



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

RAÍLA MIRANDA ARRUDA DE CARVALHO BARROS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PRÁTICA VIOLADORA DOS DIREITOS
SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER EM ESTADO GRAVÍDICO
PUERPERAL**

Juazeiro do Norte
2018

RAÍLA MIRANDA ARRUDA DE CARVALHO BARROS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PRÁTICA VIOLADORA DOS DIREITOS
SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER EM ESTADO GRAVÍDICO-
PUERPERAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Direito do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), como requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientador (a): Iamara Feitosa Furtado Lucena

Juazeiro do Norte
2018

RAILA MIRANDA ARRUDA DE CARVALHO BARROS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PRÁTICA VIOLADORA DOS DIREITOS
SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER EM ESTADO GRAVÍDICO-
PUERPERAL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Direito do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
(UNILEÃO), como requisito para obtenção
do grau de bacharel em Direito.

Orientador (a): Iamara Feitosa Furtado
Lucena

Data de aprovação: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.(a) _____
Orientador (a)

Prof.(a) _____
Examinador 1

Prof.(a) _____
Examinador 2

Dedico esta monografia a minha família, por ser a minha fortaleza. Dedico ainda a todas as mulheres que foram vítimas dessa modalidade de violência e que foram impedidas de viver um dos mais importantes momentos de suas vidas de forma sadia e pacífica;

AGRADECIMENTOS

Para concretizar esta monografia, fora necessário todo um suporte o qual envolveu muitas pessoas, cujos agradecimentos lhes são devidos.

Minha gratidão primeira se é devida a Deus, principio e fim de tudo, origem de toda ciência e sabedoria, fonte de todo dom e conhecimento. Foi Ele quem me proporcionou a inspiração, bem como o ânimo e as forças para seguir trabalhando, mesmo quando o cansaço e o desânimo, por vezes, me alcançaram.

Também externo meus sinceros agradecimentos aos meus pais Maria Zelita de Sousa Barros e Cícero de Carvalho Barros, eles que são meu baluarte. Eles que sempre abdicaram muito de si para me oferecer a melhor educação, da mesma forma como doaram toda sua vida para meu crescimento pessoal, vocacional, acadêmico e profissional.

Agradeço aos meus irmãos Rian Miranda A. de C Barros e Renan Miranda A. de C. Barros que sempre contribuíram com algo de si, conforme suas aptidões e personalidades, para meu processo de formação humana, cidadã e profissional.

Oportunamente, também estendo minha gratulação ao meu noivo George Washington Pereira de Alencar, meu companheiro de vida e meu entusiasta do dia-a-dia. Ele que, também acadêmico de Direito, muito me auxiliou nos meus projetos.

Igualmente sou grata a todos os meus amigos, representados por Greyce Everlayne Gomes de Sá, Talisson Lobo Mascarenhas e Ismael Bruno Silva França, estes que sempre os tenho em minha história com muita estima e respeito; que, conjuntamente, ajudaram-me a escrever linhas existenciais da minha vida, da mesma forma como me auxiliaram a compreender muitas entrelinhas por vezes despercebidas.

Por fim, e não menos oportuno, manifesto minha genuína gratidão ao corpo docente deste Centro Universitário, representados por minha orientadora Iamara Feitosa Furtado Lucena, a qual agradeço por sua colaboração pessoal e profissional, por sua paciência, zelo e apoio.

RESUMO

O parto representa a forma mais pura e perfeita do surgimento da vida humana. No entanto, o fenômeno da parturição vem, ao longo da história, perdendo o seu caráter natural e singular, e ganhando um aspecto patológico e institucionalizado, de modo a usurpar o protagonismo e os direitos da parturiente neste momento tão único e especial de sua vida. Nesse aspecto, incorpora-se o fenômeno da violência obstétrica como prática que corrompe o processo natural da parturição e ignora os direitos fundamentais, sexuais e reprodutivos da mulher que se encontra em estado gravídico-puerperal. Dá-se a importância de investigar esta problemática pela progressividade dessa modalidade de violência contra as mulheres, que se apresenta também como sério problema no campo da saúde pública. Assim, buscou-se na presente monografia analisar o fenômeno da violência obstétrica à luz dos direitos das parturientes, de modo a investigar se os mecanismos jurídicos brasileiros disponíveis são aptos a proteger às vítimas e coibir esse tipo de agressão. Para a consecução da presente monografia, utilizou-se de uma abordagem qualitativa, à medida que busca perquirir e compreender as relações humanas nesse contexto da violência obstétrica. Tem-se uma pesquisa de natureza básica, com o objetivo de preencher possíveis lacunas em relação a matéria aqui abordada, bem como, exploratória, servindo-se da análise de livros, revistas, publicações especializadas, artigos, periódicos e trabalhos científicos. Assim, pretende-se com a presente monografia contribuir para ruptura desse processo violento que vem contaminando a figura parto e que macula a dignidade humana da gestante.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Humanização do parto. Garantias da parturiente. Direitos sexuais e reprodutivos.

ABSTRACT

However, the phenomenon of parturition has, throughout history, lost its natural and unique character, and gaining a pathological and institutionalized aspect, in order to usurp the protagonism and the rights of the parturient in this unique and special moment of her life . In this aspect, the phenomenon of obstetric violence is incorporated as a practice that corrupts the natural process of parturition and ignores the fundamental, sexual and reproductive rights of the woman who is in a pregnancy-puerperal state. It is important to investigate this problem because of the progressive nature of this type of violence against women, which also presents itself as a serious problem in the field of public health. Thus, this research aimed to analyze the phenomenon of obstetric violence in the light of parturients' rights, in order to investigate if the available Brazilian legal mechanisms are able to protect the victims and to curb this type of aggression. To achieve this monograph, a qualitative approach was used, as it seeks to understand and understand human relations in this context of obstetric violence. It has a basic research, with the objective of filling potential gaps in relation to the subject matter discussed here, as well as exploratory, using the analysis of books, magazines, specialized publications, articles, periodicals and scientific works. Thus, it is intended with the present research to contribute to rupture of this violent process that has been contaminating the childbirth figure and that impairs the human dignity of the pregnant woman.

Keywords: Obstetric violence. Humanization of childbirth. Parturient guarantees. Reproductive rights. Sexual rights.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	12
2.1	TRAÇOS HISTÓRICOS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DO MODELO ARCAICO DE PARTURIÇÃO AOS DIAS ATUAIS	13
2.2	HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER	19
3	DIREITOS VIOLADOS PELA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	25
3.1	PRÁTICAS QUE CARACTERIZAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	25
3.1.1	Procedimentos de caráter físico	25
3.1.2	Procedimentos de caráter psicológico	26
3.1.3	Procedimentos de caráter sexual	27
3.2	A PARTURIENTE ENQUANTO SUJEITO DE DIREITOS	29
3.2.1	Direitos e garantias fundamentais da parturiente	30
3.2.2	Do Direito ao parto humanizado	32
3.2.3	Dos Direitos sexuais e reprodutivos	34
4	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAUSA JURÍDICA	39
4.1	O TRATAMENTO JURÍDICO NO ÂMBITO PENAL	42
4.1.1	Tipificação como lesão corporal	42
4.1.2	Tipificação como maus-tratos	44
4.1.3	Tipificação como ameaça	44
4.1.4	Tipificação como homicídio	45
4.1.5	Tipificação como injúria	47
4.2	TRATAMENTO JURÍDICO NO ÂMBITO DA RESPONSABILIDADE CIVIL	47
4.2.1	Responsabilidade pessoal do médico	49
4.2.2	Responsabilidade dos hospitais, clínicas e casas de saúde	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

Diante do contexto social moderno, definir a mulher enquanto uma figura subalterna ou ainda denominá-la como “sexo frágil” é demasiadamente incoerente. Nesse sentido, pode-se contemplar uma coletividade social em que “feminino” e “masculino” seriam delimitados tão somente no que diz respeito à fisiologia, visto que nos demais quesitos seria prescindível diferenciá-los. Sucede-se que o processo de desenvolvimento do complexo social foi corrompido e o patamar alcançado, ao menos do que se vê no presente momento, mostra-se muito aquém dessa sociedade imaginária.

Basta atentar-se brevemente para o histórico das relações socioculturais para chegar-se a conclusão de que o desenvolvimento histórico e tecnológico não foi suficiente para estorvar o fortalecimento do conservadorismo, que ainda prepondera no seio social e atua de modo a estereotipar papéis veiculados a figura do homem e da mulher. Essa discrepância entre gêneros é preponderante singularmente em relação a questões voltadas à violência, sobretudo no que concerne à violência de gênero, assunto que alcançou tamanha envergadura tanto no seio social, quanto na comunidade jurídica, e vem sendo largamente debatido tanto na esfera nacional quanto internacional.

Insta salientar que, o paradigma de parturição preponderantemente amparado no Brasil é consequente de todo um processo construído sobre premissas históricas, cujas bases não adotaram, de maneira ampla, os preceitos basilares e axiológicos dos direitos humanos e fundamentais para com a figura da mulher parturiente. Destarte, de acordo com o modelo de parturição espalhado neste contexto, não é permitido a parturiente protagonizar o seu próprio parto, de acordo com suas crenças e necessidades, posto que o nascimento se tornou um evento hospitalar e institucionalizado, cujo qual o protagonista neste cenário é representado pela figura do profissional médico.

Nessa perspectiva, apresenta-se, como investigação a ser perseguida, qual o tratamento jurídico dado pelo arcabouço normativo brasileiro no que tange à violência obstétrica, pautando-se na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Assim, denota-se pertinente compreender de que maneira as mulheres em estado gravídico-puerperal podem pugnar para garantir que o seu processo de parturição seja

conduzido de modo que sejam respeitados os seus direitos sexuais e reprodutivos bem como os seus corpos e suas crenças.

Dito isto, a presente monografia tem como campo de estudo as Ciências Sociais Aplicadas, voltada ao ramo do Direito Público voltado numa abordagem dos Direitos Difusos em relação a temática abarcada, e neste serão abordadas as seguintes questões, senão vejamos: Direitos e garantias fundamentais, Direitos individuais e coletivos voltados a defesa da mulher, Direitos sexuais e reprodutivos da mulher em estado gravídico-puerperal.

Para a consecução da presente monografia, utilizou-se de uma abordagem qualitativa, à medida que busca investigar e compreender as relações humanas em determinadas condições e frequências no contexto social em relação a temática empregada. Partindo de um estudo exclusivamente teórico, tem-se uma pesquisa de natureza básica, com o intuito de preenchimento de possíveis lacunas em relação a matéria aqui abordada, bem como, exploratória, haja visto que será empregado uma análise de através de livros, revistas, publicações especializadas, artigos, periódicos, e trabalhos científicos, com a finalidade de proporcionar uma maior familiaridade com o tema em questão, e descritiva, sendo que terá como fim descrever, classificar, explicar, interpretar e esclarecer o fenômeno estudado, sem interferência do pesquisador, e para realização deste, será utilizado um amplo estudo bibliográfico e documental da doutrina respeitante ao direito constitucional.

Ademais, o primeiro capítulo da presente monografia teve-se em contextualizar o lapso temporal do surgimento desta nova espécie de violência, partindo dos postulados históricos acerca do parto, desde os primórdios da história da parturição com a figura da parteira, ou “comadres”, até o surgimento das escolas de medicina que trouxeram consigo a ciência médica específica em tratar da especialidade da parturição, a denominada ciência obstétrica, e subsequente o estabelecimento do paradigma da humanização do parto em consequência do estabelecimento da carta magna que trouxe consigo um rol de direitos e garantias fundamentais. Em sequência traçou-se uma correlação entre o instituto da violência obstétrica em face a violação dos direitos sexuais e reprodutivos das parturientes.

Num segundo momento, buscou-se abordar em específico as práticas que são consideradas violentas ocorridas no momento da assistência ao parto, e que compõe a gama de condutas delineadoras da espécie da violência obstétrica, atentando-se para seus reflexos biológicos, sociais e jurídicos, findando tal capítulo estabelecendo

um liame entre tais condutas danosas, e a afetação ocasionada por estas em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das parturientes.

No terceiro e último capítulo, analisa com mais afinco o tratamento legal que a comunidade internacional proporcionou em relação a esta espécie de violência, haja visto que países como a Venezuela e Argentina – pioneiros em termos de legislação acerca da temática – bem como os projetos normativos existentes no do ordenamento jurídico brasileiro, em termos de tipificação de tais condutas, bem como a possível responsabilização e reparação.

Tida como uma ramificação de gênero da violência, a violência obstétrica ocorre em face a mulher em estado gravídico-puerperal exercido por profissionais da saúde referente ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma postura desumanizada por parte do atendimento direcionado a estas mulheres.

Dito isto, a presente monografia tem como finalidade precípua analisar esta espécie de violência que, paulatinamente, ganha espaço no cenário social e no âmbito das diversas violências praticadas contra a figura da mulher fazendo-se cotidianamente presente em comunidades de todo o mundo, sem distinção social, racial, etária ou religiosa, bem como, investigar a proteção jurídica conferida a mulher vítima de violência obstétrica no Brasil.

2 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Identificado na Venezuela no ano de 2007¹, a existência de uma forma de violência dentre as várias praticadas contra a mulher, a chamada violência obstétrica, vem ganhando o seu devido reconhecimento social, em face da constante prática em ambientes hospitalares, ocasionando consequências irreparáveis para as mulheres que as sofrem.

A perspectiva da violência contra a mulher é abrangente em se tratando das diversas formas como esta se manifesta, e no atual contexto social é assustador o nível de violência contra as mulheres, situação esta que vem ganhando respaldo não somente como violação de direitos humanos, mas também tem sido reconhecido como um dilema no âmbito da saúde pública pois em relação as suas vítimas, causa danos a vida e a saúde física e mental.

Diante das várias formas de manifestação de violência em face da mulher, a denominada violência obstétrica², como sendo a violência praticada pelo profissional de saúde contra a mulher que se encontra em período de gestação, parto, em estado puerperal ou relação ao suporte ao abortamento, é crescente na esfera nacional.

A Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, que tem vigência na Venezuela desde o ano de 2007, prevê em seu texto normativo a seguinte definição para a caracterizar a violência obstétrica:

Entendemos a violência obstétrica como qualquer conduta, ação ou omissão, realizada pelo pessoal de saúde que direta ou indiretamente, tanto na esfera pública quanto na privada, afeta o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais. O conceito de violência obstétrica que a lei venezuelana tem é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, em um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, 2012, p.32).

¹ Segundo Mariana Marques Pulhez, em 2007, a Venezuela reconheceu, em lei, a existência de um tipo de violência contra a mulher que decorre de situações em ambiente hospitalar, no momento do parto: a chamada “violência obstétrica”. (PULHEZ, 2013, p.1)

² Esclarece Briena Padilha de Andrade que entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres exprimidos através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos. (ANDRADE, 2014, p.1)

Desta forma, perante o ordenamento jurídico brasileiro identifica-se uma adversidade no que diz respeito a necessidade de regulamentação, pois somente os instrumentos normativos vigentes no atual arcabouço jurídico não demonstram eficácia suficiente para proteger e prevenir a prática de condutas que ocasionem a violência obstétrica, e garantir os direitos fundamentais, sexuais e reprodutivos das mulheres.

2.1 TRAÇOS HISTÓRICOS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DO MODELO ARCAICO DE PARTURIÇÃO AOS DIAS ATUAIS

Segundo entendimento de Martins (2004), desde os primórdios da história da parturição, tinha-se como parteiras às mulheres idosas, as quais possuíam um conhecimento galgado ao longo dos anos na prática rústica da parturição. Sendo que naquele dado momento histórico onde predominava a prática do parto normal, tais mulheres repassavam seus conhecimentos técnicos as mulheres mais jovens, perfazendo assim um ofício que propagava sua linha de conhecimento no tempo. Ademais, a parição era tida como um processo natural e fisiológico, tanto é que o trabalho de parto era realizado, normalmente, nas residências das gestantes.

Contextualizando tal momento histórico, corrobora Elizabeth Eriko Ishida Nagahama e Silvia Maria Santiago:

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade –, pois, em sua dedicação à atividade como um sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais. Neste período, o atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos pois não estava à altura do cirurgião – o homem da arte (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p.652).

A incorporação desta prática pelas instituições médicas foi inaugurada na Europa em meados do século XVII, sendo então criada a arte obstétrica. Os novos métodos científicos utilizados pela medicina se estenderam ao Brasil com a chegada da corte portuguesa, no ano de 1808, período em que se inauguraram as primeiras faculdades de medicina no nosso país.

Esclarece Anayansi Correa Brenes:

Com a chegada da Corte Portuguesa no Brasil, em 1808, ocorreu a implantação do ensino oficial de Medicina. A primeira escola foi implantada na Bahia e decorreu de um pedido do Barão de Goyana — José Correia Picanço — que falou a D. João VI da necessidade de se criar um colégio de cirurgia. Este concordou com a ideia e, em Carta Regia de 18 de fevereiro de 1808, assinada por D. Fernando José de Portugal, Ministro do Reino, foi determinado que Picanço fizesse o plano do curso e que escolhesse entre os cirurgiões do Hospital Militar os professores que deveriam ensinar não só Cirurgia, mas também Anatomia e Arte Obstétrica (BRENES, 1991, p.137).

Esse processo de institucionalização do parto foi inicialmente resistido por várias mulheres da época, isso porque percepção do ato de dar à luz deixa de ser natural e passa a ser patológico. Ademais, não havia, até então, a figura masculina no cenário da parição, mas tão somente de mulheres parteiras que eram de confiança das gestantes.

Corroborando com tal pensamento Mônica Bara Maia:

O parto, um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, e ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades no parto, os cirurgiões barbeiros também denominados cirurgiões-parteiros, eram chamados a intervir. Essas intervenções eram quase sempre tão ineficazes quanto as das parteiras, e normalmente o papel dos cirurgiões-barbeiros era retirar um feto vivo de sua mãe morta (MAIA, 2010, p.30).

Ainda nesta perspectiva elucidada Anayansi Correa Brenes:

(...)houve todo um esforço por parte da corporação médica em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Porém, isto ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra e muito menos, ainda, para convencê-las e se abrirem para eles (BRENES, 1991, p.145).

Consoante salienta Maia (2010) o arcabouço médico, posterior ao período renascentista, preocupou-se em formular uma linha de pensamento de caráter científico a respeito da natureza feminina com a finalidade de esclarecer as disparidades constatadas a partir da nova ordem social.

Nessa seara, emergiu uma nova especialidade na área médica, com a finalidade de institucionalizar tal tratamento num âmbito exclusivamente médico, desvinculando o instituto da parturição das práticas rústicas e sem embasamento científico, de modo que o auxílio ministrado pelas parteiras durante o estágio gravídico puerperal da mulher em gestação se tornou suprimido por este novo parâmetro.

Assevera acerca deste entendimento Anayansi Correa Brenes:

Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII) se estendendo ao Brasil, ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. A introdução da medicina neste

espaço inaugurou não só a experimentação clínica articulada com o discurso anátomo-patológico, quanto produz um discurso a partir da penetração da figura masculina no saber e prática obstétrica (BRENES, 1991, p.135).

Desta forma, conforme tal parâmetro médico foi se disseminando, as chamadas comadres, foram aos poucos destituídas de suas funções assistenciais e as parturientes defrontaram-se com um novo paradigma no âmbito da parturição.

Ana Paula Vosne Martins elucida acerca da obstetrícia:

A obstetrícia era uma especialidade nova – nascida nas faculdades de medicina européias na primeira metade do século XIX – e ainda lutava para ser reconhecida, tanto no meio médico quanto para o público leigo, em especial para os maridos e suas esposas. Algumas mulheres já chamavam o médico-parteiro para atendê-las nos partos domésticos, mas a maioria delas, principalmente nas classes populares, ainda preferia contar com a presença da parteira, das parentas ou vizinhas, para socorrê-las em meio às dores e incertezas do parto (MARTINS, 2004. p. 66).

Nesse cenário, com o advento da ciência obstétrica e o conseqüente ofuscamento do mister exercido pelas parteiras, estabeleceu-se uma sóbria disputa entre as parteiras e os profissionais da medicina, de modo que a parturiente passou a ser assimilada como objeto de estudo. Frisa-se que o ramo da obstetrícia era compreendido no âmbito médico referente ao processo de parturição, como uma prática repulsiva e repugnante, haja visto que era vinculada à dor e às impurezas femininas e, por essa razão, deveria ser restrito unicamente às mulheres.

Conforme entendimento de Martins (2004), com surgimento da obstetrícia, a capacidade de procriação humana tornou-se uma questão de interesse médico e foi concebido um conhecimento com finco dirigido às particularidades gestacionais. Desta forma, para compreender o fenômeno do parto, demonstrava-se fundamental entender a dinâmica do processo reprodutivo da mulher, sua fisiologia, bem como as modificações físicas decorrentes do processo gestacional e puerperal.

Entretanto, Martins (2004) preceitua uma série de fatores que tornava o mister exercidos pelas parteiras como um trabalho essencial para com a vida das gestantes. Não somente os impasses atrelados a questões físicas que faziam necessário o trabalho das comadres, mas também uma questão relacionada a toda realidade sócio cultural vivida tanto pelas parteiras, quanto pelas gestantes, haja visto que muitas vezes, ambas possuíam a mesma origem social, e compartilhavam os mesmos valores e crenças no que concerne a posição da mulher no meio social, destacado pelo matrimônio e pela maternidade. Assim, o trabalho empregado pelas parteiras, consistia num muito mais complexo do que a simplesmente aptidão técnica de aparar

os recém-nascidos e cortar o cordão umbilical, pois elencava um aparato de práticas culturais voltadas à saúde, ao matrimônio, à maternidade e ao cuidado para com os filhos.

Ainda nesse período de impasses entre os profissionais da área médica fundamentados em todo um arcabouço técnico e científico e a classe das parteiras galgadas num conhecimento adquirido através da experiência, não existiu até o século XVIII a figura do médico obstétrico como sendo o profissional destinado aos cuidados das parturientes, sendo que a figura do homem enquanto médico especialista nesta área, era vista de forma esporádica, e a inserção dos médicos no cenário do parto natural e a transformação dessa prática em uma especialidade médica lucrativa se deu de forma lenta e limitada em diversas classes sociais do meio urbano.

Em face deste momento histórico desta temática, esclarece Ana Paula Vosne Martins:

Na história oficial da obstetrícia, a versão da entrada dos médicos na cena do parto mostra os cirurgiões como indivíduos dotados de espírito investigador, que, apoiados nos estudos anatômicos, desafiaram o monopólio das parteiras e conquistaram um novo campo do exercício profissional. Graças aos conhecimentos anatômicos, os cirurgiões começaram a ser chamados para atender os partos naturais, aumentando a sua experiência com as observações (MARTINS, 2004, p.73).

É de fundamental importância destacar que o desenvolvimento de todo um aparato médico e tecnológico, traduziu-se como uma ferramenta essencial para o crescimento e fortalecimento da medicina obstétrica em face ao monopólio da figura das parteiras.

Explana Ana Paula Vosne Martins:

De uma forma geral, os manuais de obstetrícia dos séculos XVI e XVII são registros de uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista. Os cirurgiões acabaram por desenvolver uma verdadeira obstetrícia patológica para a qual criaram todo um arsenal cirúrgico que muito contribuiu para a supremacia dos médicos-parteiros sobre as parteiras. Além das pinças, tesouras, do fórceps, ganchos e perfuradores, também faziam parte da prática intervencionista as manobras obstétricas e as operações, como embriotomia e a cesariana. (MARTINS, 2004, p. 72).

Nesse diapasão, culminou a ideia de que este conhecimento científico médico fazia com que a ciência obstétrica fosse superior ao conhecimento das parteiras, de modo que estas não gozavam de nenhum alarde ou suporte técnico para condução do seu trabalho, tornando-as assim inaptas para executar as atividades voltadas a parturição.

Com o advento da ciência obstétrica e o desenvolvimento de tecnologias voltadas a proporcionar a melhor aplicação deste conhecimento na realidade fática, as autoridades religiosas, juntamente com a medicina iluminista, se posicionaram de modo opositivo ao mister exercido pelas parteiras, a igreja pregava no sentido de que o ofício exercido pelas parteiras estava vinculado as práticas de aborto e infanticídio, tidos como condutas imorais e antiéticas. Desta forma, esse movimento reacionário ocasionou o afastamento da figura das parteiras, ocasionando a supressão do trabalho executado pelas comadres, tornando a parturição uma questão patológica e industrializada.

Coaduna com tal entendimento Ana Paula Vosne Martins:

Desde o século XV as autoridades da Igreja já demonstravam preocupação com os aspectos morais e religiosos da prática das parteiras. Na verdade, o controle exercido pela Igreja fazia parte de uma atitude persecutória à cultura popular ante o universalismo da Igreja Católica e ao absolutismo do Estado Moderno, inteiramente antitéticos às práticas culturais que pudessem questionar ou se opor ao projeto de poder que começava a se estruturar e enrijecer a partir de então (MARTINS, 2004, p.75).

Segundo Martins (2004) a inserção da figura do profissional obstetra no âmbito gravídico-puerperal se deu em virtude da forte influência exercida pelas autoridades religiosas em relação a industrialização do parto, de modo a suprimir totalmente a figura da parteira, bem como o mister desempenhado por estas, pois naquele dado momento, não se buscava um tratamento específico e qualificado para melhor atender as necessidades da mulher em estado gravídico-puerperal, o que se tinha em pauta eram as questões voltadas aos aspectos éticos e religiosos no papel exercido pelas parteiras, de modo que tais práticas não fosse de encontro aos preceitos emanados pela igreja.

Em razão do paradigma sócio cultural voltado a negativar a imagem do homem enquanto figura profissional médica em atendimento à mulher estado puerperal, retardou-se o progresso do ramo da medicina especializado na ciência obstétrica, bem como nos cuidados voltados a parturiente. Partindo desta perspectiva a questão moralista exercia forte influência sobre o tratamento das parturientes, posto que, os homens na figura de marido, reprovavam o fato de um outro homem, mesmo que na qualidade de profissional médico, exercesse uma atividade ligada ao um momento tão íntimo da mulher.

Em face a este pensamento, coaduna Ana Paula Vosne Martins:

Embora algumas parteiras e cirurgiões tenham trabalhado juntos e as profissionais tenham frequentado cursos ministrados por cirurgiões, o conflito entre ambos se acirrou na disputa pela clientela, além do fato de que a entrada dos cirurgiões na cena do parto despertou reações moralistas. Apesar das críticas às 'comadres ignorantes', muitos homens e mulheres continuavam defendendo que o parto deveria ser conduzido pela parteira. A presença do cirurgião no momento do parto parecia, para muitos maridos, algo extremamente ofensivo para o pudor de suas esposas, como também havia uma certa desconfiança quanto à sinceridade das intenções dos cirurgiões, que podiam se aproveitar da situação para seduzir as mulheres (MARTINS, 2004. p.76).

Ainda neste sentido comenta Mary Del Priore:

Esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras (DEL PRIORE, 1995, p.263).

Diante de avanços e retrocessos, sucedeu-se a polarização entre as parteiras e os profissionais da medicina. Num cenário mais adiante, com o advento da Segunda Guerra Mundial, em face da demasiada mortandade, a institucionalização do parto foi fortemente instigada com o intuito de suprimir os altos índices de mortalidade tanto maternas, quanto neonatais, atribuindo a ação médica um caráter de ferramenta demográfica de modo a ponderar a crise que se instalou posteriormente ao episódio hostil proporcionado pela guerra.

Ainda em fase avanço da medicina obstétrica, juntamente com o aparato tecnológico de instrumento que foram desenvolvidos para os profissionais da área, emergiu uma grande quantidade de livros que versavam acerca da ciência obstétrica naquele período, ainda que tais instrumentos de saber fossem restritos a estudantes de medicina e cirurgiões, trouxera uma nova perspectiva neste âmbito, o que significou um novo período de modo a sobrepor os preceitos científicos sobre o conhecimento advindo da experiência.

Complementa Ana Paula Vosne Martins:

O parteiro munido com seus instrumentos e com os tratados de obstetrícia se impôs sobre as parteiras como um homem que, além de conhecer o corpo feminino, representava a Ciência. A caricatura do sangrador vai se esvanecendo perante a imagem poderosa que se constrói de homens, [...] à medida que a imagem do cirurgião competente passa a ser construída no

processo de produção e institucionalização do saber médico (MARTINS, 2004. p.76).

Neste sentido, as parteiras gradativamente passaram a figurar como auxiliares ao serviço empregado pelos profissionais da medicina, de modo que se tornaram aliadas numa relação profissional, caracterizada por um tom de companheirismo entre o médico e suas auxiliares. Fazendo-se cada vez mais presentes na assistência a parturiente, a figura do médico tornou-se não somente um especialista no procedimento do parto, senão um especialista em todos os aspectos intrínsecos a condição gravídico-puerperal da parturiente, desde o início da gestação até cuidados com a saúde do recém-nascido, vinculando todos os conhecimentos adquiridos nas escolas de medicina com a experiência deste novo modelo de especialidade médica, fazendo assim surgir a figura de um novo especialista no século XIX, o obstetra.

2.2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER

De acordo com o progresso dos triunfos femininos obtidos no decorrer da história das reivindicações, as perspectivas inerentes as mulheres enquanto sujeito de direitos, garantiram ao patamar feminino a inserção na esfera dos direitos e garantias fundamentais como forma de proporcionar a mulher uma instrumentalização normativa plausível as reivindicações por elas almejadas.

Diante disto, surge um novo paradigma denominado sustentabilidade que tem como finalidade precípua reformular a relações inerentes ao seio social sob o prisma da alteridade e da reciprocidade, de modo a destacar os principais valores que objetivem a perenização do bem-estar social e da qualidade de vida humana.

Nesse patamar, faz-se mister exaltar os direitos obtidos pelas mulheres posteriormente a Constituição da República de 1988, na qual além de incorporar feitos relevantes em que a mulher brasileira já havia conquistado no passado, tal instrumento normativo simboliza uma dignificante vitória para as empreitadas empregadas pelo movimento feminista durante o decorrer das décadas até a promulgação da carta magna

Desse modo, transversalmente às diversas políticas que preconizam a necessidade de uma assistência de caráter humanizado e integral à parturiente, nas

últimas décadas, foram iniciados, no Brasil, movimentos que pugnam pela humanização do parto e pelo resgate do protagonismo da figura da parturiente.

Conforme Tornquist (2002) o modelo de parto humanizado, idealizado no período pós-modernidade, tem como finco proporcionara a mulher parturiente à qualidade de sujeito de direitos e detentor do poder de escolha sobre seu próprio corpo. Este modelo humanístico adota práticas não-convencionais para conduzir a assistência voltada à parturiente. Faz-se necessário mencionar que tal modelo atua de modo a reduzir os riscos à saúde da parturiente e da vida que ela está gerando, e evitar possíveis complicações ocasionadas por um determinado tratamento médico.

A respeito da humanização nos cuidados com o parto, assevera Briena Padilha Andrade:

Inegavelmente, o parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, quando o cuidado despendido pelos profissionais deveria ser singular e pautado no protagonismo da mulher, tornando-o mais natural e humano possível. Distintamente de outros acontecimentos que necessitam de cuidados hospitalares, o processo de parturição é fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção, e o mais importe, humanização. (ANDRADE, 2014, p.02)

Neste sentido preceitua o Programa de Humanização do Parto proposto pelo Ministério da Saúde:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.5-6).

O paradigma da sustentabilidade se fundamenta em valores que coadunem ideais voltados a humanização do parto e, nesse seguimento, tratar o processo de parturição sob o prisma do desenvolvimento sustentável significa compreendê-lo a partir da alteridade e da reciprocidade, valores estes que traduzem-se em vínculos axiológicos que fundamentam uma perspectiva empática de modo compressivo e respeitoso para como o outro. Outrossim, tal relação se harmoniza com a promoção de um pensamento voltado a reaproximação do vínculo entre a tradição, a ciência e

instinto, bem como no egresso de posicionamentos impositivos culturais arraigados no seio social contemporâneo.

Nesse íterim, o preceito de humanização do processo de parturição, sob a ótica da sustentabilidade, visa resgatar a assistência humanizada de modo a resguardar todo o complexo de relações estabelecidas em face da parturiente, bem como proporcionar que lhe seja devolvido o poder de decisão sobre seu próprio corpo. Assim, tal posicionamento humanístico pugna em modificar positivamente o parto, de modo a garantir que tal momento seja experienciado pela parturiente, juntamente com seus familiares, e que seus reflexos não venham a interferir no equilíbrio social.

Dito isto, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, que tem vigência na Venezuela desde o ano de 2007, posteriormente ao advento desta nova forma de violência, estabelece em seu texto normativo preceitos conceituais para a caracterizar a violência obstétrica, sobre o enfoque da humanização, e de condutas que possam vir a caracterizar a perda do poder da mulher sobre seu corpo:

Entendemos a violência obstétrica como qualquer conduta, ação ou omissão, realizada pelo pessoal de saúde que direta ou indiretamente, tanto na esfera pública quanto na privada, afeta o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais. O conceito de violência obstétrica que a lei venezuelana tem é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, em um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, 2012, p.32).

Nesse contexto do uso imoderado de práticas equivocadas na condução e tratamento das mulheres em estado de pré-natal, gestacional e puerperal, pelos profissionais da saúde, notadamente se manifesta como uma demasiada afronta aos direitos e garantias fundamentais estabelecidas na lei maior do ordenamento jurídico brasileiro. Muito embora a Constituição tenha despendido por um processo de ponderação árduo e vagaroso para atingir o arcabouço de direitos e garantias por ela previstos em relação a mulher, em se tratando da violência obstétrica, observa-se que os efeitos destes dispositivos ainda não produzem uma ampla eficácia, e que esta espécie de violência continua sobretudo, violando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

No âmbito do ordenamento jurídico brasileiro, não há um instrumento normativo específico que discipline esta forma de violência, no entanto, existem dispositivos constitucionais em vigência que abordam a questão da violência de forma mais generalizada, visando proporcionar aos indivíduos a autonomia e a capacidade decisória bem como a vedação ao tratamento desumano e a tortura, sendo eu tais condutas tipificaríamos violações aos direitos e garantias fundamentais que se colocam no mais alto patamar do ordenamento jurídico pátrio.

Traçando uma relação entre a violência obstétrica, no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, determinados tratados e convenções internacionais disciplinam tal matéria de forma específica, caracterizando, conceituando, e estabelecendo parâmetros e diretrizes a serem seguidas em relação a tais direitos.

Acerca dos direitos reprodutivos Sonia Corrêa, explana:

Os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas em geral exerçam seus direitos de autonomia e tenham acesso à saúde, incluindo-se o direito aos serviços integrais e de boa qualidade, com privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito. Entretanto, na medida em que a gestação ocorre no corpo das mulheres – e tem repercussões em termos de sua saúde, realização profissional e liberdade, os direitos reprodutivos têm um significado especial em sua vida. (CORRÊA, 2006, p.49)

E concernente aos direitos sexuais, a mesma autora argumenta:

Assim como os direitos reprodutivos, os direitos sexuais devem comportar uma face pública e outra privada. Na esfera pública, implicam um arcabouço legal e uma atmosfera moral que, gradativamente, permitam superar uma longa tradição de tratar as práticas sexuais que não se conformam às normas dominantes como patologia, desvio ou crime. (CORRÊA, 2006, p.51)

O ordenamento jurídico brasileiro disciplina os direitos sexuais e reprodutivos em legislação específica, notadamente na Lei nº 9.263/1996 que dispõe acerca do planejamento familiar e prevê penalidades e estabelece determinados parâmetros de modo a proporcionar a garantia emanada por tal instrumento normativo dentro do ordenamento jurídico brasileiro.

Todavia, mesmo perante o cenário de violência preponderante no âmbito das entidades que compõe o sistema de saúde brasileiro, seja público ou privado, os instrumentos normativos que abordam tal temática de forma genérica, mostram-se inertes quanto a promoção de medidas de fato eficazes para opor a violência obstétrica.

Faz-se necessário ressaltar a violência obstétrica numa perspectiva institucional, isso porque ela exprime suas manifestações de forma habitual, e

transpassa seus efeitos tanto nas relações sociais quanto entre os indivíduos que estão inseridos neste âmbito, sendo que está vinculada a um determinado processo corriqueiro e de caráter desprezioso por parte dos profissionais que o praticam, ao passo que sua prática costumeira se encontra amortecida e intrínseca ao sistema de atenção e cuidados básicos as mulheres em estado de pré-natal, gestacional e puerperal, caracterizando assim a institucionalização desta espécie de violência.

Nessa perspectiva Laís Bianchin da Costa, explana:

A violência obstétrica, como visto, possui caráter institucional, já que, além de segregar, está naturalizada dentro de um sistema. Nessa relação, o excesso de poder, impede que exista o reconhecimento do outro, provocando, dessa forma, um tipo de dano, mas visando a algum tipo de controle social. Dessa forma, não apenas se estuda a violência a partir de uma perspectiva de exclusão social e política, mas também na ruptura do contrato social³ e dos laços sociais, rompendo os vínculos entre o eu e o outro. Na violência obstétrica, sob uma ótica de violência institucional, a agente passiva se apresenta na forma do outro, não sendo reconhecida ou considerada, pois existe um sistema que oprime e é socialmente aceito, portanto práticas que envolvam violência obstétrica direta ou indiretamente, são vistas como práticas normais e coletivas, ainda que sejam uma forma de violência (COSTA, 2016, p.3).

Com o intuito de viabilizar a promoção de um instrumento normativo que discipline tal matéria de forma específica, fixe conceitos e delimite parâmetros e sanções a serem seguidos a aplicados, consta em trâmite no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 7.633/2014, de composição proposta pelo deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ), que dispõe acerca das diretrizes e fundamentos inerentes aos direitos e garantias fundamentais das mulheres durante o período pré-natal, gestacional, pré-parto e puerperal, objetivando a extirpação da violência obstétrica.

Compatibilizando do entendimento abordado no projeto de lei supracitado, e propondo uma política de assistência humanizada a mulher, o Ministério da Saúde no projeto Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher afirma que:

Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial. Esses avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, torna-a a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre direitos reprodutivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.16).

Entende-se, nesse contexto, que o viés humanístico do processo de parturição busca sobretudo promover a consecução de práticas que proporcionem a parturiente o pleno gozo de seus direitos, e resgatar hábitos esquecidos em consequência da dinâmica temporal e das modificações socioculturais, propondo a supressão de práticas que caracterizem agressões a mulher em estado gestacional, e a promoção do contato humano, do cuidado e respeito para com a parturiente, e para tal faz-se necessário a promoção de medidas sócio jurídicas aptas a prevenção, controle e erradicação da violência obstétrica no âmbito médico, bem como a disseminação do conhecimento básico acerca de tal gênero de violência, de modo a proporcionar as mulheres a possibilidade de se opor frente aos profissionais de saúde e reivindicarem seus direitos e garantias inerentes a qualidade necessária ao atendimento e a assistência durante todas as etapas do período gestacional.

3 DIREITOS VIOLADOS PELA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1 PRÁTICAS QUE CARACTERIZAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A concepção do termo violência obstétrica na legislação brasileira é demasiado recente, entretanto, pautando-se na previsão normativa elencada em legislação estrangeira, tem-se como violência obstétrica as práticas danosas cometidas em face da mulher que se encontre no período de pré-natal, parto e puerpério.

Leticia Ávila explana acerca de tal espécie de violência:

A violência obstétrica está nas práticas que violam o direito da mulher como parturiente de ter uma gravidez, um parto e um pós-parto com segurança, dignidade, respeito e autonomia, tanto para si quanto para o seu bebê. Autonomia de parir e autonomia de nascer. Pode acontecer tanto nas consultas pré-natais, durante o acompanhamento da gravidez, quanto nos hospitais, durante o trabalho de parto, e nas enfermarias, no pós-parto. Pode ser contra mãe, contra a criança e até contra quem os acompanha. Pode ser por parte da equipe da administração do hospital, dos técnicos, dos enfermeiros e dos médicos (ÁVILA, 2017, p. 20-21).

Galgando-se por este ângulo, pode-se efetuar uma análise em relação as condutas que caracterizam tal violência, juntamente com limitada previsão estabelecida no ordenamento jurídico brasileiro. Nesse sentido, tem-se um conjunto de determinadas práticas que caracterizam a denominada violência obstétrica, práticas estas assinaladas pelo caráter altamente invasivo para com a parturiente. Insta salientar que, conforme a legislação brasileira, o projeto de lei 7.633 de 2014, elenca diversas condutas que tipificam esta espécie de violência, objetivando a fixação de um precedente normativo.

Contudo, na presente monografia faz-se necessário uma abordagem direcionada a partir da perspectiva das seguintes práticas que caracteriza a violência obstétrica: violência física, moral a sexual.

3.1.1 Procedimentos de caráter físico

Numa perspectiva de tipificação de ofensas a integridade física da parturiente, a Rede Parto do Princípio (2012) pressupõe que os atos de caráter físico são aqueles que afetam diretamente o corpo da mulher, sem ter uma determinada causa que justifique a necessidade da sua execução, assim causando-lhes sofrimento físico. Partindo deste entendimento, tem-se os seguintes procedimentos como mais comuns

no atendimento à mulher parturiente: privação de alimentos, uso de fórceps, proibição à movimentação da mulher, raspagem de pelos pubianos, episiotomia desnecessária, uso habitual de ocitocina – de modo a substituir a recomendação da utilização de analgesia, prática de indução ao trabalho de parto e da Manobra de Kristeller, etc.

Nesse sentido, tais práticas constam elencadas e tipificadas como incidentes de violência obstétrica conforme aduz o artigo 14³, XII do Projeto de Lei 7.633/14, com a finalidade de fixar uma previsão normativa acerca da assistência ao parto, e estabelecer um instrumento jurídico plausível de ser aplicado na situação fática que norteia a mulher parturiente no Brasil.

3.1.2 Procedimentos de caráter psicológico

Num outro contexto, conforme a Rede Parto do Princípio (2012) ainda assim, tem-se como violência obstétrica, toda e qualquer conduta ou ação verbal ou comportamental que ocasione na mulher parturiente sensação de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, vicissitude emocional, medo, insegurança, dissuasão, alienação, supressão da dignidade e da integridade, incluindo ainda um tratamento desumano e ríspido, discriminado e humilhante, em face da parturiente que enseja por atenção e companheirismo no decorrer de uma prática obstétrica, bem como a omissão de informação sobre a evolução de sua gestação, o estado do seu filho ou filha e, em geral, tornar-se participante das diferentes ações do profissionais.

Nesse diapasão, Leticia Ávila contribui com seguinte entendimento:

Ataques verbais, xingamentos, ameaças e a própria prática de estelionato, por induzir a mulher a fazer alguma ação, constituem violência obstétrica. Não

³ Art. 14. Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras, as seguintes condutas:
XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como: a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações; b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado; c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade; d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher; e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica; f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia); g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto; h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto; i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto; j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo; k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva; l) praticar Manobra de Kristeller; m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal; n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.

permitir que a mulher tenha contato com seu filho após o nascimento sem caso de intervenção de urgência, bem como realizar intervenções químicas sem necessidade no bebê também são manifestações da violência obstétrica. Em tantas circunstâncias e em condições tão variantes, ainda assim, a violência obstétrica consegue passar despercebida, impune e gera um verdadeiro caos no sistema público de saúde referente à ala da obstetrícia e pediatria. Um caos na sociedade. Trata-se em última instância, da prática de não enxergar a mulher como geradora da vida, mas sim como mero coadjuvante e verdadeiro acessório no primeiro processo da vida: o parto (ÁVLIDA, 2017, p. 22).

Faz mister mencionar que durante todo o acompanhamento ao pré-natal, parto e pós-parto, é corriqueiro a adoção de determinados procedimentos durante tais períodos, sem a devida informação e esclarecimento a mulher parturiente, com a finalidade de expor e cientificar a devida necessidade de realização da conduta, resultando numa falha delicada neste cenário, e desta forma, tais práticas vão de encontro com o postulado da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e ao seu direito a informação. Leticia Ávila (2017, p. 25), explica que “A imperdoável falha na comunicação ocorre quando o profissional de saúde não consegue fazer com que a mulher entenda determinados procedimentos de intervenção que se fazem necessários”

3.1.3 Procedimentos de caráter sexual

Entende-se como atos que violam a integridade sexual da mulher parturiente a maculação da intimidade e do pudor que reflitam em face a integridade sexual e reprodutiva da mulher.

Um dos procedimentos que caracterizam uma nítida violação aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, é a episiotomia, que consiste numa incisão executada na região do períneo, com a finalidade de expandir a via do parto para facilitar a saída do bebê, sendo um procedimento médico considerado essencial em determinados casos extremamente específicos.

Todavia, tal procedimento tornou-se banalizado, ao ser empregado de maneira inadequada e desnecessária, haja visto que passou a ser utilizado com o objetivo de facilitar o trabalho do profissional médico em detrimento do padecimento da mulher parturiente, sem levar em consideração as possíveis sequelas que tal prática poderá resultar na mulher, configurando uma forma de mutilação genital.

Em um relato elaborado na obra de Leticia Ávila depreende-se a noção da prática de tal procedimento:

[...] Isadora já estava chorando. Sentida muito medo, se sentia desesperada. Parecia que o mundo estava desabando em suas costas, com seu filho prestes a nascer. Reuniu todas as energias que tinha para fazer força para Francisco vir ao mundo. “Não tá vindo. Vou ter que fazer episiotomia” – A médica anunciou sem consultar a mãe. Anestesia local. Bisturi. Corte. Isadora continuou a fazer força. Na primeira contração que veio após o corte, Francisco coroou. “Amor, eleja está aqui, dá pra ver o cabelinho! Vai que na próxima ele vai nascer! Vai dar certo, vamos!” – Rafael disse para a esposa, tentando acalmá-la e incentivá-la ao mesmo tempo. Veio outra contração, mas Francisco não saiu. Isadora gritava, gritava, gritava muito. Sentia muita dor, estava muito cansada, mas não havia desistido. Sabia que precisava continuar, com tudo o que tinha. Com mais de 10 horas de parto, Isadora continuava a fazer força (ÁVILA, 2017, p. 44).

Dito isto, verifica-se que tal procedimento fere a integridade sexual da parturiente na medida em que resulta em sequelas irreparáveis no corpo da mulher, desde a dor sofrida no momento do parto, até possíveis infecções no pós-parto, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, e possíveis riscos em relação a resultado estéticos pela incisão feita na região genital.

Testemunho colhidos pelo Dossiê “Parirás com dor”, assevera que os danos provocados pelo procedimento de episiotomia, afetam a integridade sexual e psicológica das vítimas:

Além da episiotomia gigantesca tive laceração de 3º grau. Infeccionou, tomei antibiótico, passei 12 dias deitada porque não conseguia ficar em pé de tanta dor, um mês sem conseguir me sentar, **usei o travesseirinho da humilhação por 3 meses, sexo também deve ter sido uns 5 meses depois do parto.** Doeu pra caramba. Doeu e ardeu. Demorou para melhorar. **Passei anos sem coragem de olhar o estrago.** A cicatriz até hoje as vezes inflama e dói ou incomoda. Depois de 3 ou 4 anos criei coragem e olhei com um espelhinho, está horrível, a cicatriz vai altinha e fofinha até quase ao lado do ânus (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 84, grifos nosso).

Além de tudo, conforme a Rede Parto do Princípio (2012), em determinados procedimentos ainda é realizado o denominado “ponto do marido”, que consiste num mecanismo utilizado para deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino na relação sexual, o que, por sua vez, pode estimular um maior padecimento durante a relação sexual (para a mulher) e possíveis infecções.

Ante exposto, resta claro o grau de afetação para com a integridade sexual, física e psíquica da mulher parturiente que se submete a toda esta gama de procedimentos, e que, por conseguinte, acabam expostas e vulneráveis sem poder emanar o poder decisório sobre seu próprio corpo e sua sexualidade, caracterizando uma imensurável violação de direitos fundamentais a toda e qualquer mulher neste momento tão primordial que é o parto.

3.2 A PARTURIENTE ENQUANTO SUJEITO DE DIREITOS

Desde o momento da concepção de uma nova vida, a mulher adentra num cosmo completamente diferente, na qual vê-se repleta de novos sentimentos até então desconhecidos. Esta gama de novos sentimentos que se manifestam na mulher em estado gestacional, vinculados a uma série de transformações físicas, tornam esta figura um ser vulnerável, que, a partir deste momento necessita de determinados cuidados específicos, passando pela concepção, o período gestacional, o parto e o pós-parto, denominado puerpério.

Durante este período de cuidado essencial para o bem-estar da parturiente, pode ocorrer diversas condutas que podem vir a caracterizar a violência obstétrica. Desta forma, os direitos violados pela prática de condutas típicas da violência obstétrica ferem não somente a gama de direitos tutelados em face da parturiente, mas também, toda a coletividade de modo geral.

Em face disto, e em relação aos direitos fundamentais de todo indivíduo enquanto ser humano, tem-se a violência obstétrica como um instrumento que fere diretamente a dignidade da pessoa humana, à medida que, a mulher parturiente enquanto ser humano, faz-se merecedora de respeito para com a situação em que ela se encontra, tanto por parte do estado, quanto por parte dos indivíduos ao seu redor, sobretudo no âmbito médico.

Nesse sentido, corrobora Letícia Ávila:

É necessário obter o reconhecimento dos próprios direitos, lutar pelo modelo ideal de parto, respeitoso e digno, independente de instituição ou profissional. A ação precisa ser preventiva – baseada no trabalho de informação e desconstrução de preconceitos para evitar qualquer ato violento que prejudique a integridade física e mental, tanto da mãe quanto do bebê (ÁVILA, 2017, p. 111).

Nesse diapasão, a dignidade da pessoa humana mostra-se como um valor intrínseco ao ser humano, envolvendo um complexo de direitos fundamentais que garantam a todos os indivíduos condições mínimas existenciais propícias a consecução de uma vida saudável em um ambiente equilibrado, bem como, promover na coletividade a vida em comunhão entre os seres humanos.

Acerca da dignidade da pessoa humana, corrobora Alexandre de Moraes:

[...] dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos (MORAES, 2016, p. 35).

Diante da conjuntura história social torna-se afamado o fenômeno da violência em face a figura da mulher em todos as suas formas de manifestação, de modo que, tal temática durante o decorrer da historicidade da mulher sofreu incessantemente banalizada. Em termos de direitos fundamentais em relação a mulher, as questões de gênero têm sem mostrado um ponto preponderante e intrinsecamente vinculado a prática da violência contra a mulher.

3.2.1 Direitos e garantias fundamentais da parturiente

A mulher em período gestacional, encontra-se sob uma situação física e psicológica de extrema vulnerabilidade, e desta forma o estado em tese, deveria proporcionar a esta as melhores condições possíveis no decorrer deste período gestacional, a fim de que esta mulher parturiente não se submeta a ocasiões que configurem a violência obstétrica e que venha a tem como consequência a afetação do período gestacional, parto e pós-parto.

Dito isto, em face a vulnerabilidade da parturiente, Larissa Nazário e Fátima Hammarstron explanam:

Inúmeras vezes neste momento a parturiente está vulnerável, e quanto mais passiva a parturiente, mais fácil é a prática médica ou da equipe que lhe acompanha. Além disso, facilmente pode ser convencida a aceitar algum procedimento com a justificativa de que sua a vida ou a do filho está em risco, sem ter certeza de que realmente é imprescindível. Na maioria dos casos a parturiente não identifica que está sendo vítima de violência obstétrica. A hora do parto a deixa em situação vulnerável emocional e fisicamente uma vez que vai atender a todos os comandos a ela dirigidos. Assim, torna-se difícil para a parturiente identificar que no momento do parto poderá ser vítima de violência obstétrica, nesse momento a única preocupação é com o filho, o ato violento pode ser visível logo após o parto ou um tempo depois e acompanhará a mulher pelo resto de sua vida (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2014. p. 10).

No que concerne ao direito a saúde elencado no texto constitucional nos artigos 196 a 200, enquanto premissa intrínseca a todas as mulheres indistintamente, a violência obstétrica mostra-se como um instrumento altamente violador para com este

pressuposto natural, assim, as parturientes que amargam a vivência de situações que configura a violência obstétrica, passam por condutas danosas que vão de desrespeitos e abusos, até a prática de atos desumanos em relação ao parto, ocasionando conseqüentemente, transtornos físicos e psicológicos na parturiente e na sua família.

Em face disto, André da Silva Ordacgy coaduna com o seguinte entendimento:

A saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, sendo digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais. Em outras palavras, a saúde é direito social fundamental, a ser exercida pelo Estado, mediante a implementação de políticas públicas e sociais que propiciem à população o seu gozo efetivo (ORDACGY, 2008, p. 28).

Ante exposto, entende-se que o uso descometido de práticas errôneas no tratamento das parturientes durante o período gestacional, e posteriormente no parto e pós-parto, se mostram como um demasiado atentado a toda a nuance dos preceitos constitucionais em face a figura da mulher parturiente.

Acerca disto, ao passo que a violência obstétrica se mostra como um fenômeno crescente no cenário da obstetrícia brasileira, atuou também de modo a revelar que os instrumentos normativos constitucionais que visam sobretudo garantir a gama de direitos fundamentais, não estão promovendo o efeito almejado. Chega-se a tal conclusão partindo da percepção de que as condutas praticadas na seara médica em face da mulher parturiente, desacatam a Carta Magna em uma das suas garantias mais primordiais e solenes, a garantia à vida e à saúde.

Ainda nesse sentido de proteção, extrai-se do inciso III do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil a previsão normativa quanto ao direito a integridade física, psíquica e moral, direito este também estabelecido na Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

Rodrigo Cesar Rabello Pinho explana em relação ao direito a integridade no seguinte prisma:

A pessoa humana deve ser protegida em seus múltiplos aspectos: vida, integridade física, honra e liberdade individual. Não basta garantir um simples direito à vida, mas assegurá-lo com o máximo de dignidade e qualidade na existência do ser humano. A integridade física deve ser entendida como o absoluto respeito à integridade corporal e psíquica de todo e qualquer ser humano. Em diversos dispositivos do art. 5º a Constituição reflete essa

preocupação. Estabelece o inciso III que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. O inciso XLIX dispõe que “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”. Não é demais ressaltar que todos os seres humanos merecem ser tratados com dignidade e respeito, inclusive os que atentaram contra as próprias leis. [...] a vida não deve ser protegida somente em seus aspectos materiais. Existem atributos morais a serem preservados e respeitados por todos (PINHO, 2011, p. 111).

Embora não exista um instrumento normativo que discipline tal modalidade de violência, bem como os direitos das mulheres frente a este fenômeno, tem-se a Lei Federal nº 11.108 de 7 de abril de 2005, que aborda em seu texto normativo os direitos da parturiente, realçando precipuamente, no que se refere ao acompanhamento da gestante, em seu art. 19-J⁴, e parágrafos.

Insta salientar que o instrumento normativo que possibilita a parturiente ter um acompanhante de sua escolha no período do parto e pós-parto, não estabelece nenhum tipo de sanção em face do descumprimento deste preceito, e desta forma, resta incumbido a mulher parturiente buscar o acesso à justiça, e recorrer ao Judiciário no caso de descumprimento desta normatização, com a finalidade de que seu cumprimento se efetive, proporcionando o bem-estar da parturiente neste momento tão marcante que é a gestação.

Assim, o direito a um acompanhamento durante o parto e pós-parto estabelecido na Lei 11.108/05, caracteriza-se num patamar de direito fundamental da parturiente em face a sua liberdade de escolha, liberdade esta prevista no texto constitucional, de modo que seu desrespeito vai de encontro não somente a legislação infraconstitucional, mas também aos preceitos normativos constitucionais concernentes as garantias fundamentais da mulher.

3.2.2 Do Direito ao parto humanizado

Caracterizando uma demasiada afronta aos Direitos fundamentais das mulheres, restou clara a possibilidade de judicialização dos casos desta espécie de violência, podendo o Poder Judiciário intervir e apontar uma eventual reparação, em

⁴ 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).

face das práticas características do instituto da violência obstétrica, ocasionando assim, uma mudança de paradigma neste cenário.

Contudo, enquanto não existir um instrumento normativo devidamente formulado estabelecendo toda uma política normativa voltada a disciplina do instituto da violência obstétrica, bem como a promoção da humanização no parto, não será obtida uma eficácia em relação a concretização dos direitos fundamentais que sofre com esta espécie de violência habitualmente.

Letícia Ávila explana a respeito da humanização no parto;

O conceito de humanização no parto é bastante abrangente. Envolve desde o atendimento hospitalar no momento em que a gestante chega à maternidade, antes até mesmo da ruptura da bolsa, passando por todo o trabalho de parto, pelo processo em sua fase “expulsiva”, e aportando, finalmente, nos cuidados com o bebê e nas próprias intervenções que devem ou não serem realizadas. Na perspectiva das defensoras desta linha, pensar em tudo isso significa pensar em um parto mais respeitoso, digno e saudável (ÁVILA, 2017, p. 72).

Tendo e vista a promoção de medidas promovam a humanização do parto bem como a redução da mortalidade neonatal, o Brasil tem investido em um programa para a possibilitar a melhoria da assistência a mulher em estado gestacional e puerperal.

Desta forma, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, materializado pela portaria de nº 569 de 2000.

Compatibilizando o entendimento abordado na portaria supracitada, e propondo uma política de assistência humanizada a mulher, o Ministério da Saúde expõe que:

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 05-06).

Ainda com a finalidade de promoção da humanização do parto, mais recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a intitulada Rede Cegonha, disciplinada pela portaria de nº 1.459/11, que em seu art. 1º explana acerca da conceituação deste instrumento, senão vejamos:

[...] consiste numa rede de cuidados que visa 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, denominada Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Consoante elucida o Caderno Humaniza SUS (2015) o Estado tem emanado políticas públicas de modo a implementar a disseminação de informação para as mulheres em relação ao parto humanizado e os demais procedimentos incentivados tanto pelo Ministério da Saúde, quanto pela OMS para promoção de uma condição que proporcione um parto saudável. No ano de 2015, o Ministério da Saúde implementou o Guia dos Direitos da Gestante e do bebê, na qual pauta em seu texto dados voltados a elencar os direitos essenciais a mulher em estado gestacional, desde o período pré-natal, até um parto humanizado e a assistência a mulher em estado puerperal e ao recém-nascido.

Desta forma, as políticas públicas emanadas pelo Ministério da Saúde, busca estabelecer na prática um atendimento singularizado em face da mulher em estado gestacional e puerperal, partindo desde o início da gestação com a concepção, até momento do parto, proporcionando a parturiente uma atenção empregada por profissionais especializados e devidamente capacitados para promoção do melhor atendimento possível, transmitindo a mulher mais confiança em relação ao seu tratamento.

3.2.3 Dos Direitos sexuais e reprodutivos

Antes mesmo de serem intitulados Direitos Sexuais e Reprodutivos, tais institutos já compunham a seara dos Direitos Humanos elencados em diversos instrumentos normativos nacionais e internacionais. Desta forma, os Direitos Humanos enquanto direitos fundamentais, atribuem aos direitos sexuais e reprodutivos esta mesma característica de essencialidade para com o ser humano, tornando-os direitos primordiais a serem tutelados pelo ordenamento jurídico, haja

visto que, a supressão ou violação de tais direitos em face da sociedade, ocasionará a privação da sociedade em relação a participação e o gozo de sua própria vida.

Nessa perspectiva Miriam Ventura elucida:

O primeiro e mais importante aspecto da definição dos Direitos Reprodutivos é que são direitos humanos. Os direitos humanos correspondem àqueles direitos que devem ser garantidos a todos os seres humanos, independentemente de sexo, raça, origem ou qualquer outra condição. [...] neste sentido, a concepção de direitos humanos gera novas categorias de direitos legais e de políticas públicas, que vão sendo formalizadas por intermédio do acordo e do consenso da comunidade política. [...]o reconhecimento da natureza dos Direitos Reprodutivos como direitos humanos é fundamental para a reconstrução dos direitos e obrigações, que envolvem o exercício das funções reprodutivas e da sexualidade (VENTURA, 2009, p. 35).

Durante toda a perseguição histórica no que concerne a luta por direitos, as mulheres sempre vivenciaram grandes impasses para consecução de seus objetivos, de obterem acesso ao poder, e de usufruir da possibilidade de ter a devida atenção diante das suas reivindicações. Assim, perante o contexto histórico que norteia o estudo acerca os direitos sexuais e reprodutivos, percebe-se que a conquista desses direitos somente foi possível quando a figura da mulher passou a assumir um determinado poder frente ao complexo social, apesar que este processo foi gradativo e penoso.

Contudo, após a consecução de uma gama de poderes pela classe feminina, tornou-se possível que a figura da mulher se desvinculasse de determinados padrões estabelecidos e impostos pelo complexo social patriarcal, ocasionando assim o surgimento de concepções, valores e direitos que antes não existiam para a figura da mulher.

Maria Betânia Ávila coaduna com este entendimento da seguinte maneira:

Compreendo que o processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeito construtores de direitos, e nesse caso construtoras de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução (ÁVILA, 2003, p. 03).

Dito isto, conforme Ventura (2009) os Direitos Reprodutivos consubstanciam-se como um conjunto de princípios e normas de Direitos Humanos voltados a garantir

o exercício singular de cada mulher, de forma livre e responsável de sua sexualidade. Configura-se, portanto, como um direito subjetivo que todo indivíduo possui, de modo a lhe possibilitar emanar um poder decisório em face a sua autonomia e autodeterminação reprodutiva e sexual, podendo decidir sobre o número de filhos que deseja e o intervalo entre cada gestação por exemplo, sem amargar com os estereótipos e imposições sociais por algum tipo de violência ou restrição de qualquer natureza.

Em face ao Direito a autonomia reprodutiva e sexual, Carmen Campos e Guacira Cesar de Oliveira pontuam:

O direito à autonomia reprodutiva ou auto-determinação reprodutiva implica o direito de estar livre de todas as formas de violência e coerção que afetam a vida sexual e reprodutiva das mulheres. A violência contra a mulher é uma violência baseada no gênero que frequentemente resulta em agravo sexual que afeta especificamente a capacidade sexual e reprodutiva das mulheres. Por isso, os direitos sexuais e reprodutivos reconhecem explicitamente o direito das mulheres realizarem suas próprias escolhas reprodutivas (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009, p. 51).

Nessa lógica, referente a concepção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994, p. 17) pontua:

Os direitos reprodutivos abarcam um certo conjunto de direitos humanos reconhecidos pelas leis nacionais, tratados internacionais e documentos internacionais de direitos humanos. Esses direitos repousam no reconhecimento básico de todos os casais e pessoas de decidir livre e responsabilmente o número, o espaçamento e o momento de ter filhos e de obter a informação e os meios para realizá-lo, bem como o direito de atingir o mais alto padrão de saúde reprodutiva. Isto inclui o direito de tomar todas as decisões relativas à reprodução livre de discriminação, coerção e violência, expressos nos documentos de direitos humanos.

Nesse sentido, os Direitos Sexuais e Reprodutivos, buscam resguardar toda uma gama de outros direitos que traduzem-se nas liberdades e nos direitos individuais, voltados a proteção e garantia da autonomia em face das funções reprodutivas. Desta forma, tem-se uma sub-dimensão de direitos sociais abarcada pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos, tais como aqueles inerentes a saúde, educação e segurança, voltados sobretudo, a tornar viável a livre prática das funções sexuais e reprodutivas.

Miriam Ventura explica:

Neste sentido, a atual concepção dos Direitos Reprodutivos não se limita à simples proteção da procriação humana, como preservação da espécie, mas

envolve a realização conjunta dos direitos individuais e sociais referidos, por meio de leis e políticas públicas que estabeleçam a equidade nas relações pessoais e sociais neste âmbito (VENTURA, 2009, p. 20).

Faz-se mister mencionar que, a conceituação do instituto dos Direitos Reprodutivos resta caracterizada e legitimada em instrumentos normativos, apesar das contradições existentes, ao passo que, o conceito de Direitos Sexuais ainda não possui uma fixação conceitual na normativa jurídica no âmbito nacional, e desta forma, são reconhecidos como um encadeamento dos Direitos Reprodutivos, tanto nos instrumentos normativos quanto nas políticas públicas que versam sobre a temática.

Miriam Ventura pondera acerca da previsão e estabelecimento conceitual dos institutos dos Direitos Reprodutivos e Sexuais:

A crítica a esta abordagem conjunta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos é que ela restringe fortemente a formulação dos direitos sexuais no âmbito das ações de saúde reprodutiva e de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Apesar da importância e dos avanços das leis e políticas públicas neste sentido, o fato é que há um atraso na discussão e dificuldades para a formulação positiva, autônoma e mais ampla dos direitos sexuais; por exemplo, que definam os direitos sexuais de adolescentes, de pessoas com orientação homossexual, transexuais, travestis, trabalhadoras e trabalhadores sexuais, e outros segmentos (VENTURA, 2009, p. 21).

Nesse diapasão, observa-se que os atuais instrumentos jurídico-normativos que atuam em face dos Direitos Reprodutivos, tratam de tal temática de forma generalista, suprimindo a necessária previsão específica no que concerne aos Direitos Sexuais, haja vista que tal instituto ainda não dispunha de tratamento legal, sendo que para o efetivo exercício destes direitos, a sociedade, e sobretudo a figura da mulher, demandam de políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva.

Complementa Carmen Campos e Guacira Cesar de Oliveira em relação aos Direitos Sexuais:

O livre exercício da sexualidade é uma dimensão da vida humana tão importante quanto a reprodução. Reconhecer a autonomia sexual da mulher é garantir que seu exercício seja livre e, portanto, desvinculado da reprodução. Por isso, as políticas públicas dirigidas às mulheres devem preocupar-se com essa dupla dimensão da cidadania (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009, p. 52).

Assim, implementar uma normativa voltada a proteção e garantia dos Direitos Sexuais, significa proporcionar ao seio social, maiormente a figura da mulher, toda

uma gama pressupostos individuais e coletivos que fazem-se necessários para o pleno exercício da sexualidade em todos os seus aspectos.

Conforme Ventura (2009), dentre os fatores que impossibilitam a legitimação dos direitos sexuais de maneira autônoma, tem-se a supressão em torno do tratamento do instituto dos Direitos Sexuais, bem como a taciturnidade na manifestação de pensamento em torno das questões sexuais, acaba postergando tal temática ao âmbito privado, e as máculas que infamam determinados grupos ocasionam o surgimento de estereótipos que acabam influenciando em relação as normas que devem ou não moldar a figura feminina e masculina, causando inúmeras consequências para o balizamento de políticas públicas voltadas ao exercício da sexualidade.

Destarte, em face da discussão acerca dos Direitos Sexuais e Reprodutivos ter se manifestado particularmente na seara da saúde, faz com que tais conceitos sejam olvidados pelo campo jurídico, não sendo dada a devida atenção para promoção de políticas públicas que disseminem e garantam tais institutos em todos os seus aspectos no complexo social. Entretanto, a básica legitimação normativa existente, é tida como um enorme ganho em termo de conquista de direitos, pois atua na esfera social como um fundamento da autonomia e liberdade sexual e reprodutiva.

4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAUSA JURÍDICA

Conforme explanado anteriormente, o modelo de parturição predominantemente estabelecido no Brasil não possibilita que a mulher seja protagonista do seu próprio parto, partindo-se de premissas fixadas pelo contexto histórico que institucionalizou a parturição, enraizando neste cenário a perspectiva da figura parturiente como mero objeto de estudo da ciência obstétrica, deixando de lado os aspectos axiológicos e gerando a usurpação de seus direitos básicos e essenciais.

Partindo desta premissa, o Ministério da Saúde retrata que a forma de assistência obstétrica adotada pelo Brasil caracteriza-se por tratar o nascimento como um entrave na seara médica, atribuindo o parto a característica de um processo patológico. Nesse contexto, a mulher é considerada incapaz de entender os aspectos médicos e científicos que fundamentam as decisões dos profissionais da saúde, e o seu corpo é encarado como instrumento complexo que só pode ser compreendido por meio dos métodos científicos que divide o todo em partes isoladas.

Nesse sentido, dispõe o Ministério da Saúde:

A gravidez não deve ser tratada como doença e sim como expressão de saúde, e o nascimento como processo fisiológico e natural. Intervenções desnecessárias, sem embasamento científico, devem ser evitadas, já que existe um grande corpo de evidências demonstrando que a facilitação do processo natural do nascimento, permitindo que ocorra de acordo com suas características normais, pode originar melhores resultados maternos e perinatais. A filosofia do “pior caso” deve ser evitada, pois apenas em raras ocasiões podem surgir complicações que justifiquem a adoção de intervenções. A menos que haja desvios da normalidade, constatado por meio dos controles maternos e fetais periódicos, com avaliação contínua de risco, não se justifica qualquer tipo de intervenção nesse processo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 31)

Embora o termo “violência obstétrica” possua uma concepção moderna no nosso sistema jurídico, sua prática consta entranhada no cenário da parturição a muito tempo. Em face da sua constante prática e do incrível histórico de lutas lideradas pelas mulheres em busca de seus direitos, esse tipo de agressão obstétrica vem ganhando, aos poucos, o seu devido reconhecimento social, ocupando espaço maior nas discussões acerca dos direitos da parturiente.

Assim, considerando a progressividade dessa modalidade de agressão e a desmedida afronta aos direitos inerentes a mulher, resta clara a necessidade de inserir esta discussão também no patamar jurídico, viabilizando a possibilidade de tipificação

legal das situações que envolvem a violência no âmbito obstétrico, podendo o poder judiciário intervir e apontar eventual reparação.

Ao direito é indispensável a adequação social para atender às necessidades da coletividade, e por isso a ciência jurídica deve estar em constante mudança diante da mobilidade social. Se o direito permanece estagnado, ele deixará de promover a segurança, a ordem e a justiça que se pretende.

Nesta perspectiva, aduz Paulo Nader:

Para o homem e para a sociedade, o Direito não constitui um fim, apenas um meio para tornar possível a convivência e o progresso social. Apesar de possuir um substrato axiológico permanente, que reflete a estabilidade da natureza humana, o Direito é um engenho à mercê da sociedade e deve ter sua direção de acordo com os rumos sociais. (NADER, 2010, p.19)

Nessa senda, insta ressaltar os ensinamentos de Miguel Reale em face da sua teoria tridimensional do direito, a qual preceitua que a ciência jurídica deve ser entendida sob três aspectos indissociáveis: aspecto normativo, fático e axiológico. Para o jurista e filósofo, o direito deve refletir os anseios sociais, conforme o mesmo explana:

Onde quer que haja um fenômeno jurídico, há, sempre e necessariamente, um *fato* subjacente (fato econômico, geográfico, demográfico, de ordem técnica etc.); um *valor*, que confere determinada significação a esse fato, inclinando ou determinando a ação dos homens no sentido de atingir ou preservar certa finalidade ou objetivo; e, finalmente, uma *norma*, que representa a relação de medida que integra um daqueles elementos ao outro, o fato ao valor; tais elementos ou fatores (fato, valor e norma) não existem separado um dos outros, mas coexistem numa unidade concreta; mais ainda, esses elementos ou fatores não só existem reciprocamente, mas atuam como elos de um processo (já vimos que o Direito é uma realidade histórico-cultural) de tal modo que a vida do Direito resulta da integração dinâmica e dialética dos três elementos que a integram. (REALE, 2012, p. 65)

Partindo da compreensão de que a violência obstétrica reflete uma problemática social de grande amplificação, temos então um fenômeno jurídico plausível de tratamento legal, fazendo-se necessária a intervenção do Estado para regulamentar as ocorrências de tal agressão através do seu poder normativo e da sua função coercitiva.

Denota-se pertinente, por tanto, compreender de que maneira as mulheres em estado gravídico-puerperal podem agir para garantir que o seu processo de parturição seja conduzido de modo que sejam respeitados os seus direitos sexuais e reprodutivos bem como os seus corpos e suas crenças.

Dentre a pouca disciplina legal estabelecida no Brasil, há várias instruções e regulamentos emitidos pelo Ministério da saúde, que estimulam a aderência de um modelo de parturição humanizado, e que condenam as práticas invasivas utilizadas nos procedimentos obstétricos, porém, o reconhecimento e a tipificação desta espécie de violência ainda são precários no arcabouço jurídico brasileiro.

Não há no ordenamento jurídico pátrio um instrumento normativo específico que regule esta problemática, identificando-se, por tanto, uma omissão em face ao legislativo, de modo que, os atuais instrumentos normativos não demonstram eficácia satisfatória para proteger e prevenir as práticas que ocasionem a violência no campo obstétrico, bem como para garantir suas imunidades fundamentais, sexuais e reprodutivas da mulher.

De acordo com outras ponderações abordadas no decorrer da presente monografia, a prática da violência no âmbito obstétrico, tipifica-se como um abuso físico, moral e sexual para com as vítimas. Embora não haja um instrumento normativo específico que venha a tipificar as condutas que caracterizam essa modalidade de violência, o ordenamento jurídico brasileiro protege tais bens jurídicos (integridade física, moral e sexual) por meio de outros instrumentos legais esparsos.

No âmbito jurídico, ao investigar julgados relacionados ao tema, constataram-se poucas demandas envolvendo o termo “violência obstétrica”, embora se trate de uma agressão cada vez mais rotineira. Tal fato pode ser explicado por vários fatores, entre eles está à dificuldade da parturiente reconhecer e identificar a situação de violência vivenciada de imediato, em virtude da vulnerabilidade em que se encontra no período gestacional, e do pouco conhecimento acerca da problemática.

Outro fator justificável é a adoção de procedimentos médicos sem que se preste a devida informação ou esclarecimento com o intuito de cientificar tais procedimentos e torna-los inquestionáveis. No entanto, as dificuldades apontadas não podem constituir-se em obstáculos para que as vítimas procurem responsabilizar os agressores e garantir seus direitos.

Ao analisar os julgados que dispõem sobre o enquadramento de sanções para as práticas que configuram violência obstétrica notou-se predominância, nos julgados brasileiros, do enquadramento de sanções com base no código civil e no código de ética médica, no entanto, o estudo mostrou também ser possível o enquadramento sancionatório pela codificação penal vigente.

Faz-se mister mencionar que o projeto de lei nº 7.633/14, que versa sobre o parto humanizado e a violência obstétrica, prevê em seu art.17, §1º 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. ”

Dito isto, analisaremos a seguir o tratamento legal e os instrumentos jurídicos disponíveis para coibir essa modalidade de agressão contra as parturientes.

4.1 O TRATAMENTO JURÍDICO NO ÂMBITO PENAL

Recordando a fase conceitual, tem-se a violência obstétrica como toda ação ou omissão dos profissionais da saúde, direcionada as mulheres que se encontram em estado gravídico-puerperal, que atinge seu corpo e seu processo reprodutivo de forma negativa, expressando-se em um tratamento desumano e humilhante.

Diante das situações de violência abordadas, concluímos que esse tipo de agressão pode causar sérios danos físicos, morais e sexuais às vítimas. A depender do caso e da sua gravidade, a violência obstétrica pode ser enquadrada em alguns tipos penais já previstos no nosso ordenamento jurídico, quais sejam: maus-tratos, ameaça, injúria, lesão corporal e, em casos mais extremos, como homicídio.

Cabe ressaltar que a responsabilidade penal deriva de um ato ilícito, seja na modalidade comissiva ou omissiva. Não haverá, nesses casos, sanções de natureza compensatória, mas sim a utilização de uma determinada sanção consubstanciada numa pena individual e intransferível ao transgressor, que pode ser privativa de liberdade, restritiva de direitos e até mesmo pecuniária. Esse tipo de responsabilidade se propõe a estabelecer a ordem social e também promover a punição adequada.

Vejamos agora os tipos penais que podem ser utilizados em situações que evidenciam a violência obstétrica:

4.1.1 Tipificação como lesão corporal

As agressões físicas são originadas por procedimentos médicos invasivos que afetam diretamente o corpo da mulher, sem ter uma determinada causa que justifique a necessidade da sua execução, causando-lhes assim sofrimento físico. Trata-se, portanto, de toda forma de agressão ou abuso que afete a integridade física da parturiente.

Dentre dos procedimentos médicos que causam danos físicos e que, comumente, ocasionam lesões corporais está o uso de fórceps, raspagem de pelos pubianos, episiotomia desnecessária, enema, uso habitual de ocitocina – de modo a substituir a recomendação da utilização de analgesia, prática de indução ao trabalho de parto e da Manobra de Kristeller, dentre outras.

Explica Rogério Sanches:

O crime de lesão corporal é definido como ofensa à integridade corporal ou saúde, isto é, como todo e qualquer dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental. (SANCHES, 2016, p.109)

O art. 129⁵ do código penal estabelece o tipo penal da lesão corporal, e prevê ainda a lesão corporal de natureza grave em seu parágrafo primeiro, trazendo lesões qualificadas pelo resultado da conduta, dentre elas está a lesão que resulta na aceleração do parto (inciso IV), que constitui, inclusive, a pretensão e resultado alcançado com a adoção de vários procedimentos médicos invasivos. Mais adiante, o tipo penal prevê ainda, em seu parágrafo segundo, a lesão corporal de natureza gravíssima que são lesões irreparáveis ou de maior permanência, dentre elas está o aborto, previsto no inciso V.

Conforme entendimento de Rogério Sanches “a qualificadora da aceleração do parto se configura quando, em decorrência da lesão, o feto é expulso, com vida, antes do tempo normal (premature). Se o feto é expulso sem vida, ou mesmo se com vida vem a morrer em razão dos ferimentos, a lesão será de natureza gravíssima (§ 2º, V).” (2014, p.128). Cabe ressaltar que neste último caso a lesão é punida a título de dolo e o abortamento é punido a título de culpa, não se confundindo, por tanto, com o aborto previsto no art. 127 do CP.

Atente-se que o código penal não tipifica a conduta dos profissionais da saúde na assistência obstétrica de forma específica, mas como foi demonstrado, algumas práticas se emolduram neste tipo criminal.

⁵ Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano. Lesão corporal de natureza grave § 1º Se resulta: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; II - perigo de vida; III - debilidade permanente de membro, sentido ou função; IV - aceleração de parto: Pena - reclusão, de um a cinco anos. § 2º Se resulta: I - Incapacidade permanente para o trabalho; II - enfermidade incurável; III - perda ou inutilização do membro, sentido ou função; IV - deformidade permanente; V - aborto: Pena - reclusão, de dois a oito anos. Lesão corporal seguida de morte § 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo: Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

4.1.2 Tipificação como maus-tratos

O crime de maus-tratos, lamentavelmente, é comumente praticado nos ambientes hospitalares e em especial no campo obstétrico. Há várias situações que evidenciam maus-tratos para com as parturientes, como impedir que a gestante tenha acesso a água e comida por um longo período, mesmo após o parto; ignorar as reclamações e pedidos feitos pela gestante referente aos cuidados básicos essenciais; recusar ou adiar o atendimento, desconsiderado a situação de urgência da mulher, etc.

O crime em questão está previsto no art. 136 do código penal e consiste em “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”. A pena prevista para este delito é a pena de detenção de dois meses a um ano, ou multa.

Em relação a privação de alimentos e a privação de cuidados necessários, explica Rogério Sanches:

A privação de alimentos ou de cuidados indispensáveis: trata-se de conduta omissiva, em que o agente se abstém de praticar atos de cuidado em relação a seu subordinado. Na primeira hipótese, a privação pode ser absoluta ou relativa, bastando, para a consumação, a continência parcial, que gera perigo à vítima. Já na segunda, deve-se interpretar como privação de cuidados necessários ao regular desenvolvimento de quem está sendo educado, tratado ou custodiado. (SANCHES, 2016, p. 163)

Ressalte-se que se trata de um crime próprio, que só pode ser praticado por aquele que detenha autoridade, vigilância ou guarda no tocante à vítima. O sujeito passivo deste tipo é aquele que está sob a guarda, autoridade ou vigilância do sujeito ativo. Assim, vê-se que o dispositivo se amolda perfeitamente aos casos de violência obstétrica, já que a vítima fica sob a guarda e cuidados dos médicos e demais profissionais da saúde que atuam na área, ficando a depender de seus cuidados.

4.1.3 Tipificação como ameaça

A ameaça também constitui crime que pode ser praticado pelo profissional da saúde no exercício da medicina obstétrica e se apresenta como prática rotineira. A

ameaça tem o intuito de provocar medo e intimidação nas parturientes sob a alegação de lhes causar mal grave e injusto. Tal delito pode ser identificado quando, por exemplo, o profissional da saúde ameaça deixar a gestante parir sozinha, sem cuidado algum, caso ela não pare de gritar; ou até mesmo ameaçar a parturiente ou seu filho de morte.

O delito em comento, está tipificado no art. 147 do código penal brasileiro e consiste em “ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de lhe causar-lhe mal injusto e grave.” A pena prevista é a de detenção de um a seis meses, ou multa.

Segundo César Roberto Bitencourt:

A ameaça de um mal injusto e grave perturba a tranquilidade e a paz interior do ofendido, que é corroída pelo medo, causando-lhe insegurança e desequilíbrio psíquico e emocional. O que se viola ou restringe, no crime de ameaça, não é propriamente uma vontade determinada, mas a liberdade de elaborar seus pensamentos, suas elucubrações, suas vontades e podê-las concretizar destemidamente. (BITENCOURT, 2017, p. 442)

Na situação de vulnerabilidade em que as parturientes se encontram durante o trabalho de parto, as ameaças habitualmente feitas pelos profissionais da saúde têm efeitos ainda mais amplos, causando sofrimento e insegurança de forma demasiada para as vítimas.

4.1.4 Tipificação como homicídio

Em casos mais extremos, o descuido e o uso desmedido de intervenções médicas ofensivas e desnecessárias para com as parturientes podem ocasionar lesões irreparáveis e até mesmo eliminar a vida humana, bem jurídico este que constitui a tutela primordial e fundamental em relação a todo e qualquer indivíduo que esteja inserido no seio social.

O homicídio doloso simples está previsto no art. 121 do código penal, de modo que a conduta típica consiste em matar alguém. Nesse caso, o dolo pode ser direto, que ocorre quando o agente deseja aquele resultado ou eventual, que se dá quando o agente não deseja aquele resultado, mas admite o perigo de produzi-lo. A pena prevista para esse crime é de seis a vinte anos.

Há também a modalidade culposa, prevista no art. 121, §3º do código penal. Neste sentido Rogério Sanches explana:

Ocorre o homicídio culposo quando o agente, com manifesta imprudência, negligência ou imperícia, deixa de empregar a atenção ou diligência de que era capaz, provocando, com sua conduta, o resultado lesivo (morte), previsto (culpa consciente) ou previsível (culpa inconsciente), porém jamais aceito ou querido. (SANCHES, 2016, p. 74)

Ainda em relação a essa modalidade de homicídio, faz-se importante mencionar em relação a majorante do homicídio culposo prevista no art. 121, §4º, do nosso código criminal que prevê o aumento de pena no importe de 1/3 se o delito resultar do descumprimento de regra técnica da profissão, arte ou ofício, ou se o sujeito deixar de fornecer socorro imediato à vítima, não buscar reduzir os efeitos de seus atos, ou evade-se para escapar da prisão em flagrante.

A depender do caso concreto, entende-se possível a ocorrência tanto do homicídio doloso, caracterizado principalmente pelo dolo eventual, quanto do homicídio culposo.

Como mencionado em momentos pretéritos, durante este estudo buscou-se por julgados relacionados ao tema, não sendo encontrado nenhum julgado criminal brasileiro envolvendo o termo “violência obstétrica”, mas apenas envolvendo outros termos associado a esse tipo de violência, como o termo episiotomia.

Para melhor visualizar o enquadramento de sanções penais às condutas que caracterizam a violência no campo obstétrico, vejamos o seguinte julgado:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO). PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013)

A presente apelação criminal interposta perante a segunda câmara criminal do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, mostra claramente o perigo do parto com episiotomia quando feito sem a devida necessidade. O procedimento médico da

episiotomia já foi abordado anteriormente como prática obstétrica violenta, e constitui uma das práticas mais graves e invasivas durante o período do parto da mulher.

4.1.5 Tipificação como injúria

Mostra-se comum também no meio obstétrico as ofensas direcionadas as parturientes, e ocasionam uma lesão a honra e a dignidade destas mulheres. A injúria pode caracteriza-se quando os profissionais da saúde se utilizam de palavras ou gestos ofensivos com o fim de atingir autoestima da gestante, como a pronuncia de comentários constrangedores e xingamentos, em relação a sua cor, religião, escolaridade, etnia, situação conjugal, condição econômica, etc.

É visível também prática da injúria quando os profissionais ironizam e ridicularizam as mulheres em razão de suas características físicas como obesidade, emaciação, estrias, celulites e pêlos.

O Código Penal Brasileiro tipifica tal conduta em seu art. 140⁶. Note-se que, o tipo penal ainda prevê uma qualificadora do crime em seu parágrafo terceiro, que trata da injúria preconceituosa, caso em que constitui a forma mais grave deste tipo de delito contra a honra, pois fere singularmente a dignidade humana da vítima. A prática da injúria preconceituosa, infelizmente, se faz presente de maneira rotineira no meio obstétrico e também é considerada como uma exteriorização da violência obstétrica.

O baixo índice de incidência de processos criminais envolvendo a violência obstétrica no Brasil, pode ser explicada pela omissão em relação a previsão legal de um tipo penal específico para esta espécie de violência, existindo dificuldade no enquadramento dos delitos obstétricos nos tipos penais já existentes.

4.2 TRATAMENTO JURÍDICO NO ÂMBITO DA RESPONSABILIDADE CIVIL

⁶ **Art. 140** - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa. § 1º - O juiz pode deixar de aplicar a pena: I - quando o ofendido, de forma reprovável, provocou diretamente a injúria; II - no caso de retorsão imediata, que consista em outra injúria. § 2º - Se a injúria consiste em violência ou vias de fato, que, por sua natureza ou pelo meio empregado, se considerem aviltantes: Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa, além da pena correspondente à violência. § 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência: Pena - reclusão de um a três anos e multa.

Analisando julgados relacionados a essa problemática foi possível concluir que as normas do direito civil são predominantemente utilizadas para fins de responsabilização dos agressores por violências obstétricas no Brasil.

Diferentemente da responsabilização penal, a responsabilidade civil pune o ato ilícito por meio de sanções de natureza ressarcitória ou compensatória com o fim de reparar o dano material ou moral decorrente do ato. Ressalte-se que, as esferas penal e civil são independentes e o ato ilícito pode gerar responsabilidade em ambas as esferas individualmente, ou conjuntamente.

Podemos ainda apontar como diferença entre a responsabilidade civil e penal, o fato de que, distintamente da segunda, na primeira não só os profissionais da saúde podem ser responsabilizados de maneira individual, os hospitais também podem atuar frente a responsabilização para com a vítima, a depender do caso, responsabilizar-se também pelos danos causados às pacientes. Os profissionais e os hospitais podem, por tanto, serem acionados individual ou conjuntamente, restando claro assim o caráter institucional dessa modalidade de violência contra as mulheres.

A responsabilidade civil decorre da atividade nociva de alguém que, agindo ilicitamente, infringe uma norma jurídica precedente, sujeitando-se, assim, às consequências dos seus atos, que se traduz no dever de reparar os danos causados de forma ressarcitória ou compensatória. Assim preceitua o art.186⁷ do Código Civil.

Do dispositivo em análise se extraem três elementos essenciais da responsabilidade civil, quais sejam: a conduta humana, o dano e nexos causal.

Conforme Tartuce (2018), a conduta se traduz em toda ação ou omissão humana que se manifesta de forma voluntária, ou seja, de forma consciente pelo agente. O dano reflete o prejuízo ou lesão a um bem jurídico sofrido pela vítima em decorrência do ato ilícito praticado pelo transgressor. O nexo de causalidade consiste no elemento que une a conduta do agente ao dano sofrido. Na falta de um desses elementos, torna-se impossível a responsabilização civil.

Neste diapasão, cabe ainda destacar, de forma sucinta, as principais espécies de responsabilidade civil. Quanto a origem da obrigação, a responsabilidade pode ser contratual ou extracontratual, também chamada de delitual. Em relação ao fundamento da responsabilidade, ela pode ser objetiva ou subjetiva.

⁷ **Art. 186.** Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Cavaliere Filho (2015) postula que a responsabilidade civil subjetiva, compõe-se além dos três elementos analisados anteriormente, se faz necessária a presença de um quarto elemento: a culpa. Já a responsabilidade civil objetiva independe do elemento culpa, bastando a comprovação dos três elementos (conduta, dano e nexo causal). Ressalte-se que a regra é que a responsabilidade civil seja subjetiva, sendo a responsabilidade objetiva, por tanto, exceção à regra.

Nesse sentido, conforme Gonçalves (2017) a responsabilidade é contratual quando decorre de um ilícito contratual, em que uma das partes deixa de cumprir qualquer obrigação a que se vinculou, trata-se, por tanto, da desobediência de um dever estabelecido pelos contratantes. Em regra, as obrigações oriundas de contrato se expressam em uma obrigação de resultado, na qual o sujeito se vincula a produção de um determinado resultado esperado pelas partes, gerando assim a presunção de culpa da inadimplência contratual, cabendo ao devedor provar a inexistência de culpa.

Entende-se por responsabilidade extracontratual ou delitual como aquela que resulta do descumprimento da lei, de que decorre a lesão de um direito, sem que o infrator e o ofendido tenham qualquer ligação jurídica. Nesse caso, a culpa não é presumida, de modo que incumbe a vítima o ônus de provar eventual culpa do agente, sob pena de não haver responsabilização civil.

Carlos Roberto Gonçalves completa com a seguinte posição:

Pode-se afirmar, portanto, que *responsabilidade* exprime ideia de restauração de equilíbrio, de contraprestação, de reparação de dano. Sendo múltiplas as atividades humanas, inúmeras são também as espécies de responsabilidade, que abrange todos os ramos do direito e extravasam os limites da vida jurídica, para se ligar a todos os domínios da vida social. (GONÇALVES, 2018, p.20)

Diante da exposição geral dos fundamentos da responsabilidade civil, passaremos agora a analisar de que forma se dá a responsabilização civil dos médicos e dos hospitais.

4.2.1 Responsabilidade pessoal do médico

O médico tem o dever de proporcionar aos seus pacientes toda atenção e zelo necessário, de acordo com as determinações da ciência médica. No entanto, como ocorre na violência obstétrica, a falta de cuidado e o emprego de técnicas erradas e

desnecessárias podem causar sérios danos aos seus pacientes, casos em que os danos decorrentes de suas condutas devem ser reparados.

Conforme Cavalieri Filho (2015), o médico, na qualidade de profissional liberal, como sendo aquele que empreende suas atividades por conta própria, o estabelece com seus pacientes uma relação contratual, se obrigando a prestar todos os cuidados indispensáveis de acordo com as regras de sua profissão, porém não se vincula a obrigação de curar os enfermos, tendo em vista as grandes incertezas da ciência médica. Desse modo, a obrigação assumida pelo médico é, normalmente, de meio.

Neste aspecto, preceitua Maria Helena Diniz:

Embora nosso Código Civil tenha regulado a responsabilidade médica no capítulo atinente aos atos ilícitos, tal responsabilidade, a nosso ver, é contratual. Realmente nítido é o caráter contratual do exercício da medicina, pois apenas excepcionalmente terá natureza delitual, quando o médico cometer um ilícito penal ou violar normas regulamentares da profissão. Assim, se o médico operador for experiente e tiver usado os meios técnicos indicados, não se explicando a origem da eventual sequela, não haverá obrigação por risco profissional, pois os serviços médicos são, em regra, de meio de não de resultado. (DINIZ, 2015, p.341)

Conforme Tartuce (2018) na obrigação de meio, que é a regra na profissão médica, o profissional se obriga a realizar suas atividades com o emprego das melhores e mais adequadas técnicas científicas, porém não garante um resultado específico decorrente de sua atuação, ou seja, não se vincula ao resultado. Já na obrigação de resultado, constituindo-se por tanto exceção no labor médico, o profissional se obriga não só a empreender a melhor técnica, mas também se obriga pelo resultado almejado pelo seu paciente, que é o que ocorre, por exemplo, na obrigação de realizar cirurgia plástica estética.

Neste cerne, o Superior Tribunal de Justiça posiciona-se com o seguinte entendimento:

CIVIL E CONSUMIDOR - OBRIGAÇÕES - RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZATÓRIA - ERRO MÉDICO EM EPISIOTOMIA E CORREÇÃO DE FISTULA RETOVAGINAL - IMPROCEDÊNCIA EM 1º GRAU - 1. EPISIOTOMIA EM PARTO NORMAL - PERFURAÇÃO DE INTESTINO GROSSO E FISTULA RETO-VAGINAL - IMPERÍCIA DEMONSTRADA - ATO ILÍCITO CONFIGURADO - NEXO CAUSAL PRESENTE - RESPONSABILIDADE CIVIL CARACTERIZADA - 2. DIAGNÓSTICO DE FISTULA RETO-VAGINAL - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS INCORRETOS - PERÍCIA CONCLUSIVA - RESPONSABILIDADE CIVIL CARACTERIZADA, - 3.SOLIDARIEDADE PASSIVA DO HOSPITAL POR ATO DE PREPOSTO - ACOLHIMENTO - PROCEDÊNCIA DECRETADA - RECURSO PROVIDO. 1. Demonstrado que o médico perfurou a parte final do intestino grosso da autora durante episiotomia, com o aparecimento posterior de fístula no local do procedimento cirúrgico, procede a ação de

responsabilidade civil por erro médico. 2. Imputa-se responsabilidade civil a médico que realiza procedimentos cirúrgicos ineficientes para debelar o mal da paciente. 3. Procede ação indenizatória proposta contra hospital, em face da responsabilidade solidária por ato prepostos, quando estes são responsabilizados civilmente. (STJ – AREsp: 1014221 SC 2016/0295697-1, Relator: Ministro MOURA RIBEIRO, Data da Publicação: DJ 01/02/2017).

Ainda nesse sentido, Cavalieri Filho (2015) preceitua que apesar de o médico estabelecer uma relação contratual com seus pacientes, a sua culpa, em eventual dano decorrente da conduta profissional, não é sempre presumida, tendo em vista que pode obrigar-se a realizar uma atividade de meio ou de resultado. Em se tratando de obrigação de meio, a culpa do médico deve ser provada para que haja responsabilização civil pelos danos causados, incidindo, por tanto, na responsabilidade civil subjetiva. Mas, por outro lado, obrigando-se o médico a uma atividade de resultado, a sua inexecução é presumidamente culposa, recaindo assim na responsabilidade civil objetiva, caso em que a vítima não precisa comprovar a culpa do profissional para que seja responsabilizado.

Corroborando com este entendimento, o código de defesa do consumidor, ao tratar da responsabilidade pelo serviço, prevê em seu art. 14, §4^o, que os profissionais liberais serão responsabilizados civilmente mediante a comprovação de culpa, constituindo assim exceção à regra consumerista em relação aos prestadores de serviço que se enquadram, em regra, na responsabilidade objetiva.

No mesmo sentido dispõe o art. 951⁹ do código civil. Vê-se, por tanto, que a responsabilidade civil do médico é, em regra, de natureza subjetiva, somente decorrendo da comprovação de culpa do profissional. Lembrando que a culpa, no âmbito civil, refere-se a culpa em sentido amplo, abrangendo a negligência, imprudência, imperícia e o dolo.

Neste sentido, relata Sergio Cavalieri Filho:

Disso resulta que a responsabilidade médica, embora contratual, é subjetiva e com culpa provada. Não decorre de mero insucesso no diagnóstico ou tratamento, seja clínico ou cirúrgico. Caberá ao paciente, ou aos seus herdeiros, demonstrar que o resultado funesto do tratamento teve por causa a negligência, imprudência ou imperícia do médico. (CAVALIERI FILHO, 2015, p.432)

⁸ **Art. 14.** O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. **§ 4º** A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

⁹ **Art. 951.** O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício da 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.

Entende-se ainda que no contrato médico está implícito o dever de agir de forma ética e proba, devendo tratar seus pacientes com cuidado e respeito, sempre fornecendo as informações necessárias acerca dos tipos de tratamentos a serem utilizados. Assim, é por meio do descumprimento dos deveres éticos que muitas vezes nos deparamos com situações de violência no campo obstétrico.

4.2.2 Responsabilidade dos hospitais, clínicas e casas de saúde

Tendo em vista o caráter institucional da violência obstétrica, faz-se importante também analisar a responsabilidade dos hospitais por eventuais danos causados às parturientes.

É cediço que os hospitais e casas de saúde exercem atividade de risco, pois se trata de um ambiente de grande e constante fluxo de pessoas que, em regra, guardam algum tipo de enfermidade. Assim, as pessoas que ali se encontram estão expostas cotidianamente ao perigo de contaminações, infecções, dentre outros perigos.

Ademais, os hospitais se enquadram como de fornecedores de serviços, que além de tratar e cuidar dos seus pacientes, também os hospedam, ficando responsável por todos os danos decorrentes da falta ou da má prestação de seus serviços.

Dessa forma, as casas de saúde são responsáveis pelos danos causados aos seus pacientes por falta de vigilância, por infecções hospitalares, por omissão no fornecimento dos medicamentos necessários ao paciente e até mesmo pelo defeituoso serviço prestado pelos médicos, enfermeiros e auxiliares a ele conveniados ou contratados.

Ao encontro desta premissa o Superior Tribunal de Justiça complementa:

AÇÃO CONDENATÓRIA - RESPONSABILIDADE CIVIL DE HOSPITAL E INSTITUTO MÉDICO - INFECÇÃO HOSPITALAR - INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS QUE JULGARAM IMPROCEDENTES OS PEDIDOS VEICULADOS NA PETIÇÃO INICIAL, SOB O ARGUMENTO DE QUE NÃO HOUVE DEMONSTRAÇÃO DE CULPA DOS MÉDICOS. INSURGÊNCIA DA AUTORA. DEFEITO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES - RESPONSABILIDADE OBJETIVA - INTELIGÊNCIA DO ART. 14 DO CDC - RECURSO ESPECIAL PROVIDO. Pretensão condenatória deduzida em face de hospital e instituto médico, ante os alegados danos decorrentes de infecção hospitalar, após a realização de procedimentos cirúrgicos, que conduziram ao comprometimento integral da visão da autora, relativamente ao olho direito. Instâncias ordinárias que

julgaram improcedentes os pedidos, ao reputarem não demonstrada a culpa por parte do corpo médico atuante.

2. Como se infere do art. 14 do CDC, a responsabilidade dos hospitais e clínicas (fornecedores de serviços) é objetiva, dispensando a comprovação de culpa. Assim, inviável o afastamento da responsabilidade do hospital e do instituto por infecção contraída por paciente com base na inexistência de culpa dos agentes médicos envolvidos, como fez o Tribunal de origem. 2.1. De fato, a situação dos autos não comporta reflexões a respeito da responsabilização de clínicas médicas ou hospitais por atos de seus profissionais (responsabilidade pelo fato de outrem). Isso porque os danos sofridos pela recorrente resultaram de infecção hospitalar, ou seja, do ambiente em que foram efetuados os procedimentos cirúrgicos, e não de atos dos médicos.

3. Dessa forma, considerando que é objetiva a responsabilidade dos hospitais e clínicas por danos decorrentes dos serviços por eles prestados (ambiente hospitalar), bem como que não foi elidido no caso dos autos o nexo de causalidade entre os danos sofridos pela recorrente e a conduta dos recorridos, é imperioso o provimento do presente recurso especial para condená-los ao pagamento de indenização a título de dano moral, em virtude da perda completa da visão e do bulbo ocular do olho direito da recorrente.

5. Recurso especial PROVIDO, a fim de julgar procedente o pedido condenatório.

Denota-se do art. 14¹⁰, *caput*, do CDC que a responsabilidade civil dos hospitais e casas de saúde é de natureza objetiva, dispensando para tanto a comprovação de culpa, pois nesses casos a culpa é presumida.

Trata-se, por tanto, de responsabilidade por fato de serviço, que se configura quando o dano causado decorre de um defeito na prestação de um serviço. Esse tipo de responsabilização se propõe a dar segurança aos consumidores, pois se configura como uma espécie de garantia de que os serviços sejam prestados de maneira satisfatória e sem vícios, de modo que ocorrendo o dano em virtude do serviço, a lesão deve ser reparada independentemente da comprovação de culpa do hospital.

Ressalte-se que a casa de saúde somente responderá pelos danos causados pelo médico quando este integrar sua equipe de profissionais, de modo que o hospital responderá objetivamente depois de comprovada a culpa do médico, já que, como vimos, o médico é responsabilizado de forma subjetiva, devendo sua culpa ser provada.

Neste sentido, aduz Carlos Roberto Gonçalves:

Se o médico tem vínculo empregatício com o hospital, integrando a sua equipe médica, responde objetivamente a casa de saúde, como prestadora

¹⁰ **Art. 14.** O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

de serviços, nos termos do art. 14, caput. Do Código de Defesa do Consumidor, provada a culpa daquele. No entanto, se o profissional apenas utiliza o hospital para internar os seus pacientes particulares, responde com exclusividade pelos seus erros, afastada a responsabilidade do estabelecimento. (GONÇALVES, 2017, p.227)

Dessa forma, havendo dano decorrente da má prestação dos serviços do médico integrante do hospital, fica este objetivamente responsável pela reparação das lesões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passado por um período de grandes controvérsias e transformações, o processo de parturição adequou-se aos avanços tecnológicos e sociais durante toda uma dinâmica temporal, e transferiu a experiência das mulheres de um campo privado e domiciliar para um âmbito médico, na qual o processo de parturição tornou-se institucionalizado, assistido e guiado por profissionais especializados na ciência obstétrica.

A institucionalização dos processos reprodutivos não contempla a relação protagonista da figura da mulher durante a vivência da gravidez, parto e puerpério. As mulheres são deslocadas de sua primazia enquanto parturientes pela autoridade emanada pelo conhecimento médico, galgada pela ciência e tecnologia que podem guiar e fundamentalmente controlar a parturiente. Através da aptidão técnica, o poder do conhecimento médico direciona e controla o trabalho de parto, qualificado como trabalho em axiologia obstétrica.

Durante o trabalho de parto, as mulheres se encontram num estado excepcionalmente vulnerável, e sob forte influência do ambiente que a cerca, e a assistência obstétrica moderna muitas vezes sujeita estas mulheres a rotinas institucionais, o que pode ter efeitos adversos no progresso do trabalho de parto.

Nesse cenário, em face deste novo modelo institucionalizado do processo de parturição, surge a violência obstétrica caracterizada como condutas danosas praticadas em face da mulher parturiente que se encontra em estado gestacional e puerperal. Se, por muito tempo, ele permaneceu invisível, tornando-se inerente ao processo de nascimento, hoje tal espécie de violência de manifesta de diversas formas.

É imperioso ressaltar que, o órgão responsável pelo sistema de saúde no nosso país já instituiu medidas normativas estipulando a prática do parto humanizado em rede nacional, com a finalidade de melhorar a assistência ao período pré-natal, ao parto e ao pós-parto a todas as mulheres, e resguardar os seus direitos enquanto parturientes, seja no âmbito físico, psicológico ou sexual. Contudo, a omissão em relação a um instrumento com força normativa e coercitiva que estabeleça uma previsão legal em face a violência obstétrica ocasionado insegurança jurídica para as vítimas desta forma de violência, e conseqüentemente torna dificultosa uma possível reparação.

Num patamar jurídico no qual não se tem uma disciplina normativa em relação ao instituto da violência obstétrica, a própria decisão que reconheça as práticas danosas no processo de parturição como violência obstétrica enquanto instrumento de violação dos direitos humanos, direitos fundamentais, sexuais e reprodutivos, já seria uma forma de reparação em face a força normativa e simbólica que tal decisão iria exalar, tendo em vista que representaria de forma legal que a violação ocasionada por tal espécie de violência, caracteriza-se como uma transgressão direta aos direitos humanos e direitos fundamentais da mulher, e nesse sentido, representaria um prelúdio de um marco legal para a mulher vítima de violência obstétrica, e uma oportunidade de dar um novo sentido a experiência traumática pela qual sofreu.

De acordo com o que foi tratado em momentos anteriores da presente monografia, a tipificação legal dos casos de violência obstétrica não consta disciplinada num instrumento normativo, desta forma, a caracterização atribuída a esta espécie de violência é feita pelo código penal, caracterizando a prática como maus-tratos, ameaça, injúria, lesão corporal e até mesmo homicídio. Ainda nesse sentido, a seara cível disciplina tal modalidade de violência por meio do instituto da Responsabilidade Civil, atribuindo ao médico tal responsabilidade nos casos de erro médico, ou as entidades hospitalares quando a responsabilidade recair sobre esta.

Entretanto, observa-se que, tratar esta forma de violência por ambas as esferas, seja penal ou cível, fundamentando-se somente no dano de natureza física corpórea, ou psicológica, nos casos supracitados na esfera penal, ou a possibilidade de reparação pecuniária por meio da esfera cível, acaba por desconsiderar todo o complexo de direitos humanos, direitos fundamentais, sexuais e reprodutivos violados por esta prática, o que conseqüentemente faz com que tais violações continuem a acontecer sem a devida observância legal, não sendo suficiente para reparação integral das vítimas.

Assim, visualiza-se que para obtenção de uma resposta plausível com a realidade fática vivenciada pelas vítimas desta forma de violência, faz-se necessário que os órgãos dotados de poder jurisdicional promovam a tipificação legal acerca da violência obstétrica em todos os seus aspectos, desenvolvendo um instrumento normativo apto a regulamentar este fenômeno, e proporcionar a apreciação dos casos de violência obstétrica de forma ampla, levando em consideração todo o seu enredamento, haja visto que a prática desta violência não viola apenas a integridade física ou psicológica da mulher, nem que uma reparação pecuniária irá sanar os danos

ocasionados a estas, devendo-se ter em mente que tal prática viola toda uma gama de direitos garantidos constitucionalmente, bem como os direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher, e o direito a uma vida livre de violência, sobretudo neste momento tão primordial que é o parto.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha. **Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, 27 a 29 de maio, Florianópolis, 2014.

ÁVILA, Letícia. **Parto, o lado invisível do nascer: Como a violência obstétrica afeta 1 em cada 4 mulheres no Brasil**. Mato Grosso do Sul: Jornalismo, 2017.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Cad. Saúde Pública. 2003, vol.19, suppl.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000800027&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 de out de 2018.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte especial 2: crimes contra a pessoa**. – 17. ed. rev., ampl. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2017.

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. Brasília, DF, abril de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 25 de outubro de 2018.

BRASIL, **Projeto de Lei Nº: 7.633 de 29 maio de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF, maio de 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785>. Acesso em: 12 de novembro de 2018.

BRASIL, **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos humaniza SUS** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e no Nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. São Paulo, 2014.

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX**. Cad. Saúde Pública [online]. 1991, vol.7, n.2, pp.135-149. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>>. Acesso em: 05 de out. 2018.

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX**. *Cad. Saúde Pública*. 1991, vol.7, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1991000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de Out. 2018.

CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar. **Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

CAMPOS, Carmen hein; OLIVEIRA, Guacira Cesar. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.124p.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. – 12. ed. – São Paulo: Atlas, 2015.

CIELLO, Cariny. **Violência obstétrica – “parirás com dor”**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso 06 de Out de 2018.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANUZZI, Paulo de Martino. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. In: Cavenaghi S, coordenador. Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP; 2006.

COSTA, Laís Biachin; CHERON, Cibele. **Violência obstétrica, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Subjetividade Feminina, Direitos Humanos das Mulheres**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de direito penal parte especial (arts. 121 ao 361)**. - 8. ed. rev., ampl. e atual. - Salvador: JusPODIVM, 2016.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. 2ª.ed. Rio de Janeiro (RJ): José Olympio; 1995.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

FIOCRUZ, Instituto. **Nascer no Brasil**. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>>. Acesso 06 de Out. 2018.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro, volume 4: responsabilidade civil**. – 12. ed. – São Paulo: Saraiva, 2017.

MAIA, Mônica Bara. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil**. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>>. Acesso em: 06 de out.2018.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. Acesso em: 05 de out. 2018.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002.

NADER, Paulo. **Introdução ao estudo do direito**. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciênc. Saúde coletiva. 2005, vol.10, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de Out de 2018.

PINHO, Rodrigo César Rebello. **Teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. Coleção sinopses jurídicas; v. 17. 11. ed. – São Paulo: Saraiva, 2011.

PORTELLA, Ana Paula; DINIZ, Simone. **Questões de Saúde Reprodutiva: Violência: uma barreira para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos**. Ano 11 - número 10: Grupo Curumim Gestação e Parto, 2017.

PULHEZ, Mariana Marques. **A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. Seminário Internacional Fazendo Gênero, n. 10, Florianópolis, 2013.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. — 27. ed. — São Paulo: Saraiva, 2002.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: Parirás com dor**. São Paulo: Parto do Princípio, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 04 de Out. 2018.

STJ – AREsp: 1014221 SC 2016/0295697-1, Relator: Ministro MOURA RIBEIRO, Data da Publicação: DJ 01/02/2017. JusBrasil, 2017. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/450104533/agravo-em-recurso-especial>>

aresp-1014221-sc-2016-0295697-1?ref=juris-tabs>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

STJ – Resp: 1511072 SP 2012/0257713-0, Relator: Ministro MARCOS BUZZI, Data de Julgamento: 05/05/2016, T4 – QUARTA TURMA, Data da Publicação: DJe 13/05/2016. JusBrasil, 2016. Disponível em: < <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/340017028/recurso-especial-resp-1511072-sp-2012-0257713-0>>. Acesso em: 12 de novembro de 2018.

TARTUCE, Flávio. **Manual de responsabilidade civil: volume único**. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2018.

TJ-RS – ACR: 70053392767 RS, Relator Lizete Andreis Sebben, Data de Julgamento: 14/11/2013, Segunda Câmara Criminal, Data de Publicação: Diário a Justiça do dia 28/11/2013. JusBrasil, 2013. Disponível em: < <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113388642/apelacao-crime-acr-70053392767-rs>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acesso em: 05 de out. 2018.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª. ed. rev e atual. Brasília: Câmara Brasileira do Livro, 2009.

WOFF, L. R.; WALDOW, V. R. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto**. Saúde soc. vol.17 no.3 São Paulo, 2008.