulher está sozinha, sem apoio de outras pessoas ou instrumentos, sugerindo que os partos eram guiados primordialmente pelos instintos e crenças de cada povo.

Por muito tempo o parto era um evento exclusivo para as mulheres, homens não participavam por ser considerado um momento desvalorizado e não estava a altura dos cirurgiões da época. Dessa forma, ficava a cargo das comadres, das parteiras e

das curandeiras a incumbência de fazer os partos, por possuírem mais conhecimento e experiência. Além disso, ficavam também encarregadas de oferecer a parturiente alimentos, palavras de conforto e ajudá-la nos primeiros cuidados do recém-nascido (ARRUDA, 1989, p. 35-42).

No Brasil, Paciornik (1987) demonstra que em algumas tribos indígenas o parto também era uma tarefa delegada exclusivamente às mulheres. Após o nascimento elas cortavam o cordão umbilical dos seus filhos utilizando a própria boca ou um instrumento confeccionado com lasca de taquara. Após o nascimento, a mãe retomava a rotina normal, e o repouso era feito pelo pai, porque de acordo com a cultura indígena o homem estava mais ligado ao seu filho do que a mulher, pois havia fornecido o sêmen e o ventre feminino serviria apenas como um “saco” para gerar o feto.

Estes relatos confirmam a condição de inferioridade das mulheres e o menosprezo pela gestação e pelo parto, visto que era considerado um momento exclusivamente feminino e por isso não recebia a atenção e importância devidas dos homens e dos cirurgiões da época, ficando a cargo das parteiras tal tarefa.

Conforme Maldonado (2002), a Obstetrícia surgiu como especialidade médica apenas em 1806 e procurou desenvolver métodos e técnicas que diminuíssem a mortalidade materna e infantil. Um exemplo é o surgimento do Fórceps, instrumento cirúrgico criado no fim do século XVI que era utilizado pelos médicos para retirar o feto do útero à força em casos considerados difíceis.

A baixa idade média foi um período na história da humanidade em que ocorreram uma série de mudanças culturais e comportamentais, dentre estas mudanças, a saúde passou a ser tida como um assunto de interesse público, dando a figura do médico maior respeito e prestígio. Por outro lado, as curas místicas e baseadas em métodos empíricos foram perdendo pouco a pouco sua credibilidade (CUNHA, 2015, p. 25).

Com a evolução do conhecimento científico, verifica-se que o parto, que inicialmente ocorria de forma caseira e com ajuda de parteiras, passou a ser de competência dos médicos, sendo realizado em ambiente hospitalar. Esta mudança de concepção se

deve também ao aumento da descrença em métodos não baseados em estudos científicos.

Dessa forma, quando a parturiente foi transferida do seu lar para o ambiente hospitalar, ocorreu a chamada institucionalização do parto, conforme discorre Laham (2018):

Já nos primeiros meados do século XX ocorre a institucionalização do parto com a remoção da parturiente para ambiente hospitalar, onde o procedimento passa a ser conduzido por médicos e enfermeiros. Nesta época, a medicalização do parto com utilização de anestesia e a cesariana foram considerados revolucionários nos campos da obstetrícia, visto que aceleravam o procedimento e garantiam maior número de partos realizados e ofereciam uma alternativa supostamente menos dolorosa para o parto (LAHAM, 2018, p.13).

Nesse sentido, verifica-se que a presença e o acompanhamento das parteiras e das mulheres da família da gestante durante o parto proporcionavam a ela um certo conforto, fazendo com que fosse mais humanizado e menos traumático. Por outro lado, a institucionalização do parto teve como objetivo garantir a saúde da mãe e do seu bebê, visto que no ambiente hospitalar os riscos existentes poderiam ser melhor controlados através de medicamentos, técnicas e instrumentos específicos.

Sobre a institucionalização ou hospitalização do parto, Nagahama e Santiago (2015), entendem que:

O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

O processo de hospitalização do parto, apesar de ser mais seguro para a mãe e seu bebê, provocou sua desumanização, perdendo o conforto e familiaridade existentes no parto domiciliar, pois neste novo contexto a mulher transformou-se em um mero objeto durante o processo do parto, ficando submissa às decisões da equipe médica que a acompanhar.

Nesse sentido, Matos (et al, 2013, p. 875), demonstram que ao longo das décadas de 1980 e 1990, as discussões sobre o modelo de parto utilizado no Brasil se intensificaram, pois, estava alicerçado basicamente em ações intervencionistas e extremamente medicalizadoras, onde o maior objetivo era o nascimento saudável do bebê e a diminuição da mortalidade infantil.

Mesmo após o aumento das discussões sobre a necessidade de humanização do parto, dados da Fundação Perseu Abramo do ano de 2010, demonstram que cerca de 25% das mulheres brasileiras sofreram algum tipo de violência durante o atendimento ao parto, dentre elas: fazer o exame de toque de forma dolorosa, negar ou deixar de oferecer algum tipo de alívio para a dor, gritar, xingar, humilhar, empurrar, amarrar, bater, não informar sobre algum procedimento que estava fazendo, negar atendimento, entre outros, condutas estas que caracterizam a violência obstétrica.

Kondo e Werner (2013) ensinam que a violência obstétrica começou a ser alvo de pesquisa e interesse nos meios sociais e acadêmicos somente na década de 2000, principalmente após o recebimento de uma denúncia sobre maus-tratos sofridos por uma jovem no serviço de saúde reprodutiva da cidade de Rosário, na Argentina. Diante da denúncia, o Comitê de América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e o Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento (INSGENAR) iniciaram uma investigação no ano de 2001, dando origem ao Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos naquele país.

Já no Brasil, verifica-se que ainda não existe uma lei que trate de forma específica sobre o tema. Porém, a causa vem sendo defendida por movimentos sociais que buscam, através da criação de plataformas específicas, a coleta de dados, artigos, documentos e trabalhos acadêmicos relacionados a violência obstétrica para demonstrar como ela ocorre e a urgente necessidade de combatê-la.

2.2 Conceito de violência obstétrica

A violência obstétrica é uma forma grave de ofensa aos direitos fundamentais das mulheres, pois a atinge em um dos momentos mais frágeis e vulneráveis da sua vida. Muitas se submetem aos procedimentos praticados pelos médicos por

desconhecimento ou medo de causar algum prejuízo a si mesma ou a seu filho em caso de recusa aos tratamentos disponibilizados.

A violência obstétrica pode ser conceituada como:

[...] aquela cometida contra a mulher durante a assistência pré-natal, parto, cesárea, pós-parto ou aborto e, assim como outras, é fortemente condicionada por preconceitos de gênero, de raça ou etnia, de classe socioeconômica, de geração ou de orientação sexual (KONDO e WERNER, 2013, p. 139).

Em 2012, a Rede Parto do Princípio elaborou o Dossiê “Parirás com dor” para a CPMI (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito) da Violência Contra as Mulheres. Neste documento foi demonstrado que os atos que caracterizam a violência obstétrica podem ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, e civis.

A violência obstétrica pode ser praticada, basicamente, por três formas distintas, através de atos que violem a integridade física, psicológica e sexual da parturiente, causando-lhe algum tipo de sofrimento ou trauma. É importante ressaltar que o momento do parto faz com que a mulher, por estar em situação mais frágil, acabe se submetendo e aceitando a prática de procedimentos invasivos e desrespeitosos a sua condição, tendo em vista que no ambiente hospitalar encontra-se em uma relação hierárquica médico-paciente.

Sendo assim, a violência física ocorre quando são empregadas técnicas e procedimentos que causem sofrimento ao corpo da parturiente.

O Dossiê “Parirás com dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio demonstra que são exemplos de violência obstétrica de caráter físico condutas como: “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” (CIELLO et al., 2012, p. 60).

Dentre as condutas que causam sofrimento físico a parturiente, destacam-se a manobra de Kristeller e o uso rotineiro de ocitocina.

A manobra de Kristeller consiste em empurrar a barriga da mulher em direção à pelve para forçar a saída do bebê. Pode ser executada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho. Esta técnica foi desenvolvida sem qualquer fundamentação científica e atualmente, diversos estudos demonstram as graves complicações da prática desse procedimento, que ainda é utilizado indiscriminadamente (CIELLO et al., 2012, p. 103).

Outro procedimento que pode causar sofrimento físico a gestante é o uso indiscriminado da ocitocina, um hormônio produzido naturalmente pelo cérebro, responsável por promover as contrações, a dilatação do colo uterino e a descida do bebê no canal da pelve. Em sua forma sintética é utilizado para acelerar o parto, porém seu uso indiscriminado, promoveu um crescimento das complicações e cirurgias intraparto, pois eleva a intensidade e potência das contrações uterinas, aumentando o risco de alterações na frequência cardíaca fetal e no aporte de oxigênio para o feto, durante o trabalho de parto. (VILLAMIL, 2015).

A violência obstétrica de caráter psicológico, conforme o dossiê Dossiê “Parirás com dor”, é praticada através de:

(...) 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 (CIELLO et al., 2012, p. 60).

Em pesquisa realizada no ano de 2010 pela Fundação Perseu Abramo, de um total de 2.365 entrevistadas, 26% responderam que ouviram xingamentos durante o parto. Dentre as frases mais ouvidas pelas parturientes destacam-se: “não chora não que ano que vem você está aqui de novo”, “na hora de fazer não chorou/ não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”, “se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender”, “se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo”.

Importante citar o que diz Simone Diniz (2004) sobre violência obstétrica psicológica. Conforme a autora, a grande maioria dos xingamentos ouvidos pelas parturientes estão relacionados a sua atividade sexual:

Em grande medida, os mecanismos de imposição do silêncio e de contenção das mulheres no parto estão centrados na sua desmoralização por terem atividade sexual. Essa atitude é uma constante em muitos países e em várias formas de assistência à saúde reprodutiva. É utilizada para deslegitimar a fala das mulheres quando elas se queixam de dor ou quando reagem a condutas percebidas como ameaças a sua integridade ou sua segurança. (DINIZ, 2004).

Dessa forma, verifica-se que a violência obstétrica psicológica dirigida à mulher durante o momento do parto é capaz de ofendê-la e atingir sua autoestima. Na verdade, as frases ditas pelos profissionais de saúde têm como objetivo deslegitimar a mulher das dores que sente, ou seja, se ela quis ter filhos não têm direito a relatar as dores que sente ou pedir algum tipo de alívio para elas.

Por fim, a violência obstétrica de caráter sexual, conforme o Dossiê “Parirás com dor”, consiste em ações impostas a mulher que sejam capazes de violar 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. O Dossiê traz como exemplos as seguintes condutas:

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 (CIELLO et al., 2012, p. 60).

Dentre os exemplos destaca-se a episiotomia, que é um tipo de procedimento cirúrgico realizado para aumentar o tamanho do canal vaginal para permitir a passagem do bebê por meio de um corte feito no períneo com tesoura ou bisturi e posterior sutura. Este procedimento afeta músculos, vasos sanguíneos e tendões. Por diversas vezes é realizada sem o consentimento da mulher ou sem que seja informada sobre suas indicações, riscos, possíveis benefícios, efeitos adversos ou alternativas. (CIELLO et al., 2012, p. 80).

Sendo assim, verifica-se que o conceito de violência obstétrica é relativamente novo, trata-se de uma ofensa ainda pouco discutida do ponto de vista jurídico e pode ser entendido como a prática de atos que implicam em menosprezo e humilhação da mulher em razão da sua condição de gênero em um dos momentos da vida em que encontra-se mais fragilizada, violando, dessa forma, direitos fundamentais constitucionalmente garantidos. A apresentação destes conceitos é fundamental para compreender a gravidade do problema e a necessidade de se desenvolver meios alternativos e humanizados para a parturiente.

3 DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES E SEUS PRINCÍPIOS NORTEADORES

Os direitos fundamentais foram conquistados pela humanidade através de lutas e batalhas travadas por diversos segmentos da sociedade na tentativa de frear as arbitrariedades cometidas pelos poderes constituídos e pelos próprios indivíduos, uns contra os outros. Em razão desta característica, são considerados direitos históricos, pois surgiram de acordo com o passar do tempo e a evolução da compreensão do ser humano sobre si mesmo e sobre sua posição no mundo.

Nesse sentido, Norberto Bobbio discorre que:

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas e defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas (BOBBIO, 1992, p. 5).

Conforme Canotilho, os direitos fundamentais são direitos de defesa dos indivíduos e apresentam uma perspectiva dupla, na primeira “constituem num plano jurídico-objectivo, normas de competência negativa para os poderes públicos” para coibir as ingerências do estado na esfera jurídica dos indivíduos e na segunda “implicam, num plano jurídico-subjectivo, o poder de exercer positivamente direitos fundamentais (liberdade positiva) e de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por parte dos mesmos (liberdade negativa)” (CANOTILHO, 1993, p. 13)

Verifica-se que os direitos fundamentais estão em constante evolução e buscam atender as necessidades específicas de cada época e de cada povo, limitando a interferência do Estado na vida privada e exigindo ações positivas do poder público para regular o exercício destas liberdades. Além disso, sempre será necessário buscar medidas de reafirmação e garantidoras dos direitos fundamentais que constantemente são violados.

É notório que, mesmo diante a enorme evolução de tais direitos, as mulheres sempre foram marginalizadas ou excluídas das conquistas alcançadas, pois sempre foram vistas pela sociedade em posição de inferioridade em relação aos homens e por isso não poderiam assumir papéis importantes ou participar de processos decisórios nos segmentos mais importantes da comunidade.

Um exemplo desta discriminação é o exercício do direito ao voto que se concretizou somente nas eleições para a Constituinte de 1932, durante o governo de Getúlio Vargas. “A próxima conquista dentro dos campos do legislativo ocorreria somente cinco décadas após árdua luta e insistência na participação política das disputas nacionais” (LAHAM, 2018, p. 15).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi um importantíssimo marco normativo no que tange a tentativa de diminuir a desigualdade de gênero existente entre homens e mulheres, principalmente pelo disposto no art. 5º, I, que estabeleceu que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”, consagrando o princípio da isonomia.

Para proporcionar esta igualdade, o legislador constitucional inseriu ao longo do texto diversos dispositivos, entre eles: a licença-maternidade (art. 7º, XVIII) e a proteção do mercado de trabalho da mulher (art. 7º, XX), por exemplo. Sobre a gestação e o parto especificamente, a CF/88 incluiu em seu art. 6º caput, a proteção a maternidade como um direito social.

Em relação às gestantes e parturientes, público alvo deste estudo, o reconhecimento e respeito aos direitos fundamentais torna-se ainda mais importante, visto que é um momento onde a mulher encontra-se bastante fragilizada e necessita da assistência

dos profissionais de saúde e dos hospitais para garantir um acompanhamento adequado da gravidez e um parto seguro.

Dentre estes direitos, destaca-se o direito à vida por ser o meio de fruição de todos os demais direitos fundamentais. Desta forma, cabe ao Estado não interferir em seu exercício, ao mesmo tempo em que deve criar condições para que seja praticado de forma digna. Neste contexto, verifica-se que o acesso a saúde é um dos meios de manutenção do direito à vida, cabendo ao Estado, através da implementação de políticas públicas adequadas, a oferta de serviços de qualidade, com o objetivo de salvaguardar a vida da gestante e do seu filho, no pré-natal, parto e pós-parto.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez, ao parto ou ocorridos em até 42 dias depois. Em 2016 houve uma redução, sendo registrados 1.463 óbitos (BRASIL, 2018).

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), a maioria das mortes causadas por complicações durante a gestação, parto e pós-parto poderiam ter sido evitadas e tratadas. As principais complicações, que representam quase 75% de todas as mortes maternas, são hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente após o parto), infecções (normalmente depois do parto), complicações no parto e abortos inseguros.

Verifica-se que uma assistência à saúde adequada seria capaz de evitar o elevado número de mortes no país, o que demonstra grave violação de um importantíssimo direito fundamental das mulheres.

Quando a mulher é vítima de qualquer ato de violência obstétrica, conforme conceitos demonstrados no capítulo anterior, ocorre também violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, previsto no art. 1º, III, da Constituição Federal de 1988. De acordo com Barroso (2014), a dignidade da pessoa humana é um valor fundamental de *status* constitucional que serve de base para os demais direitos fundamentais.

Sendo assim, Alexandre de Moraes ensina que:

O direito à vida, à intimidade, à honra, à imagem, dentre outros, aparece como consequência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. Esse fundamento afasta a ideia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual (MORAES, 2014, p. 48).

O princípio da dignidade da pessoa humana está relacionado ao valor que o ser humano tem da sua própria existência e da sua condição de pessoa. São condutas violadoras desta condição qualquer forma de discriminação, ofensa ou humilhação que ocorra durante o acompanhamento da gravidez, no momento do parto e no pós-parto.

Sendo assim, deve-se respeitar o direito que a mulher tem sobre seu próprio corpo, bem como a manutenção de sua sanidade mental, o que significa que a gestante tem o direito de receber informações sobre os procedimentos médicos antes da sua realização, suas consequências ou outros métodos alternativos, se existentes.

Nesse contexto, inclui-se o direito à liberdade, princípio que norteia as escolhas dos indivíduos para que tomem as decisões de acordo com as opções que lhe são apresentadas. Para que ocorra uma tomada de decisão consciente, é importante que todas as informações sobre a gestação e o parto sejam corretamente disponibilizadas, a fim de tornar o momento mais humanizado e menos traumático do ponto de vista físico e psicológico.

A escolha sobre a realização de algum procedimento ou não está pautada também pelo direito à informação e pelo direito ao respeito à vida privada.

Não ser submetida a tortura ou a qualquer tratamento cruel ou degradante também é direito fundamental da mulher. Conforme Albuquerque (2013), o tratamento desumano consiste em condutas que causem intenso sofrimento físico ou psíquico. Já o tratamento degradante é aquele que provoca sentimento de medo, angústia, humilhação ou que lhe retira a possibilidade de resistir moral, psíquica, ou fisicamente a uma situação adversa.

Segundo a mesma autora, a intervenção médica forçada ou coagida, a negativa de cuidado à saúde ou provisão de cuidado inferior ao padrão baseados em atitudes

discriminatórias são condutas que configuram tratamento desumano ou degradante.

A violação deste direito pode ser observada quando a mulher é submetida a procedimentos que lhe causam apenas dor e sofrimento e não contribuem em nada para a saúde da gestante e do bebê ou que são realizados sem o seu consentimento.

Conforme demonstrado, apesar da evolução da ciência, da tecnologia e do reconhecimento de direitos fundamentais, muitas mulheres ainda passam por alguma situação de violência obstétrica.

Nesse contexto, percebe-se que a trajetória das mulheres na busca pela reafirmação dos direitos fundamentais é marcada por batalhas ainda mais dolorosas e difíceis, em razão da desigualdade de gênero e das ações discriminatórias que funcionam como obstáculos ao acesso a direitos básicos.

3.1 Os direitos fundamentais nos tratados internacionais

Além dos direitos fundamentais contidos na Constituição Federal de 1988, é importante apresentar a abordagem dada a estes direitos pelos tratados internacionais ratificados pelo Brasil, pois conforme o art. 5º, § 2º da CF/88, “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

Alguns doutrinadores diferenciam direitos fundamentais de direitos humanos, porém, conforme Gilmar Mendes (2017), a diferença conceitual não significa que os direitos fundamentais e os direitos humanos estejam em esferas distintas e incomunicáveis, pois há interação entre eles, uma vez que por muitas vezes, os direitos humanos possuem base nos direitos fundamentais consagrados pelos Estados.

Nesse sentido, o art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 estabelece que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948).

O dispositivo, de forma genérica, deixa claro que não deve existir qualquer espécie de distinção entre os seres humanos porque todos são destinatários dos direitos humanos, da liberdade e da igualdade, cabendo ainda o tratamento fraterno entre os membros da sociedade.

Em relação aos direitos internacionais das gestantes e parturientes, em 1992 o Brasil ratificou, por meio do Decreto nº 591, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela XXI Sessão da Assembleia-Geral das Nações Unidas em 19 de dezembro de 1966.

Ao ratificar o Pacto, o Brasil se obrigou a “conceder proteção especial às mães por um período de tempo razoável antes e depois do parto”, devendo conceder durante este período licença remunerada ou licença acompanhada de benefícios previdenciários adequados às mães que trabalham, conforme previsto no art. 10, item 2 do referido Pacto (BRASIL, 1992).

O direito à licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, foi consagrado pela CF/88 no art. 7º, XVIII.

Sobre o combate à violência contra as mulheres, uma das primeiras medidas tomadas pelo Brasil ocorreu em 1996, com a ratificação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher ou Convenção de Belém do Pará (concluída em 1994). Seu art. 2º dispõe que:

Artigo 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

(...)

2. que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e

3. que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

Importante citar o art. 9º que estabelece que para a adoção das medidas específicas previstas na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência

contra a Mulher, os Estados deverão se atentar principalmente para as mulheres em condição mais vulnerável, em razão da sua raça, origem étnica ou condição de migrante, de refugiada ou de deslocada, entre outros motivos. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

Dessa forma, a citada Convenção reconhece como violência contra a mulher atos praticados por qualquer pessoa, como abuso sexual, tortura e maus tratos, em qualquer lugar que esteja, seja no ambiente doméstico ou local de trabalho, inclusive quando envolver o Estado ou seus agentes.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979, que entrou em vigor para o Brasil em 1984 é um diploma internacional que apresenta parâmetros para balizamento das ações governamentais para a promoção dos direitos humanos das mulheres, bem como a repressão de sua violação no âmbito público ou privado. Seu art. 2º dispõe que:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (ONU, 1979).

Importante destacar o item 1 do artigo citado, pois determina que os Estados-Partes devem adotar medidas para assegurar que as mulheres tenham acesso aos serviços de saúde e de planejamento familiar de forma igualitária e sem qualquer discriminação.

Em decorrência das duas últimas convenções apresentadas, e de forma tardia, o Brasil editou a Lei 11.340 em 2006 (Lei Maria da Penha) com o objetivo de criar mecanismos para coibir a violência no âmbito doméstico e familiar contra a mulher, especificamente.

Sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, o art. 2º, item I da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes adotada em 1984 e que entrou em vigor para o Brasil em 1989, estabelece que cada Estado Parte deverá tomar medidas eficazes de caráter legislativo, administrativo, judicial ou de outra natureza, a fim de impedir a prática de atos de tortura em qualquer território sob sua jurisdição (BRASIL, 1991).

Dessa forma, um documento elaborado pela equipe das Nações Unidas no Brasil, do ano de 2018, relata que existe diferenciação da assistência dos serviços de saúde durante o pré-natal e no parto em razão da raça/cor, em desfavor das mulheres negras e indígenas:

Por exemplo, as mulheres negras recebem analgesia no trabalho de parto com menor frequência do que as brancas. Procedimentos obrigatórios para consulta pré-natal são menos realizados para mulheres negras do que para brancas, mulheres negras recebem menos informações sobre gravidez e parto nos serviços de saúde do que as brancas, mulheres indígenas têm mais frequentemente a partos prematuros. Além disso, mulheres negras, em geral, têm acesso a um menor número de consultas pré-natal do que as mulheres brancas, e estão sobre representadas entre aquelas que não têm acesso sequer à uma consulta deste tipo (ONUBR, 2018, p. 10).

Mesmo diante da positivação internacional dos direitos fundamentais das mulheres, ainda é possível perceber que seu exercício não é feito de forma plena, pois muitas delas não possuem acesso adequado aos serviços de saúde ou este acesso é precário. Percebe-se também que a falta de acesso ou acesso precário é mais acentuado quando envolve mulheres negras, indígenas ou de classes menos favorecidas economicamente.

4 NORMAS DE PROTEÇÃO EXISTENTES NO DIREITO BRASILEIRO E SUA EFICÁCIA

Conforme demonstrado nos capítulos anteriores, a violência obstétrica é uma grave forma de violação aos direitos fundamentais das mulheres, podendo causar sofrimento físico, sexual ou psicológico. Nesse sentido, faz-se necessário analisar a legislação brasileira sobre o tema, sua eficácia e como se dá a responsabilização dos envolvidos nos atos de violência obstétrica.

Até o momento, não há no Brasil uma lei específica que trate sobre o tema violência obstétrica a nível nacional. O município de Diadema no estado de São Paulo, aprovou a Lei nº 3.363 de 2013 que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica. A referida lei municipal conceitua violência obstétrica em seu art. 2º 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” e no art. 3º relaciona as condutas que configuram ofensa verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério (DIADEMA, 2013).

O estado de Santa Catarina editou em 2017 a Lei Estadual nº 17.097, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica.

Ao longo de nove artigos, a Lei Estadual 17.097/2017 lista diversas condutas que caracterizam a violência obstétrica e as medidas a serem adotadas pelos órgãos estaduais para inibi-la. O conceito de violência obstétrica previsto no art. 2º da lei apresenta redação idêntica ao previsto na legislação do município de Diadema. (Santa Catarina, 2017).

As demais legislações existentes tratam de forma esparsa sobre diversos direitos das gestantes, mas em nenhuma delas a violência obstétrica é tratada de forma objetiva.

A Lei nº 11.108/2005, popularmente conhecida como Lei do Acompanhante, alterou a Lei nº 8.080/1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo no art. 19-J os seguintes termos:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo (BRASIL, 2005).

A Lei obriga os estabelecimentos de saúde da rede própria ou conveniada do SUS a admitir pelo menos um acompanhante escolhido pela gestante durante toda a gestação, bem como no parto e pós-parto.

Apesar de a lei se referir de modo expresso a rede do SUS, o entendimento deve ser aplicado também aos serviços de saúde prestados por estabelecimentos particulares, uma vez que a CF/88 reconhece em seu art. 197 que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, o que obriga aos demais estabelecimentos de saúde fora do âmbito do SUS a observarem o disposto na lei 8.080/1990. (BRASIL, 1988)

Nesse sentido, Storti (2004), alerta que a presença do acompanhante durante este momento é de extrema importância, pois contribui para diminuir o sofrimento, a ansiedade e o medo. Além disso, torna todo o processo mais natural e menos traumático para a gestante.

Também há a possibilidade de se contratar uma doula para figurar como acompanhante, pessoa esta que foi treinada para dar suporte físico e emocional durante o parto.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009, p. 23-24), a doula é uma “prestadora de serviços que recebeu um treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência”. Ela fornece apoio emocional, proporciona o conforto materno e explica o que está acontecendo durante o trabalho de parto.

A Lei 11.634 de 2007 dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. A Lei determina em seu art. 1º, I e II e no § 1º que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade onde será realizado o

parto e a maternidade na qual será atendida nos casos de intercorrência no pré-natal. A vinculação deverá ocorrer no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal (BRASIL, 2007).

Conforme o art. 1º, § 2º da referida lei, a maternidade deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério. Há também a possibilidade de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade previsto no art. 2º (BRASIL, 2007).

Esta norma tem por objetivo garantir que a gestante tenha acompanhamento especializado e de qualidade durante o pré-natal, parto e pós-parto, garantindo, inclusive, o direito de ser transferida de maternidade caso os serviços médicos não sejam prestados de forma satisfatória. Além disso, a vinculação prévia à maternidade proporciona mais conforto e segurança, visto que pressupõe a continuidade do acompanhamento gestacional.

Importante citar a Lei nº 13.257 de 2016 que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância que alterou, por meio do art. 19, a redação do art. 8º da Lei nº 8.069 de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente para garantir às mulheres o acesso a programas e políticas de saúde e planejamento reprodutivo. Em relação às gestantes, esta lei garante também o acesso a uma nutrição adequada, atenção humanizada e integral durante a gravidez, parto, puerpério, atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal no âmbito do SUS (BRASIL, 2016).

No art. 8º, § 6º, a lei reforça o direito a presença de um acompanhante escolhido pela gestante durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. No § 7º determina que a gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

Cabe destaque ao § 8º do art. 8º da Lei nº 13.257 de 2016, conforme este dispositivo, a gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a um

parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

Este dispositivo reforça o direito da parturiente a não ser submetida a procedimentos demasiadamente invasivos e desnecessários, sem que se comprove sua necessidade ou eficácia e a inexistência de meios alternativos de tratamento.

Em relação às gestantes e as mulheres que tenham filhos na primeira infância, que estejam sob custódia em unidade de privação de liberdade, a lei, em seu art. 8º, § 10, determina que o poder público deve garantir que o ambiente em que elas cumprem suas penas atenda às normas sanitárias e assistenciais do SUS.

O Decreto nº 8.858 de 2016 que regulamenta o art. 199 da Lei de Execução Penal, veda em seu art. 3º o emprego de algemas em mulheres presas em qualquer unidade do sistema penitenciário nacional durante o trabalho de parto, no trajeto da parturiente entre a unidade prisional e a unidade hospitalar e após o parto, durante o período em que se encontrar hospitalizada.

Neste mesmo sentido segue a Lei nº 13.434 de 2017, que acrescentou ao parágrafo único do art. 292 do Código de Processo Penal (CPP) a vedação do uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato.

A proibição do uso de algemas durante o parto e na fase de puerpério nas mulheres presas é uma confirmação do corolário do princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que seria inadmissível submeter a gestante presa a tal constrangimento.

As leis apresentadas permeiam o tema deste estudo, mas não o tratam de forma objetiva para conceituar e punir a violência obstétrica.

Entre as políticas públicas para enfrentamento da violência obstétrica, merece destaque a Rede Cegonha que foi implantada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.459 de 2011. A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde e consiste em uma rede de cuidados que tem por objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez,

ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Dentre diversos fatores, a Rede Cegonha surgiu da necessidade de se adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

São princípios da Rede Cegonha, conforme o art. 2º da Portaria nº 1.459 de 2011:

- a) o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- b) o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- c) a promoção da equidade;
- d) o enfoque de gênero;
- e) a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- f) a participação e a mobilização social; e
- g) a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O art. 9º da referida portaria prevê que a operacionalização da Rede Cegonha é de competência da União dos Estados e dos Municípios. À União, por intermédio do Ministério da Saúde cabe o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional. Os Estados e os Municípios, por meio da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, respectivamente, devem apoiar a implementação, coordenar o Grupo Condutor da Rede Cegonha, financiar, monitorar e avaliar a Rede de acordo com sua competência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, a maior parte das diretrizes sobre parto humanizado são encontradas em resoluções e portarias expedidas pelo Ministério da Saúde, ANVISA e ANS, o que torna ainda mais difícil seu conhecimento e cumprimento, principalmente por serem normas infra legais. São exemplos: a Portaria nº 569 de 2000 do Ministério da Saúde que instituiu a política de humanização do parto e nascimento e a

Resolução RDC nº 36 de 2008 da ANVISA que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

4.1 Responsabilização penal, civil e ética dos profissionais de saúde envolvidos em situações de violência obstétrica

A violência obstétrica ocorre quando a mulher na condição de gestante ou parturiente é vítima de atos que violem sua integridade física, psicológica ou sexual causando-lhe algum tipo de sofrimento ou trauma.

A prática de procedimentos desrespeitosos e invasivos, sem o prévio conhecimento da mulher e tratamentos desrespeitosos no ambiente hospitalar decorrentes da relação médico-paciente, como xingamentos e humilhações, são atos que ferem gravemente o princípio da dignidade da pessoa humana e diversos direitos fundamentais das mulheres, conforme descrito no capítulo anterior.

O princípio da dignidade da pessoa humana se constitui em um complexo de direitos fundamentais que assegura a todo ser humano o direito a não ser violado em sua integridade física, psíquica e moral, pois todos devem ser tratados com respeito pelos Estado e pela comunidade.

Como no Brasil ainda não existe norma específica para penalizar os casos de violência obstétrica, as condutas praticadas pelos profissionais de saúde que sejam caracterizadoras desta violação devem ser enquadradas nos tipos penais previstos na legislação penal vigente, na legislação civil quanto ao ressarcimento do dano causado pelo ato ilícito, e a responsabilização administrativa conforme previsto nos respectivos Códigos de Ética dos profissionais de saúde.

As responsabilidades civil e penal decorrem da prática de um ato ilícito que tem como consequência a obrigação de ressarcir o indivíduo lesado pela prática da atividade danosa. A responsabilidade civil é caracterizada por uma conduta que lesiona um bem jurídico tutelado, porém não decorre, necessariamente, da prática de um crime. Já a responsabilidade criminal consiste na lesão de um bem jurídico tutelado pelo Direito Penal (LAHAM, 2018, p. 75).

Verifica-se que as condutas que constituem formas de violência obstétrica podem ser alvo de responsabilização civil ou penal, além da responsabilidade perante o Código de Ética dos profissionais da saúde.

Dessa forma, a responsabilidade é consequência da violação de uma obrigação. Se a obrigação é de ordem penal, haverá responsabilidade penal, se a obrigação decorre da violação de normas do Direito Administrativo, haverá responsabilidade administrativa e se a obrigação é de Direito Civil, haverá responsabilidade civil, com a aplicação cumulativa ou não das respectivas penalidades (OLIVEIRA, 2018, p. 7).

Ainda conforme Oliveira (2018), um mesmo fato poderá caracterizar ilícito penal, administrativo ou civil, podendo desencadear responsabilização nas três instâncias de forma concomitante e independente. Este entendimento tem como fundamento o princípio da independência das instâncias que possibilita que o indivíduo seja absolvido em uma instância e condenado por outra pelo mesmo fato, pois, em regra, as instâncias de responsabilidade são independentes.

A responsabilidade penal, civil e ética dos profissionais de saúde que praticam atos de violência obstétrica será analisada nos tópicos seguintes, com o fim de demonstrar que, apesar de não existir legislação específica que criminalize a prática, algumas condutas podem ser encaixadas nos tipos penais existentes.

4.1.1 Responsabilidade penal

Determinados atos praticados contra a gestante ou a parturiente em ambiente hospitalar poderão ser alvo de responsabilização penal do agente que os praticou caso se amolde a algum dos tipos penais previstos no Código Penal brasileiro ou em legislações esparsas, apesar de não existir lei específica que criminalize a violência obstétrica.

Veloso (2016) ensina que, no que tange a responsabilidade criminal, as condutas que caracterizam a violência obstétrica podem configurar os crimes de homicídio, lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, maus-tratos, calúnia, difamação e injúria.

Se a equipe médica pratica um ato que cause a morte da gestante ou do seu bebê, a conduta poderá ser amoldada ao tipo previsto no art. 121, § 3º do Código Penal (CP) na modalidade culposa. Incidirá a causa de aumento de pena de 1/3 se o crime resultar de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante, conforme descrito no § 4º, art. 121 do CP.

O homicídio culposo é a modalidade do crime que se dá por imprudência, negligência ou imperícia. Conforme Genival Veloso de França (2010), a imprudência médica ocorre quando a conduta é praticada sem a cautela devida, seja por intempestividade, precipitação, insensatez ou inconsideração. Já a negligência médica ocorre pela inação, indolência, inércia, passividade. A imperícia médica decorre de inobservância das normas, despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos técnicos.

A incidência da causa de aumento de pena prevista no § 4º, art. 121 do CP foi aplicada a um caso concreto onde o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em sede de Apelação, manteve a decisão de primeira instância, condenando o réu a 2 anos de prisão, pois que a morte da vítima se deu em virtude de uma episiotomia mal sucedida por falta de observância a regra técnica de profissão, tendo em vista que restou comprovado que o médico agiu com negligência, imprudência e imperícia, o que levou a paciente a óbito. Após o parto com episiotomia era necessário realizar procedimento de revisão do reto, o que não foi feito, culminando na comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, provocando infecção generalizada que evoluiu para a morte. (TJ/RS, Apelação crime nº: 70053392767, Des. Relatora: Lizete Andreis Sebben, DJ: 14/11/2013, 2ª Câmara Criminal).

A prática indiscriminada da episiotomia, manobra de Kristeller e o uso do fórceps, conforme descritos no primeiro capítulo, são procedimentos considerados invasivos e com alto poder de lesão, podem ser enquadrados no crime de lesão corporal, previsto no art. 129 do CP (LAHAM, 2018).

Se de um procedimento incorreto resultar lesão grave ou gravíssima, como aborto em decorrência de procedimento realizado de forma incorreta, há a possibilidade da incidência das qualificadoras dos §§ 1º e 2º do art. 129 do CP.

Dessa forma, a lesão será grave e o agente estará sujeito a pena de reclusão de um a cinco anos se a conduta resultar em incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, perigo de vida, debilidade permanente de membro, sentido ou função ou aceleração de parto. Será gravíssima se ocorrer incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização do membro, sentido ou função, deformidade permanente ou aborto, com pena de reclusão de dois a oito anos, conforme disposto nos §§ 1º e 2º do art. 129 do Código Penal.

O crime de constrangimento ilegal, conforme art. 146 do CP, pode ser verificado quando o profissional de saúde ameaça não atender a parturiente ou a agride caso não obedeça a seus comandos, por exemplo. A utilização de intervenção médica ou cirúrgica sem o conhecimento da parturiente também pode se amoldar a este tipo penal, salvo se houver iminente perigo de vida.

Nesse sentido, Genival Veloso de França (1994) discorre que:

Se, apesar da objeção e recusa do paciente, o médico insistir no procedimento, ele está cometendo uma violação aos direitos constitucionais, uma afronta à dignidade humana e um desrespeito aos mais elementares princípios de civilidade, além de cometer crime de constrangimento ilegal (...). Mesmo que a atividade médica seja reconhecida como necessária e os seus meios idôneos e moderados, isso não implica um poder excepcional sobre a vida e a saúde de uma pessoa. Ela tem o direito de resguardar sua autonomia e defender sua integridade física e psíquica. A medicina não é um valor que possa sobrelevar-se a todos os outros valores e subordinar a si todos os interesses. No momento em que ela esbarra nos direitos humanos, não pode ser considerada uma atividade legítima e necessária." (FRANÇA, 1994).

Proferir xingamentos e humilhações direcionados a parturiente e a sua condição são condutas que se amoldam ao crime de injúria previsto no art. 140 do CP, visto que tal situação ofende a dignidade ou o decoro. Se o xingamento incluir a utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência, a conduta se enquadra na forma qualificada do crime, conforme § 3º do mesmo diploma (BRASIL, 1940).

Nesse sentido Galotte (2017), entende que o crime de injúria pode se configurar em razão da prática de violência verbal que ofenda a dignidade e decoro da paciente.

A não prestação de assistência médica a parturiente caracteriza o crime de omissão de socorro do art. 135 do CP, podendo incidir suas qualificadoras se desta omissão resultar lesão corporal de natureza grave ou morte.

Importante citar o trecho extraído do documentário “A Dor além o Parto” produzido por Souza, et. al (2013), onde um dos entrevistados, um Promotor de Justiça do Distrito Federal, reconheceu em depoimento a dificuldade em se comprovar os erros médicos, principalmente pela falta de provas e pelo desconhecimento de promotores e juízes sobre medicina:

Tem crimes que não deixam vestígios como nós gostaríamos de encontrar. É difícil provar erros e condutas médicas? É. Porque razão? Porque o sistema de justiça, normalmente, promotores e juízes, conhecem muito pouco de medicina e como conhecem muito pouco e conhecem muitas vezes são como pacientes, acabam tendo uma leitura muito elementar do que acontece nas relações médico-paciente e apelam para a figura genérica da absolvição por falta de provas. (SOUZA, 2013).

A fala do Promotor de Justiça demonstra que a falta de provas sobre a prática de atos médicos que caracterizam a violência obstétrica é um fator primordial para impunidade destas condutas, principalmente pelo desconhecimento da medicina por parte dos operadores do direito.

Conforme França (2010), em caso de erro médico, aplica-se a teoria subjetivista da culpa, o que dificulta ainda mais uma responsabilização mais severa pois, pela teoria o agente não quer o resultado e nem assume o risco de produzi-lo, o que existe é apenas a previsibilidade da ocorrência do dano.

Dessa forma, verifica-se que a responsabilização penal dos profissionais de saúde é dificultada pelo fato de não existir legislação específica que trate sobre violência obstétrica. Na falta da lei específica, os casos precisam ser enquadrados nas normas penais já existentes, porém outro obstáculo é a dificuldade de se demonstrar a materialidade do erro médico e da realização de procedimentos desnecessários, visto que a medicina é um campo do saber muito específico e por isso os envolvidos no sistema de justiça não conseguem verificar estas falhas com clareza.

4.1.2 Responsabilidade civil

A responsabilidade civil consiste na obrigação em reparar um dano que uma pessoa causou a outra, decorrente da prática de atos ilícitos. O dano, que pode atingir a integridade física, psíquica ou material de uma pessoa, em regra, será reparado por meio de indenização pecuniária.

Conforme o art. 927 do Código Civil de 2002 (CC), “aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”. Nesse sentido, o artigo 186 do mesmo diploma traz uma das hipóteses de cometimento de ato ilícito: “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).

Pela análise do artigo, verifica-se que a responsabilidade civil tem como pressupostos a ação ou omissão, a culpa ou dolo do agente, a relação de causalidade e a existência de dano.

Sobre o conceito de ação e omissão, Sérgio Cavalieri Filho ensina que:

A ação é a forma mais comum de exteriorização da conduta, porque, fora do domínio contratual, as pessoas estão obrigadas a abster-se da prática de atos que possam lesar o seu semelhante, de sorte que a violação desse dever geral de abstenção se obtém através de um fazer. Consiste, pois, a ação em um movimento corpóreo comissivo, um comportamento positivo, como a destruição de uma coisa alheia, a morte ou lesão corporal causada a alguém, e assim por diante. Já, a omissão, forma menos comum de comportamento, caracteriza-se pela inatividade, abstenção de alguma conduta devida. Vieira dizia, com absoluta propriedade, que omissão é aquilo que se faz não fazendo (CAVALIERI FILHO, 2010, p. 24).

Dessa forma, ação ou omissão decorrem da conduta comissiva ou omissiva do agente que provoca uma lesão a coisa alheia, causando danos de ordem material, moral ou estético a outrem.

Carlos Roberto Gonçalves (2014) leciona que o dolo se resume na intenção deliberada de violar um direito, já a culpa é consequência de uma diligência. Dessa forma, para se obter a reparação do dano, a vítima geralmente tem que provar que houve dolo ou culpa *strictu sensu* do agente, tendo em vista que o Código Civil Brasileiro adotou a teoria subjetiva. Porém, em determinados casos é muito difícil

obter alguma prova, dessa forma, em hipóteses específicas admite-se a responsabilidade sem culpa, ou seja, responsabilidade objetiva com base especialmente na teoria do risco.

Dessa forma, o Código Civil Brasileiro de 2002 adotou como regra a teoria subjetiva, onde deve haver comprovação da culpa para verificar a responsabilidade, porém, de forma excepcional, a responsabilidade também pode ser objetiva, não sendo necessário comprovar a culpa para que o agente seja obrigado a indenizar.

Sendo assim, entende-se por responsabilidade subjetiva, também chamada de teoria da culpa ou teoria clássica, a responsabilidade que pressupõe a culpa em sentido estrito como fundamento. Dessa forma, não havendo culpa, não há responsabilidade, sendo necessária sua prova para ocorrência de dano indenizável (GONÇALVES, 2011, p. 377).

Em relação a responsabilidade objetiva ou responsabilidade legal, o mesmo autor ensina que a lei impõe a certas pessoas e em determinadas situações que o dano seja reparado mesmo que a conduta tenha sido cometida sem culpa, ou seja, há o dever de indenizar independentemente da comprovação de culpa, se satisfazendo apenas com a demonstração do nexo de causalidade, é o que se conhece como teoria do risco (GONÇALVES, 2011, p. 377).

Para apuração da responsabilidade, também é necessário verificar se a relação se deu de forma contratual ou extracontratual. O dever de indenizar será o mesmo, porém existem diferenças que merecem ser destacadas.

Na relação extracontratual, cabe ao lesado provar a culpa ou dolo do causador do dano que geralmente se origina da inobservância do dever genérico de não lesar a outrem. Os atos ilícitos podem ser praticados por indivíduos que possuam alguma deficiência mental e por menores, podendo também gerar o dano indenizável, alcançando, inclusive, até mesmo a culpa levíssima, pois a apuração é feita de maneira mais rigorosa (GONÇALVES, 2011, p. 376).

Na lição do mesmo autor, na responsabilidade contratual presume-se que o inadimplemento se deu de maneira culposa. Nesta relação a parte lesada encontra-se em posição mais favorável, pois só precisa demonstrar que não houve cumprimento da prestação, sendo presumida a culpa do inadimplente, pois o dano se origina do descumprimento do acordo de vontades celebrado anteriormente. Existem limitações quanto a capacidade das partes, tendo em vista que somente as pessoas plenamente capazes podem celebrar acordos juridicamente válidos (GONÇALVES, 2011, p. 376).

Dessa forma, para verificar se a responsabilidade do profissional de saúde será objetiva ou subjetiva, contratual ou extracontratual, deve-se analisar a relação existente entre as partes envolvidas, ou seja, a relação entre os profissionais envolvidos e a parturiente.

Conforme Ana Beatriz Vieira da Luz (2002), quando se fala em direito privado, a relação jurídica entre o médico e o paciente é contratual. Já na esfera do direito público, a situação é diferente, pois não há locação de serviços públicos mediante contraprestação do paciente para pagamento do profissional de saúde. Além disso, não há possibilidade de se escolher de forma livre o médico que realizará o atendimento, decorrendo diretamente da lei a relação jurídica estabelecida.

Conforme o art. 951 do CC, o disposto nos arts. 948, 949 e 950 do mesmo diploma são aplicados no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho:

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I - no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II - na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

Parágrafo único. O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez (BRASIL, 2002).

Não obstante o disposto no art. 927 do CC que afasta a necessidade de comprovação de culpa, é importante citar que a responsabilidade do médico continua sendo subjetiva. O mesmo entendimento não se aplica ao hospital, bastando que a vítima demonstre o dano e o nexo causal, já para que o médico seja responsabilizado é necessário comprovar que o dano se deu em decorrência de imprudência, imperícia ou negligência (GALLOTTE, 2017, p. 78).

Neste contexto é importante citar o § 6º do art. 37 da CF/88 onde fica claro que a responsabilidade civil das pessoas jurídicas de direito público e das de direito privado prestadoras de serviços públicos é objetiva, uma vez que as pessoas citadas responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, independente de culpa ou dolo. Conforme o dispositivo, fica assegurado ainda o direito de regresso contra o responsável, porém, neste caso, há necessidade de verificar a presença do dolo ou culpa do agente (BRASIL, 1988).

Para que exista obrigação de indenizar é necessário também que ocorra nexo de causalidade que pode ser conceituado como a correlação existente entre a conduta praticada pelo agente e o dano causado. (GONÇALVES, 2014, p. 66).

Neste sentido, para que seja constatada a responsabilidade civil do médico perante a prática de violência obstétrica, o que se deve analisar é o ato ilícito praticado o dano sofrido pela parturiente e o nexo de causalidade existente entre conduta e dano.

A decisão a seguir proferida pela 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em sede de Apelação, demonstra um caso onde foi concedida indenização por dano moral a uma mulher vítima de violência obstétrica. No caso em tela, o Hospital foi condenado a pagar uma indenização por danos morais no valor de R\$ 50.000,00, mantendo a decisão de primeira instância. A vítima

demonstrou que foi privada do direito de ter seu marido como acompanhante, bem como foi humilhada pelas enfermeiras pelo fato de que outras mulheres chegavam e tinham seus filhos rapidamente. Alegou que ficou em trabalho de parto por doze horas e que a médica ameaçou subir em sua barriga para expulsar o feto. Disse que seu filho foi levado para a UTI logo após o nascimento e que não conseguiu vê-lo devido aos procedimentos realizados durante o parto.

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 APELAÇÃO nº 0001314-07.2015.8.26.0082, Des. Relator: Fábio Podestá, DJ: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado).

Esta decisão lista várias condutas que caracterizam a violência obstétrica e que são passíveis de indenização. A manutenção da indenização por dano moral foi baseada no fato de que a parturiente ficou em trabalho de parto por doze horas e só após este longo período foi encaminhada para o procedimento cesáreo. O Desembargador acrescentou ainda que a apelada teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores e que o parto não pode ser negligenciado e nem tratado como um momento de “dor necessária”.

Dessa forma, verifica-se que em sede de responsabilidade civil a parturiente lesada deve verificar se a relação entre ela e o hospital ou profissional de saúde é regida pelo direito público ou privado. A partir desta definição ela poderá procurar o Poder

Judiciário para pleitear a indenização pela lesão sofrida, seja ela material, moral ou estética.

4.1.3 Responsabilidade ética

A responsabilidade ética do Médico, na seara administrativa, decorre dos preceitos contidos na Resolução nº 1.931 de 2009 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que estabelece o Código de Ética Médica.

Os Capítulos III, IV e V do Código de Ética trazem um rol de condutas vedadas aos médicos no que tange a responsabilidade profissional, direitos humanos e relação com pacientes e familiares.

O Código de Ética diz que é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência (art. 1º), praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País (art. 14), deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (art. 22), 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. 24), abandonar paciente sob seus cuidados (art. 36), entre outros (BRASIL, 2009).

A partir dos artigos extraídos do Código de Ética é possível verificar que a prática rotineira do uso de ocitocina e episiotomia, o jejum prolongado, a manobra de Kristeller e o uso de fórceps de forma indiscriminada podem caracterizar violação à ética médica, principalmente se inexistir prévia explicação do procedimento e a gestante não tiver consentido com tais práticas.

Com o avanço cada dia mais eloquente dos direitos humanos, o ato médico só alcança sua verdadeira dimensão e o seu incontestável destino com a obtenção do consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Assim, em tese, todo procedimento profissional nesse particular necessita de uma autorização prévia. Isso atende ao princípio da autonomia ou da liberdade, pelo qual todo indivíduo tem por consagrado o direito de ser autor do seu próprio destino e optar pelo caminho que quer dar a sua vida. (FRANÇA, 2010, p. 16-17).

Nesse sentido, o consentimento da gestante sobre a realização de qualquer procedimento é imprescindível, exceto se houver iminente perigo de morte para a gestante e seu bebê, momento em que o médico estará obrigado a aplicar todas as técnicas disponíveis ao seu alcance com o fim precípua de salvar vidas. Fora destes casos, obter o consentimento da gestante é uma forma de respeito aos direitos humanos e a sua autonomia.

Sobre os documentos médicos, é vedado a elaboração de prontuário médico ilegível, devendo conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, a data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM). É vedado também negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros, conforme art. 86 e 87 do Código de Ética Médica.

Verifica-se que o preenchimento correto do prontuário médico e seu fornecimento quando solicitado pelo paciente é obrigatório. O acesso ao prontuário médico também é um meio de comprovar a prática de conduta irregular ou da ocorrência de lesão a gestante perante o judiciário.

Também é vedado ao médico praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado, conforme prevê o art. 110 do Código de Ética Médica.

Verifica-se que o referido dispositivo é violado quando o corpo da parturiente é utilizado para aprendizado de alunos, sem seu consentimento, ofendendo-lhe a dignidade e causando constrangimento.

De acordo com a Lei nº 3.628 de 1957, cabe aos Conselhos Regionais de Medicina o poder de disciplinar e aplicar as penalidades aos médicos. O art. 22 apresenta como sanções aplicáveis: a advertência confidencial em aviso reservado; a censura confidencial em aviso reservado; a censura pública em publicação oficial; a suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e a cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal.

Dados do Conselho Regional de Medicina demonstram que de 2010 até abril de 2017, de um total de 2.186 médicos investigados em todas as instâncias administrativas, 3,7% foram impedidos de continuar a praticar a medicina definitivamente por imperícia, imprudência ou negligência. Deste total, 44,2% foram absolvidos. Em relação às sanções aplicadas, 25% receberam advertência confidencial, 34,2% censura confidencial, 29% censura pública e 8,2% suspensão por trinta dias (FREITAS, 2017).

A lei nº 3.628 de 1957, que trata das sanções disciplinares aplicadas aos médicos, conforme listado acima, tem mais de sessenta anos e prevê punições aplicadas em caráter confidencial como advertência e censura, o que demonstra a defasagem da lei e sua ineficiência para coibir a prática de atos antiéticos.

Para compreensão da importância do tema no cenário internacional e verificar os avanços alcançados no combate a violência obstétrica é necessário demonstrar como se dá o tratamento legal em outros países. Neste tópico serão analisadas as legislações da Argentina e da Venezuela.

Neste contexto, destaca-se a Lei Argentina nº 25.929 de 17 de setembro de 2004, que trata sobre o parto humanizado e que deve ser observada pelas esferas pública e privada de assistência à saúde em todo território argentino. A referida lei, lista diversos direitos das mulheres, em relação à gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, dos recém-nascidos e do pai e da mãe de recém-nascido em risco, considera ainda que a violação dos direitos previstos em seu texto será um crime grave para fins de sanção, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal correspondente (ARSIE, 2015).

Apesar de não tratar de forma específica sobre violência obstétrica e não estabelecer sanções penais, a Lei Argentina tem como objetivo coibir a prática de atos que configurem violação aos direitos nela contidos.

Outra importante norma Argentina é a Lei nº 26.485 de 1º de abril de 2009 que dispõe sobre a proteção para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres em todas áreas de relacionamento interpessoal. A norma conceitua violência obstétrica como a violência exercida pelo pessoal de saúde sobre o corpo

e processos reprodutivos da mulher, expressa em tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, garantindo às ofendidas o direito a reivindicar recomposição civil por danos, de acordo com as regras comuns que regem o assunto, sem mencionar responsabilização administrativa ou penal (ARSIE, 2015).

Verifica-se que a lei preocupou-se também em adotar medidas que envolvessem toda a sociedade na luta contra a violência às mulheres, pois para que estes episódios diminuam é necessário que ocorram mudanças culturais, além de apenas estruturais, para retirar a mulher do contexto de menosprezo e discriminação.

Já na Venezuela, a Lei Orgânica nº 38.668 de 23 de abril de 2007, que trata sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, apresenta dezenove formas de violência contra a mulher, dentre elas a violência obstétrica. A lei venezuelana prevê que a prática de tais atos sujeita o responsável ao pagamento de multa no valor de duzentos e cinquenta a quinhentas unidades tributárias, sendo que uma cópia autenticada da condenação definitiva deverá ser enviada à respectiva associação profissional ou instituição sindical, para os fins do procedimento disciplinar correspondente (ARSIE, 2015).

Das normas internacionais apresentadas, verifica-se que nenhuma delas criminaliza a violência obstétrica, porém a Lei Venezuelana nº 38.668/2007, lista de forma expressa as condutas que podem configurar esta violência, bem como prevê multa para o responsável e o encaminhamento da sentença ao órgão de fiscalização do profissional condenado para aplicação da respectiva punição disciplinar.

4.2 Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional

Tramitam no Congresso Nacional diversos projetos de Lei sobre violência obstétrica, atenção à saúde da gestante e humanização de parto, apesar de necessitarem de ajustes, eles se complementam e representam um grande avanço para o país.

O Projeto de Lei (PL) nº 7.633/2014 de autoria do ex-Deputado Federal Jean Wyllys do PSOL/RJ, dispõe ao longo de 31 artigos sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

O interessante neste projeto é a conceituação de violência obstétrica prevista no art. 13:

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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014, p. 6).

A conceituação apresentada pelo PL é bastante ampla e procura englobar todas as situações que possam caracterizar a violência obstétrica, o que é um ponto positivo.

O art. 3º descreve os princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento. São eles: a mínima interferência por parte da equipe de saúde; a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente; o fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a (o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, preparo, parto e puerpério; e a harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto.

No art. 10 o Projeto de Lei obriga que o médico justifique e anote no prontuário da gestante caso seja realizada a administração de enemas, a administração de ocitocina sintética, os esforços de puxo (pedir ou ordenar que a mulher faça força no momento da contração) prolongados e dirigidos durante o período expulsivo, a amniotomia, a episiotomia, a tração ou remoção manual da placenta e a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto, procedimentos estes que podem causar sofrimento a gestante, não sendo recomendada sua utilização indiscriminada, por isso a preocupação em obrigar o registro destas intercorrências.

O Projeto de Lei nº 7.633/2014 dispõe também sobre o direito dos recém-nascidos e das mulheres em relação à gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e

puerpério e a elaboração de um Plano Individual de Parto. Veda também a utilização de procedimentos desnecessários, lista condutas que caracterizam ofensa física ou verbal e cria políticas para erradicação da violência obstétrica.

Em relação a aplicação de penalidades pelo descumprimento da norma, o § 1º do art. 17 do Projeto de Lei diz que “os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas”.

O Projeto de Lei nº 7.633/2014 é um dos mais completos a tratar sobre a temática da violência obstétrica, porém, não trouxe nenhuma previsão expressa de penalidades a serem aplicadas pelo seu descumprimento, ao contrário, optou-se por uma redação genérica citando apenas a possibilidade de responsabilização nos campos civil e criminal, o que representa um ponto negativo.

Em junho de 2019 o Projeto de Lei foi apensado ao Projeto de Lei nº 4.021 de 2019 que trata sobre a fixação de placas de conscientização às mulheres grávidas sobre o parto humanizado e altera a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

O Projeto de Lei nº 7867/2017 da Deputada Federal Jô Moraes do PCdoB/MG, possui sete artigos e 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.

O art. 3º do referido Projeto de Lei conceitua violência obstétrica como “todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas”.

No art. 4º foram listadas condutas que caracterizam violência verbal ou física, como por exemplo, “ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas”, ou “impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto”, entre outras.

Este PL, em relação ao PL nº 7.633/2014, não acrescentou grandes inovações, apresentando conceitos e institutos de proteção semelhantes entre eles.

Em julho de 2017 o Projeto de Lei nº 7.867/2017 foi apensado ao PL nº 7.633/2014 por tratarem de assuntos semelhantes, porém em abril de 2018 a Deputada Jô Moraes requereu a desapensação, sendo indeferida pela Mesa Diretora.

O Projeto de Lei nº 8.219/17 de autoria do Deputado Federal Francisco Floriano do DEM/RJ, dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. O art. 2º conceitua violência obstétrica como a “imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia”.

Importante citar os artigos 3º e 4º que culminam pena de detenção a determinadas condutas, o que não foi incluído nos Projetos de Lei anteriores:

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

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

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;

IV - negligenciar o atendimento de qualidade;

V - impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto;

VI - submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;

VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o

recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa

No que tange a descrição de condutas previstas como crime e aplicação de penalidades, o Projeto de Lei nº 8.219/17 foi mais avançado que os anteriores, cominando pena de detenção a determinadas práticas, o que demonstra uma evolução da compreensão da necessidade de se criminalizar tais condutas para coibir os atos de violência obstétrica. Este projeto encontra-se apensado ao Projeto de Lei nº 7.867/2017.

O Projeto de Lei nº 2.693 de 2019, de autoria do Deputado Federal Lafayette de Andrada - PRB/MG, tem como objetivo instituir uma Política Nacional de Atendimento à Gestante para assegurar o direito à assistência, à saúde, ao parto de qualidade e à maternidade saudável, listando no art. 2º diversos princípios norteadores dessa política bem como estabelece direitos básicos das gestantes e deveres do Estado em seu 3º artigo.

Trata-se de um Projeto de Lei bastante sucinto, seguindo a mesma linha dos apresentados anteriormente, porém mais voltado a estabelecer diretrizes gerais para o tratamento e atendimento às gestantes. Este projeto encontra-se apensado ao Projeto de Lei nº 7.867/2017.

A Deputada Federal Lauriete do PL/ES, elaborou o Projeto de Lei nº 3.310/2019 que dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto. Este Projeto de Lei tem como objetivo obrigar os estabelecimentos de saúde

que prestam atendimento obstétrico a permitir e facilitar às pacientes o registro de som e imagem durante as próprias consultas pré-natais, o trabalho de parto e o parto.

Como justificativa, a autora do projeto demonstrou que existem em tramitação diversos projetos de lei visando coibir a violência obstétrica, porém em nenhum deles há previsão sobre a possibilidade de registrar sons e imagens durante as consultas pré-natais, em que costuma ocorrer a indução ao parto cirúrgico, o trabalho de parto e o parto, tendo em vista que a prática seria um fator positivo para prevenir a ocorrência de casos de violência obstétrica ou formar conteúdo probatório caso seja necessário buscar a reparação de um dano ou subsidiar uma condenação criminal. Este projeto encontra-se apensado ao Projeto de Lei nº 7.867/2017.

O Projeto de Lei nº 4.021/2019 de autoria da Deputada Federal Rejane Dias do PT/PI, dispõe sobre a fixação de placas de conscientização às mulheres grávidas sobre o parto humanizado, para alterar a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Este projeto encontra-se apensado ao Projeto de Lei nº 7.867/2017.

Em relação a Lei nº 9.263/96 o PL visa suprimir o § 5º que diz que “na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges”.

Aqui, o objetivo é permitir que o indivíduo se submeta a procedimentos de esterilização sem que seja necessário o consentimento do outro cônjuge. Esta iniciativa pretende reafirmar os direitos do indivíduo sobre o próprio corpo e sua liberdade sexual.

Os projetos de lei apresentados demonstram que há um movimento entre os parlamentares para criar leis que inibam a prática da violência obstétrica e incentivem o parto humanizado. Sendo assim, verifica-se que há um grande avanço no que tange ao reconhecimento e combate da violência obstétrica no Brasil. Ocorre que a demora na tramitação dos Projetos de Lei no Congresso Nacional contribui

para que casos e denúncias de violência obstétrica continuem crescendo sem que nenhuma punição efetiva seja prevista.

5 CONCLUSÃO

Conforme demonstrado ao longo deste estudo, a violência obstétrica é uma grave forma de violação aos direitos fundamentais das mulheres e ao princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que coloca a mulher em condição de inferioridade em razão do seu gênero.

A partir do estudo histórico do parto, foi possível compreender que era um momento sem qualquer relevância social e, por isso, era de responsabilidade das mulheres da família da gestante e das parteiras a tarefa de trazer os recém-nascidos ao mundo e de trazer algum conforto às mães, visto que tal procedimento não estava à “altura” dos médicos da época, confirmando a posição de inferioridade e discriminação da figura da mulher na sociedade.

Apesar de a evolução da Medicina e da Obstetrícia ser o principal facilitador para a transferência do parto caseiro para o ambiente hospitalar, dando maior segurança a mãe e seu filho, verifica-se que houve uma grande perda no que tange aos aspectos humanitários do parto, uma vez que a mulher passou a ser mero objeto deste processo, ficando submissa às decisões da equipe médica que a acompanhar.

Mesmo com a evolução da ciência, da tecnologia e do reconhecimento dos direitos fundamentais, muitas mulheres ainda passam por alguma situação de violência obstétrica, o que demonstra que a trajetória das mulheres na busca pela reafirmação dos seus direitos é marcada por batalhas ainda mais dolorosas e difíceis, em razão da desigualdade de gênero e das ações discriminatórias que funcionam como obstáculos ao acesso a direitos básicos.

É possível perceber que, nos dias atuais, os direitos fundamentais das mulheres são desrespeitados, pois muitas delas não possuem acesso adequado aos serviços de saúde ou este acesso é precário, aspecto que se torna ainda mais acentuado quando envolve mulheres negras, indígenas ou de classes menos favorecidas economicamente.

Em relação às normas brasileiras que tratam sobre o tema, verifica-se que ainda não há no país uma lei específica que trate sobre violência obstétrica, com exceção da Lei nº 3.363 de 2013 do município de Diadema no Estado de São Paulo e da Lei Estadual nº 17.097 de 2017 do Estado de Santa Catarina que, ao menos, conceituam esta forma de violência.

O que se encontra no ordenamento jurídico brasileiro são leis que tratam de forma esparsa e não de forma direta sobre o tema, como por exemplo, a Lei 11.108/2005 que garante a gestante o direito a um acompanhante; a Lei 11.634 de 2007 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS e a Lei nº 13.434 de 2017, que veda o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato.

Existem ainda políticas públicas para enfrentamento a violência obstétrica como a Rede Cegonha implantada pelo Ministério da Saúde em 2011 com o objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, entre outros. Apesar de existirem políticas públicas para humanização do parto como a Rede Cegonha, verifica-se que muito ainda deve ser feito nesta seara, pois os relatos das mulheres vítimas de violência obstétrica demonstram que tais medidas não são suficientes para inibir a prática.

Verifica-se que, no Brasil, a maior parte das diretrizes sobre parto humanizado são encontradas em resoluções e portarias expedidas pelo Ministério da Saúde, ANVISA e ANS, o que torna ainda mais difícil seu conhecimento e cumprimento, principalmente por serem normas infra legais.

No que tange a responsabilização penal, a falta de lei específica que criminalize a violência obstétrica torna ainda mais dificultoso o combate a estas práticas, visto que para que ocorra a punição da conduta violadora é necessário verificar se o ato praticado se amolda a alguma conduta positivada no Código Penal.

Outro obstáculo que dificulta a responsabilização do profissional de saúde é a comprovação da materialidade da conduta, pois a medicina é um campo do saber

muito específico e por isso os envolvidos no sistema de justiça não conseguem verificar com clareza a prática dos atos de violência.

Em relação aos julgados apresentados, verifica-se que há uma tendência do judiciário em reconhecer a existência da violência obstétrica e punir os responsáveis pela sua prática, seja civil ou penalmente. Ocorre que, nem todas as mulheres recorrem ao judiciário para buscar a reparação dos danos sofridos ou a imposição de sanção penal, por acreditarem que não haverá punição ou devido à dificuldade em reunir provas.

Apesar de existirem diversos projetos de lei que versam sobre violência obstétrica tramitando no Congresso Nacional e que poderiam melhorar a situação atual do país, a demora para a aprovação contribui para que estes atos continuem acontecendo sem que exista punição específica, pois a falta de lei especial sobre o tema torna-se um fator dificultador para que as mulheres possam buscar seus direitos e a reparação decorrente de sua violação.

No plano internacional, foram analisadas as leis da Argentina e da Venezuela para verificar como se dá o tratamento legal do tema em outros países. Neste contexto, a Lei Argentina nº 25.929 de 17 de setembro de 2004 que dispõe sobre o parto humanizado e direitos das gestantes e parturientes, não trata de forma direta sobre violência obstétrica e também não estabelece sanções penais, mas considera que a violação dos direitos contidos em seu bojo é um crime grave.

Importante destacar também a Lei Argentina nº 26.485 de 1º de abril de 2009, pois garante as ofendidas o direito a reivindicar a recomposição civil por danos, de acordo com as regras comuns que regem o assunto, sem mencionar, entretanto, sobre a responsabilização administrativa ou penal. Além disso, preocupou-se também em adotar medidas que envolvessem toda a sociedade na luta contra a violência às mulheres, na tentativa de proporcionar uma mudança cultural no país.

Em relação a Venezuela, observa-se um grande avanço, pois a Lei Orgânica nº 38.668 de 23 de abril de 2007, sujeita o responsável pela prática da violência obstétrica ao pagamento de multa, estabelecendo inclusive valores, além do encaminhamento da

sentença condenatória a respectiva associação profissional ou instituição sindical a fim de instaurar procedimento disciplinar.

Apesar de apresentarem maior abrangência e até um certo avanço em relação as normas brasileiras, verifica-se que nenhuma delas criminaliza a violência obstétrica e a Lei Venezuelana apenas prevê uma multa e a necessidade de apuração do fato pelo órgão de fiscalização do profissional em caso de condenação.

A discussão sobre o tema violência obstétrica é mais um passo para o reconhecimento e concretização dos direitos fundamentais das mulheres. Para que isso ocorra é necessário que as mulheres sejam informadas de forma efetiva sobre seus direitos e as formas de acessá-los, inclusive com garantia de mecanismos para sua defesa.

Conclui-se que para o enfrentamento da violência obstétrica devem ser implantadas medidas mais efetivas no que tange a saúde e o acolhimento da mulher, medidas estas que devem vir acompanhadas de uma legislação mais rígida, canalizando os esforços para diminuir os índices de violência obstétrica e proteger o direito das mulheres, pois tal prática apenas reforça a desigualdade entre homens e mulheres e diminui as vitórias alcançadas ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v.7, n. 4, p. 388-397, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

ARRUDA A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. Quando a paciente é mulher. Relatório do Encontro Nacional da Campanha saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Ministério da Saúde: Brasília, 1989.

ARSIE, Jaqueline Gonçalves. Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências Jurídicas. Florianópolis, 2015.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 3.628 de 30 de setembro de 1957*. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 04 abr 2020.

BRASIL. *Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991*. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992*. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002*. Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna*. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007*. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 8.858, de 26 de setembro de 2016*. Regulamenta o disposto no art. 199 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984: Lei de Execução Penal. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8858.htm. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 13.434, de 12 de abril de 2017*. Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 7.633 de 2014*. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 7.867 de 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.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 8.219 de 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.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 2.693 de 2019*. Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2200569>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 3.310 de 2019*. Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2206465>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 4.021 de 2019*. Dispõe sobre a fixação de placas de conscientização às mulheres grávidas sobre o parto humanizado e altera a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2211836>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional*. Coimbra: Almedina, 1993.

CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de responsabilidade civil*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 588 p.

CIELLO, Cariny et. al. Rede parto do princípio. *Violência Obstétrica: "Parirás com Dor"*. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.931 de 17 de setembro de 2009*. Código de Ética Médica. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. *Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais*. Universidade de Brasília. Faculdade de Direito. Brasília, 2015.

DIADEMA. *Lei Municipal nº 363, de 1º de outubro de 2013*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema. Disponível em: http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313. Acesso em: 10 mar. 2020.

DINIZ, Simone. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. 2004. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>. Acesso em: 21 mar. 2020.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Comentários ao Código de Ética Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

FREITAS, Clayton. Em sete anos, só 3,7% dos médicos punidos perderam registro profissional. Portal UOL, 2017. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/07/17/em-sete-anos-so-37-das-punicoes-a-medicos-levaram-a-cassacao-de-registro.htm>. Acesso em: 12 abr. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

GALLOTTE, Michelle da Silva. *Violência obstétrica, normas de proteção à parturiente e eficácia no direito brasileiro*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Faculdade de Direito: Rio de Janeiro, 2017.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito civil esquematizado: volume 1*. São Paulo: Saraiva, 2011.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade civil*. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. 803 p.

KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. *Violência obstétrica e sua configuração no Brasil*. 2013. Disponível em: https://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf. Acesso em: 22 mar. 2020.

- LAHAM, Roberta Pereira. Violência obstétrica: uma ameaça ao direito da mulher. Monografia (Graduação em Direito) - Escola de Ciências Jurídicas, Centro De Ciências Jurídicas E Políticas, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.unirio.br/ccjp/arquivos/tcc/2018-1-tcc-roberta-pereira-laham>. Acesso em: 21 mar. 2020.
- LUZ, Ana Beatriz Vieira da. *A responsabilidade civil do Estado nos hospitais públicos: o ato médico: aspectos éticos e legais*. Rio de Janeiro: Rubio, 2002. 332 p.
- MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MATOS, Greice Carvalho et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem online*, v. 7, n. 3, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/articulo/view/11552>. Acesso em: 21 mar. 2020.
- MELO, V. H. *Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher*. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1983.
- MENDES, Gilmar Ferreira; PAULO, Gustavo Gonet Branco. *Curso de direito constitucional*. 12. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 27 mar. 2020.
- MORAES, Alexandre de. *Direitos humanos fundamentais: teoria geral*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 377 p.
- NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.
- OLIVEIRA, Carlos Eduardo Elias. *Conexões entre as instâncias penal, administrativa, civil e de improbidade: prescrição e efeito vinculante*. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td251>. Acesso em: 27 abr. 2020
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 03 abr. 2020.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. *Direitos Humanos das Mulheres*. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/08/Position-Paper-Direitos-Humanos-das-Mulheres.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. In: CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 04 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. 1996. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde Folha informativa: mortalidade materna. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 05 abr. 2020.

PACIORNIK, Moysés. *Aprenda a viver com os índios: o parto de cócoras, desempenho sexual, ginástica índia, comer e descomer*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

SANTA CATARINA. *Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 09 abr. 2020.

VILLAMIL, Quésia. *Ocitocina: o hormônio do amor*. *Sentidos do Nascer*, 2015. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2015/06/ocitocina-o-hormonio-do-amor/>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SOUZA, Andreza Rizério Amorim de; GUEDES, Letícia Campos; COUTO, Nathália Machado; RODRIGUES, Raíssa Andressa Siqueira Cruz. *A dor além do parto*. Documentário apresentado a Universidade Católica de Brasília como Trabalho de Conclusão de Curso. 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=clrlg x3TPWs>. Acesso em: 12 abr. 2020.

STORTI, J. de P. *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal*. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibelle de Mesquita. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*. 2016. Disponível em: indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/download/1048/1043. Acesso em: 12 abr. 2020.