



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE DIREITO**

ROSA MARIA DIAS DA COSTA SANTOS

**UMA ANÁLISE JURÍDICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
INSTITUCIONALIZADA**

CAMPINA GRANDE

2019

ROSA MARIA DIAS DA COSTA SANTOS

**UMA ANÁLISE JURÍDICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
INSTITUCIONALIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharela em Direito.

Área de Concentração: Bioética e Direitos Humanos

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Aureci Gonzaga Farias

CAMPINA GRANDE

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

341.481 Santos, Rosa Maria Dias da Costa.
Uma análise jurídica da violência obstétrica
institucionalizada [manuscrito] / Rosa Maria Dias da Costa
Santos. - 2019.
44 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Jurídicas, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Aureci Gonzaga Farias ,
Coordenação do Curso de Direito - CCJ."
1. Violência Obstétrica. 2. Direitos Sexuais e Reprodutivos.
3. Legislação. I. Título

21. ed. CDD S237a

ROSA MARIA DIAS DA COSTA SANTOS

**UMA ANÁLISE JURÍDICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
INSTITUCIONALIZADA**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Direito.


Área de concentração: Bioética e Direitos Humanos.

Aprovada em: 02/12/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Aureci Gonzaga Farias – (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dr. Mônica Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Duarte Mariz Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dr. Raimundo Antônio Batista de Araújo
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e da sabedoria, por conduzir meus passos sob a égide de Nossa Senhora, Maria Santíssima, sempre passando a frente e iluminando meus caminhos.

Agradeço a minha família, em especial aos meus avós Francisco e Maria do Carmo, que sempre desempenharam o papel de pais, fornecendo durante toda a minha existência apoio moral, intelectual, espiritual, financeiro e educacional e trabalhando duro todos os dias de forma a me garantir uma formação acadêmica da qual os mesmos não puderam desfrutar. Agradeço a minha mãe Rosane, irmã Manuela, comadre Dayana e Maria Olívia por estarem durante ao meu lado durante a caminhada e a minha afilhada Maria Luísa.

Agradecimentos especiais ao meu tio e Compadre Júnior Paulino, minha figura paterna, meu motorista oficial e meu maior incentivador. Obter o título acadêmico de bacharel em Direito é tornar real um sonho que não é apenas meu, mas também pessoal dele.

Agradeço a minha orientadora Aureci Gonzaga Farias, uma mulher generosa e de grande coração, que aceitou orientar meu trabalho acadêmico de conclusão de curso sem um contato prévio como sua aluna, construímos uma parceria ao longo do desenvolvimento da pesquisa e da monografia. Nada mais oportuno do que discutir violência de gênero com uma mulher que dedicou anos de sua vida profissional ao combate da violência contra mulher, como titular da primeira delegacia da mulher do Município de Caicó, no Estado do Rio Grande do Norte.

Agradeço a meus amigos de infância, Laysa, Matheus e Nardiele, a nossa história se confunde com a história de nossa amizade. Que bom saber que os laços fraternos de amizade construídos desde a gestação de nossas mães continuam firmes apesar da correria do cotidiano e dos caminhos distintos trilhados na vida acadêmica e profissional. O amor e o companheirismo ainda prevalecem no íntimo de nossos corações.

Agradeço a Amanda Tomaz, minha madrinha e autoproclamada mãe de coração, apesar de termos quase a mesma idade o título lhe foi concedido por sempre desempenhar cuidados, carinho e afeto, e alguns puxões de orelha que a função lhe exigia. Obrigado por estar em todos os momentos importantes de minha vida.

Agradeço a Virgínia Helena Tomaz, por também desempenhar o papel materno, daquela que deixava o berço confortável e quentinho pra recém-nascida e hoje, na vida adulta calça meias nos meus pés. Seu espírito altruísta e empático me ensina a beleza de ser força nos dias sofridos e ser solidário ao próximo nos momentos em que necessita. Não se preocupe

seu processo de divórcio será o primeiro protocolado no PJE, valendo um pé quebrado segundo a tabela atualizada da OAB.

Agradeço a minha madrinha Socorro e meu padrinho (in memoriam) Nane Joca, sempre presentes, cuidando e aconselhando na jornada da vida. Agradeço a minha Tia Lita, por todo o amor que foi concedido, por toda a dedicação e afeto de quem mesmo longe sempre esteve ao lado.

Agradeço a Raimundo Antônio Batista, essencial na minha formação ideológica, cultural e literária. Médico ginecologista obstetra há 30 anos, referência na assistência humanizada ao parto.

Agradeço a Amanda Monte companheira diária de luta desde os tempos em que moramos juntas em Guarabira. Obrigada por cada palavra, por cada conselho dado, mesmo que eu nunca os siga, e por sempre estar ao meu lado nas vitórias, mas também partilhando das frustrações e incertezas.

Agradeço a Matheus Freitas, que soube ser luz nos últimos cinco meses, colo e conforto nos momentos difíceis quando tudo parecia dar errado e a ansiedade se mostrou evidente.

Agradeço a Emanuella, da relação entre personal trainer e aluna, nasceu uma amizade incrível. Hoje uma das minhas melhores amigas, sempre foi escuta e aconselhou sobre os rumos desse trabalho acadêmico. Agradeço, a minha psicóloga Gabriella César, essencial em todo o processo de transformação e renascimento,

Agradeço a toda à equipe multidisciplinar do pré-natal coletivo da rede Maternidade Paraíba, em especial a ginecologista e obstetra Aline Nunes e o enfermeiro Iago Colaço, em meio a todos os dados colhidos na elaboração desse trabalho tiveram a oportunidade de conhecer profissionais qualificados que priorizam o atendimento humanizado à gestante e ao recém-nascido. Obrigada por todo conhecimento que me foi repassado nos últimos meses, sendo essenciais da concretização deste projeto.

Agradeço a Leonara Marinho, Rayanne Andrade, Mohamed Raed, Clara Roberta, Maria Natália, Lara Maria, Juliana Araújo, Olga Dias e Dielly Albuquerque, companheiros de vida acadêmica.

Agradeço a professora Mônica Lúcia e a Joana Alves minhas parceiras de pesquisa científica no PIBIC/UEPB.

Agradeço por fim ao coletivo feminista Polo da Borborema, mulheres de luta, mulheres que lutam diariamente pela igualdade de gênero no campo e na cidade.

À todas as mulheres vítimas da violência obstétrica, DEDICO

RESUMO

A violência obstétrica ou violência institucional de gênero refere-se a qualquer tipo de intervenção desmedida ou desnecessária além de agressões físicas, verbais ou sexuais sofridas pelas gestantes ou parturientes e que afetem a autonomia das mulheres sobre seus corpos e sobre o processo reprodutivo, violando direitos constitucionalmente previstos, seja durante o pré-natal, parto ou pós-parto imediato, e ainda durante a curetagem nos casos de aborto. Logo, é feita a análise da existência da violência obstétrica ou institucional de gênero no trabalho de parto, parto e curetagem de aborto e se essa viola a integridade física, psicológica e/ou sexual das gestantes e das parturientes. Assim, têm-se como objetivo central situar no contexto das ciências jurídicas os casos de violência obstétrica ou institucional de gênero sofrida por mulheres vítimas. Para tanto, foram adotados os métodos indutivo e observacional. Quanto aos fins, trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo. Quanto aos meios de procedimento, será bibliográfica, pois compreenderá a análise de artigos científicos, periódicos, cartilhas, legislações vigentes, e precedentes jurisprudenciais. Nesse sentido, foi notório que a violência obstétrica ou institucional de gênero trespassa os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e sua dignidade humana, ao ignorar a autonomia desta sobre o seu próprio corpo, e sobre os processos inerentes à sua natureza biológica, onde a subjetividade feminina durante o parto é deixada a segundo plano, preponderando à objetividade da conduta médico-obstetra, e que muitas das vezes não encontram evidências científicas que justifiquem a necessidade e os benefícios das intervenções. Logo, concluiu-se que a prática de agressões, de natureza física ou verbal às mulheres durante a gestação ou no trabalho de parto acarreta em violações substanciais aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, bem como do direito social à saúde amparado no texto constitucional. As condutas inadequadas e que muitas das vezes não se encontram fundamentadas na medicina baseada em evidências adotadas pelos profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas nos atendimentos, além do desamparo que é conferido a essas mulheres durante o parto, fazem com que estas construam a percepção do parir, como um procedimento fisiológico, doloroso, constrangedor, humilhante e tenham uma visão negativa de sua experiência no trabalho de parto.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Legislação.

ABSTRACT

Obstetric violence or gender institutional violence refers to any kind of excessive or unnecessary intervention beyond physical, verbal or sexual aggression suffered by pregnant or parturient women and that affect women's autonomy over their bodies and over the reproductive process, violating predicted constitutional rights, either during prenatal, parturition or immediate post childbirth, and during curettage in cases of abortion. Therefore, an analysis is made of the existence of obstetric violence or gender institutional violence in labor, childbirth and curettage of abortion and if its violates the physical, psychological and/or sexual integrity of pregnant women and parturients. Thus, the main objective is to situate in the context of the legal sciences cases of obstetric violence or gender institutional violence suffered by women victims. For this, the inductive and observational methods were adopted. As for the purposes, this is an exploratory and descriptive research. As for the means of procedure, it will be bibliographic, as it will include the analysis of scientific articles, journals, booklets, current legislation, and precedent jurisprudence. In this sense, it was notorious that obstetric violence or gender institutional violence pervades women's sexual and reproductive rights and human dignity, ignoring her autonomy over her own body and about the processes inherent of her biological nature, where female subjectivity during childbirth is left in the background, preponderating the objectivity of medical-obstetric conduct, and which often do not find scientific evidence to justify the need and benefits of interventions. Thus, the conclusion is that the practice of physical or verbal aggression against women during pregnancy or labor leads to substantial violations to women's reproductive and sexual rights, as well as the social right to health supported in the constitutional text. Inappropriate behaviors that are often not grounded on Medicine that is based on evidences, that are adopted by health professionals and other people involved in attend, beyond the helplessness that is conferred on these women during childbirth, make them construct the perception that giving birth is a physiological, painful, embarrassing, humiliating procedure and them have a negative view of their experience in labor.

Keywords: Obstetric Violence. Sexual and Reproductive Rights. Legislation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO ATENDIMENTO AO PARTO	12
2.1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O DIREITO PENAL.....	17
2.2	TIPIFICAÇÃO LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA.....	19
3	ATENDIMENTO HUMANIZADO NO PARTO	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
5	CONCLUSÕES	37
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia, intitulada “Uma Análise Jurídica da Violência Obstétrica Institucionalizada”, tem como objetivo central situar no contexto das ciências jurídicas os casos de violência obstétrica ou institucional de gênero sofrida por mulheres vítimas.

A violência obstétrica ou violência institucional de gênero, caracterizada por ser uma violência institucional praticada nas unidades de saúde, centros de partos, maternidades e hospitais, tanto públicos como particulares, por equipes médicas, composta por enfermeiros, recepcionistas, médicos e demais profissionais que estejam diretamente ou indiretamente ligados ao trabalho de parto, tendo como principal aspecto o fato de ser uma violência silenciosa, restrita aos prontuários médicos e ao subconsciente das vítimas que sofrem este tipo de agressão resultando em consequências físicas e mentais perpetuadas ao longo da vida.

Conceitualmente, a violência obstétrica ou violência institucional de gênero refere-se a qualquer tipo de intervenção desmedida ou desnecessária além de agressões físicas, verbais ou sexuais sofridas pelas gestantes ou parturientes e que afetem a autonomia das mulheres sobre seus corpos e sobre o processo reprodutivo violando direitos constitucionalmente previstos, seja durante o pré-natal, parto ou pós-parto imediato, e ainda durante a curetagem nos casos de aborto.

A ausência de tipificação própria deste tipo de violência inviabiliza a adequação da conduta aos tipos penais repressivos já abarcados pelo diploma penalista, torna o Estado brasileiro omissivo frente aos diversos casos que acontecem de forma cotidiana. Questiona-se então: existe violência de gênero no trabalho de parto, parto e curetagem de aborto violando a integridade física, psicológica e/ou sexual das gestantes e das parturientes?

Hodiernamente, a violência de gênero configura-se como sendo o principal problema enfrentado pelas mulheres no contexto social. A legislação brasileira se ocupou da forma mais visível e comum desse tipo de violência, ocorrida no âmbito doméstico, das relações conjugais e familiares, e vem desenvolvendo mecanismos capazes de coibir e erradicar o problema. Entretanto, diariamente nos deparamos com relatos de violência de gênero que ultrapassam a esfera privada dos lares e se desenvolvem no seio da coletividade, como as violências sexuais, assédios morais e sexuais nas relações trabalhistas, e por conseguinte a violência obstétrica ou institucional de gênero.

A urgência em abordar a presente temática se mostra latente, ante os inúmeros relatos de casos colhidos por esta pesquisadora através de conversas habituais no município de

Remígio, cidade Natal da autora, com mulheres que passaram por este tipo de violência o que somadas as estatísticas que são delimitadas através dos poucos estudos científicos existentes que classificam as agressões como violência, e não como simples erros médicos inescusáveis.

O principal desafio identificado nesse estudo é a lacuna legislativa e que tem permitido que condutas que causem perigo ou mesmo comprometam a saúde das parturientes e seus descendentes adotadas por profissionais da saúde e equipe técnica/administrativa durante o pré-parto não sejam devidamente punidas pelo Estado. Importante mencionar ainda, que além da lacuna legislativa, o tema é pouco discutido nas ciências sociais e jurídicas, gozando de um número reduzido de trabalhos que inserem a violência obstétrica ou institucional de gênero na perspectiva legal e jurídica, ultrapassando o campo exclusivo da saúde pública.

Área de pouco desenvolvimento teórico no campo jurídico e acadêmico não permite a possibilidade de cogitação de uma tipologia penal própria que efetive a punição estatal, não restringindo o ato ilícito apenas ao âmbito da responsabilidade civil e âmbito administrativo, verificando-se, portanto a relevância social e científica do tema objeto de estudo, que tem como público alvo as mulheres, gestantes ou não, a comunidade acadêmica, os operadores do direito, profissionais de saúde e a sociedade em geral.

Os métodos adotados na pesquisa serão indutivo e observacional. O método indutivo é verificado conforme os inúmeros casos particulares de violência obstétrica ou institucional de gênero ocorridos nas instituições de saúde ensejam a premissa de forma generalizada a inserir a problemática como um modo de exteriorização da violência de gênero, constatada através da observação de casos concretos e reais. Já o método observacional pressupõe a captação de forma precisa de aspectos essenciais e acidentais de um fenômeno do contexto empírico, ou seja, através da observação de fatos cotidianos conduzindo a um aprendizado e a construção de uma problemática de ordem social e científica. É a busca deliberada, levada a efeito com cautela e predeterminação, em contraste com as percepções do senso comum.

Quanto aos fins, a pesquisa se desenvolverá a partir de uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, através de uma revisão da literatura acadêmica já existente sobre o objeto de estudo. Quanto aos meios de procedimento, será bibliográfica, pois compreenderá a análise de artigos científicos, periódicos, cartilhas, legislações vigentes, e precedentes jurisprudenciais.

Visando a atingir os objetivos propostos, a Monografia estrutura-se em cinco partes, contando como primeira esta Introdução.

A segunda parte, denominada “Legislação Brasileira no Atendimento ao Parto”, objetiva estabelecer de que forma o ordenamento jurídico disciplina questões relacionadas ao parto, e busca identificar as diversas formas de violência obstétrica, de natureza física, sexual ou psicológica que estão atreladas à assistência a gestante/parturiente no pré-natal, parto, pós-parto e nos procedimentos de curetagem de aborto e enquadrá-las nas condutas típicas, ilícitas e culpáveis, conforme Código Penal, bem como analise projetos de lei em tramitação sobre a violência obstétrica e a humanização no nascimento, além de discutir as legislações argentina e venezuelana que preveem a violência obstétrica como tipo penal.

A terceira, “Atendimento Humanizado no Parto”, trata da importância da humanização no parto e do “Plano de Parto” como mecanismos de combate à violência obstétrica ou institucional de gênero. A quarta, “Resultados e Discussões” procura situar a problemática no contexto das ciências jurídicas evidenciando de que maneira a prática afronta os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a legislação vigente. Por fim, nas considerações exclusivas procura-se apresentar a existência da violência obstétrica ou institucional de gênero nas instituições de saúde e evocar sugestões no sentido de oferecer mecanismos de combate à prática e que assegurem o respeito às gestantes, parturientes e neonatos.

A estruturação deste Trabalho – referência, numeração progressiva das páginas, resumo, sumário, citações e trabalhos acadêmicos – obedece às normas oficiais da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO ATENDIMENTO AO PARTO

A legislação brasileira não se ocupou em tipificar legalmente a violência obstétrica ou violência institucional de gênero como crime, porém, garantiu as parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato através do texto normativo da Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005.

Conforme o artigo 19-J do referido diploma legal, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada ficam obrigados a permitir a presença, junto à gestante, de um acompanhante durante o parto, destacando, ainda, que a escolha do acompanhante será exclusiva da parturiente e não deverá sofrer limitações, de quaisquer naturezas.

A presença do acompanhante também é objeto de Resolução da Diretoria Colegiada Nº 36, de 03 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que informa sobre a estrutura física, biossegurança, prevenção e controle de infecção hospitalar em pacientes e acompanhantes.

Apesar dos avanços contidos na legislação que obriga a presença de acompanhante na rede pública, a norma legal se mostra falha em dois aspectos. O primeiro diz respeito ao fato de não haver no próprio texto normativo, nem em norma secundária, meios de punição àqueles que descumprem tal regramento, não acarretando maiores consequências aos profissionais e as instituições, apenas no âmbito da responsabilidade civil. A esse respeito, o texto original da Lei Nº 11.108/2005 possuía o artigo 19-L que estabelecia a respectiva punição por descumprimento do preceito legal, sendo a inobservância da norma legal considerada crime de responsabilidade e sujeitando o infrator diretamente responsável às penalidades previstas na legislação.

O dispositivo legal foi vetado alegando-se para tanto, que não existe a possibilidade de adequação da norma às hipóteses constitucionais de crimes de responsabilidade, a teor do artigo 85 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Da mesma forma, a norma não encontra respaldo na legislação infraconstitucional que disciplina os crimes de responsabilidade, bem como em razão do artigo 19-L não definir um novo ilícito penal, numa flagrante afronta ao princípio da reserva legal e, portanto, inconstitucionalidade deste dispositivo.

O segundo aspecto refere-se à especificação da obrigatoriedade do acompanhante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa especificação pode legitimar o argumento

sustentado pelos hospitais da rede privada de que a norma aplica-se apenas ao setor público de saúde, logo estão desobrigados a cumprir a lei do acompanhante.

No âmbito do Estado da Paraíba, a Lei Nº 11.412, de 20 de agosto de 2019, de autoria da deputada paraibana Cida Ramos dispõe sobre a garantia do atendimento humanizado à gestante, parturiente e mulher em situação de abortamento, conceituando violência obstétrica ou institucional de gênero como o abuso físico, prática sem consentimento, violência verbal e emocional, a discriminação a atributos específicos e à coerção a autodeterminação e autonomia da mulher.

O abuso físico configura-se quando as intervenções a que são submetidas às mulheres desrespeitam o direito a sua integridade corporal física e não geram benefícios à saúde das gestantes ou parturientes. A prática sem consentimento se trata da recusa à escolha da gestante sobre os procedimentos a que será submetida e à explicação em linguagem clara dos riscos e benefícios destas condutas para sua saúde.

Já, a definição da violência verbal e emocional caracteriza-se pela adoção de comportamento agressivo e pela utilização de palavras danosas com a intenção de menosprezar, ridicularizar, humilhar, manipular ou submeter à gestante, parturiente ou mulher em situação de abortamento.

A discriminação a atributos específicos relaciona-se com a diferenciação no atendimento à mulher em razão de raça, cor, condição social, idade, identidade étnica. A coerção à autodeterminação e autonomia das mulheres consiste no cerceamento de informações que permitam a gestante ou parturiente decidir livremente sobre os procedimentos clínicos intervencionistas que serão realizados em seu corpo.

A referida lei proíbe a utilização de termos depreciativos para se referir aos processos fisiológicos do trabalho de parto, parto; ignorar as demandas das gestantes/parturientes; recusar ou retardar o atendimento à gestante, parturiente ou mulher em situação de abortamento; transferir à gestante para outra unidade de saúde sem garantia de existência de vaga e de tempo hábil de trabalho de parto para chegar ao local sem comprometer saúde de mãe e criança; impedir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher; impedir que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde; negar à gestante, parturiente o acesso analgesia, medicamentos, ou métodos não farmacológicos de alívio de dor, disponíveis na unidade de saúde nos estabelecimentos estaduais de saúde da rede pública como da rede privada, priorizando a humanização no atendimento hospitalar, no trabalho de parto, parto e puerpério, bem como impedir o contato da mãe com a criança logo após o

nascimento e o alojamento conjunto impossibilitando o aleitamento materno na primeira hora de vida, salvo nos casos em que mãe e/ou bebê necessitem de cuidados especiais; manter a mulher que cumpre pena privativa de liberdade algemada, durante o trabalho de parto; submeter a mulher a exames e procedimentos com fins exclusivos de pesquisa científica, salvo quando autorizado pelo comitê de ética e pela própria gestante/parturiente através de termo de consentimento livre e esclarecido.

Os casos de violência obstétrica ou institucional de gênero cometidos pelos profissionais de saúde da rede pública estadual deverão ser informados à ouvidoria da Secretária de Saúde do Estado, bem como serão notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem para a aplicação de penalidades administrativas aos profissionais.

Embora no ordenamento jurídico brasileiro os textos normativos que tratem sobre a violência obstétrica ou institucional de gênero sejam inexistentes e a legislação atinente à assistência humanizada ao parto sejam escassas e ineficazes, restringindo-se ao âmbito administrativo, há alguns projetos de lei em tramitação que disciplinam a matéria.

O Projeto de Lei nº 7.867, de 16 de junho de 2017, de autoria da deputada mineira Maria do Socorro Jô Moraes dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica ou institucional de gênero. Inicialmente, a proposta assenta que a atenção à gravidez, ao parto, puerpério e abortamento seguirá os princípios da humanização. Sendo a violência obstétrica ou institucional de gênero conceituada como todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros alheios aos serviços obstétricos e ginecológicos que estejam em desacordo com as normas regulamentadoras e que ofendam verbal ou fisicamente a mulher. O texto normativo traz um compilado de condutas que são consideradas violência obstétrica ou institucional de gênero para efeitos da lei, firmando a obrigatoriedade de cartazes informativos sobre as condutas, nos estabelecimentos de saúde, postos, centros e unidades básicas de saúde, casas de parto, maternidades, hospitais e consultórios médicos especializados na saúde da mulher, que, ante o descumprimento da lei, os infratores estarão sujeitos às penas previstas nas legislações sanitárias, civil e penal.

O rol é meramente exemplificativo ao considerar ofensa verbal ou física dentre outras, tratar a gestante de forma agressiva, não empática, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal, e de forma inferior, dando-lhes comandos e nomes infantilizados ou diminutivos; ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar ter medo, sentir vergonha ou por qualquer característica ou ato físico; não responder a quaisquer queixas ou dúvidas da gestante, parturiente ou puérpera;

A ofensa física pode restar caracterizada também na indução a gestante ao parto cirúrgico sem indicação baseada em evidências e sem os devidos esclarecimentos quantos aos riscos para mãe e bebê, na submissão da gestante a procedimentos dolorosos, desnecessários e humilhantes, ou desta e seu bebê a procedimentos com finalidade exclusiva de treinar estudantes e a não aplicação da analgesia quando requerida pela gestante ou na realização de episiotomias indiscriminadamente sem o atendimento das normas reguladoras.

E ainda a recusa ao atendimento ao parto e transferir a gestante de hospital sem confirmação prévia da existência de vaga e atendimento e em tempo suficiente para que a mulher chegue ao local em segurança; impedir acompanhante de escolha e confiança da gestante, durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e abortamento ou da mulher de se comunicar pessoalmente ou por telefone e o alojamento conjunto entre mãe e bebê e o aleitamento em livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas; realizar qualquer procedimento sem pedir permissão, esclarecer de forma acessível a sua necessidade; demorar injustificadamente para alojar a puérpera em seu leito; submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e permitir o aleitamento; não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticoncepcionais reversíveis ou não e obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido.

Por fim, a proposta prevê que ante o descumprimento da lei, os infratores estarão sujeitos às penas previstas nas legislações sanitárias, civil e penal.

Apenso ao Projeto da Lei Nº 7.867/2017 tramita o Projeto de Lei Nº 7.633, de 29 de maio de 2014, de autoria do ex-deputado federal Jean Wyllys do Rio de Janeiro, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico puerperal, conceituando a violência obstétrica ou institucional de gênero e fornecendo as diretrizes para a elaboração do “Plano de Parto” respeitada a autonomia da gestante, e estabelece a assistência humanizada como direito da gestante, no parto, pré-parto, puerpério e nas situações de abortamento, seja este espontâneo ou provocado, no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimentos privados de saúde suplementar. A proposta destaca também algumas condutas a serem consideradas: garantir as gestantes a disponibilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor; liberdade de escolha da gestante para fixar as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, como local, posição de parto, uso intervenções e equipe médicas de assistência, podendo o parto ser vivenciado em domicílio e a garantia de acompanhante de indicação da acompanhante.

Importante pontuar, que além de uma preocupação quanto à mulher como sujeito de direito, o projeto de lei, ainda, contempla os direitos da criança recém-nascida, o que informa o seu teor de harmonização entre bem-estar da gestante e sua saúde física e mental, através do respeito ao seu corpo e ao processo fisiológico do parto e a saúde do nascituro e traça políticas públicas de erradicação da violência obstétrica ou institucional de gênero e responsabilização criminal, civil e administrativa dos profissionais que pratiquem as condutas acima descritas. As penalidades administrativas seriam aplicadas aos profissionais envolvidos pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina e de Enfermagem.

Aos estabelecimentos de saúde que prestem o atendimento ao parto e nascimento caberá o dever de expor cartazes de natureza informativa sobre quais condutas que por ventura venham a ser praticadas pela equipe de saúde são conceituadas como violência obstétrica ou institucional de gênero, cabendo também informações sobre como as gestantes deverão proceder na ocorrência de tais casos e os órgãos responsáveis pelo acolhimento das denúncias, além de estender o compromisso aos estabelecimentos de ensino técnico e superior, escola e universidades, que ministrem curso de formação na área da saúde, médicos, enfermeiros, obstetras e equipes administrativas hospitalares a inserirem na sua grade curricular conteúdos disciplinares relativos à saúde da mulher e do conceito, priorizando a assistência humanizada no parto, nos termos da legislação.

O Projeto de Lei Nº 7633/2014 confere as gestantes o tratamento isonômico quanto aos direitos e à proteção a saúde de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e seus recém-nascidos que trata a lei, não devendo prevalecer nenhum tipo de discriminação em razão de raça, cor, sexo, orientação sexual, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos etc., caracterizando a violência obstétrica ou institucional de gênero como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, que acarretem a perda da autonomia da mulher e a capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando na qualidade de vida das mulheres de forma negativa e todo ato praticado pelo profissional de saúde que ofenda, verbal ou fisicamente, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou puerpério.

2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O DIREITO PENAL

A relação entre a violência obstétrica ou institucional de gênero e o direito penal questiona-se a partir da possibilidade de enquadramento desta como conduta tipificada nos artigos 129, 132 e 146, todos do Código Penal brasileiro, bem como evidencia a necessidade de criação de um tipo penal autônomo, seguindo os exemplos de países latino americanos, como Venezuela e Argentina, como mecanismo de coibir e erradicar este tipo de violência de gênero que acomete diversas mulheres, e acentua a vulnerabilidade física, jurídica e social destas. O artigo 129 tipifica o crime de lesão corporal, definindo o delito como ofensa a integridade corporal ou a saúde de outrem. Quanto ao objeto material. Greco (2016, p. 165) leciona que “é a pessoa humana, mesmo que com vida intrauterina, sobre o qual recai a conduta do agente”. Segundo Prado (2010, p. 121) é objeto material da lesão corporal “o ser humano vivo, a partir do início do parto até sua morte”.

Quanto ao bem juridicamente protegido pelo delito, Hungria (1955, p. 313) explica que:

O crime de lesão corporal consiste em qualquer dano ocasionado a alguém, sem animus necandi, à integridade física ou a **saúde (fisiológica ou mental)** de outrem. [...] Lesão corporal compreende toda e qualquer ofensa ocasionada à normalidade funcional do corpo ou organismo humano, seja do ponto de vista fisiológico ou psíquico. **Mesmo a desintegração da saúde mental é lesão corporal, pois a inteligência, a vontade ou a memória dizem com a atividade funcional do cérebro, que é um dos mais importantes órgãos do corpo. Não se concebe uma perturbação mental sem um dano à saúde, e é inconcebível um dano à saúde sem um mal corpóreo ou alteração do corpo.** Quer como alteração da integridade física, quer como perturbação do equilíbrio funcional do organismo (saúde), a lesão corporal resulta sempre de uma violência exercida sobre a pessoa. (Grifo nosso).

A lesão corporal, portanto, não fica restrita aos atos ilícitos que afetem apenas a integridade física do indivíduo, devem ser consideradas neste contexto, as ações que causem perturbação e comprometimento da saúde mental da vítima. Na maioria dos casos, a violência obstétrica ou institucional de gênero trará, além das sequelas físicas, consequências psicológicas para as mulheres, devido ao trauma causado pelo ato praticado pela equipe médica, não apenas repercutindo em sua esfera fisiológica. A título de exemplo, podemos citar o medo de ter relações sexuais posteriores ao ocorrido, lembranças constantes sobre as experiências vividas que desencadeia em comportamentos depressivos posteriores ao procedimento, ou o medo de engravidar novamente e passar pelas mesmas agressões físicas, verbais e até mesmo sexuais, sofridas durante a gestação ou parto.

Nessa esfera vislumbramos que a violência obstétrica física deverá ser tipificada como crime de lesão corporal, podendo ser objeto material tanto a gestante, quanto ao neonato, bem como o agente poderá responder pela lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, quando resultar em uma das consequências trazidas pelo artigo 129 do Código Penal brasileiro, ou se da conduta advier resultado morte. A negligência pode ser imputada ao agente na modalidade de lesão corporal culposa por omissão imprópria, dado o *status* de garantidor e imposição legal de determinada conduta em razão desse *status*, ou seja, do dever jurídico da equipe médica de zelar pela saúde e bem-estar das parturientes, bem jurídico tutelado pela norma legal.

Além da hipótese de aplicação do tipo penal constante no artigo 129, a negligência como forma de violência obstétrica poderá amoldar-se ao crime previsto no artigo 132, *caput*, do mesmo diploma legal, que estabelece que a exposição da vida e da saúde de outrem a perigo direto e iminente, gera pena de detenção de um a três meses, caso não resulte em crime mais grave. O objetivo é punir condutas praticadas por agentes que exponham a vida ou saúde do sujeito passivo a uma situação de perigo.

Sobre esse último dispositivo, caberão duas observações, para fins de integração da norma. A primeira diz respeito à natureza subsidiária expressa do tipo penal, conforme se abstrai da própria redação da norma só restará aplicado nos casos em que não houver a conduta do sujeito ativo produzido um resultado mais gravoso, ou seja, o dano não restou caracterizado, o que existe é apenas a expectativa do dano decorrente do fato. A segunda observação é que se trata de um delito de perigo concreto, não sendo um crime de dano, a mera exposição da saúde ou vida da vítima a perigo direto e iminente, por si, já consuma o tipo penal, não havendo a necessidade de restar comprovada a incidência do efetivo dano que o comportamento do autor do fato causou.

Logo, tendo como mesmo raciocínio, o estudado na aplicação do artigo 129, em que o bem juridicamente protegido pelo tipo é a vida e a saúde de outrem é sabido que a negligência coloca em risco a incolumidade individual da mãe e do neonato, quando a omissão não resultar em dano direto a vítima, deverá a ação penal pugnar pela condenação do agente no delito tipificado no artigo 132, demonstrando estar presentes os requisitos caracterizadores do crime.

Ainda na esfera da responsabilidade penal do agente de saúde ou pelos estabelecimentos de saúde, vislumbra-se a possibilidade de adequação ao tipo penal disposto no artigo 146, delito de constrangimento ilegal, conforme se verifica a perda da autonomia da

mulher no trabalho de parto, tem sua capacidade de resistência reduzida, por meios dos procedimentos aplicados ou do terrorismo psicológico advindo de ameaças por meio da equipe médica, são coagidas a fazer ou deixar que realizem condutas com esta que não são de manifestação contundente com a vontade do sujeito passivo.

A legislação brasileira é lacunosa, dada à ausência de dispositivos legais que tipifiquem e punam as condutas praticadas por profissionais da saúde, em razão da falta de definição e conceituação legal das práticas a serem consideradas violentas, a fim de uma adequação ao diploma repressivo brasileiro do fato como típico, antijurídico e culpável, e passível de punibilidade estatal.

2.2 TIPIFICAÇÃO LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA

Ao contrário da legislação brasileira, que não tipificou legalmente a violência obstétrica ou institucional de gênero como fato típico, antijurídico e punível, o ordenamento jurídico argentino e venezuelano a reconheceu e previu sua ocorrência contra mulheres e seus familiares no trabalho de parto, parto, pós-parto imediato.

Os conceitos formulados pelas legislações argentina¹ e venezuelana² são afins e estabelecem que a violência obstétrica ou institucional de gênero consiste numa apropriação sobre o corpo e os processos reprodutivos femininos por profissionais da saúde e se manifestam tanto em forma de tratamentos desumanizados como na patologização dos processos naturais ou na utilização de medicamentos de maneira abusiva.

A Lei Nacional Argentina N° 26.485, de 11 de março de 2009 prevê a violência obstétrica ou institucional de gênero como uma das modalidades de violência contra a mulher, ou seja, uma das formas como se manifestam os distintos tipos de violência em diferentes âmbitos.

¹ Artículo.6º. [...]

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

² Artículo. 15 [...]

13 – [...] la apropiación del cuerpo e procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidade, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

A Lei Nº 38.668, de 23 de abril de 2007, denominada “Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência”, em vigor na Venezuela considerada como violência de gênero contra as mulheres, a violência obstétrica ou institucional de gênero³.

O texto normativo da Venezuela estabelece também a esterilização forçada como uma espécie de violência contra a mulher, que poderia estar implícita no conceito anterior como uma das manifestações de violência obstétrica, mas que aparece como uma espécie autônoma. Ainda especifica quais as condutas são consideradas atos constitutivos de violência obstétrica, quais sejam: não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir em posição horizontal existindo meios necessários que permitam o parto vertical; alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o emprego de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher; praticar o parto por via cesárea existindo condições para a realização do parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da gestante e impedir o contato imediato da mãe com o recém-nascido após o parto, sem causa médica que justifique tal ato, negando a possibilidade de amamentação imediata ao nascer.

Portanto o dispositivo caracterizou e especificou as condutas e suas respectivas punições, prevendo que na ocorrência dos casos descritos acima será imposto ao responsável pelo ato uma pena de multa no valor de duzentos e cinquenta a quinhentas unidades tributárias, devendo a cópia da sentença condenatória transitada em julgado ser encaminhada ao respectivo conselho profissional para fins de instauração de procedimento disciplinar.

No que se refere ao delito intitulado esterilização forçada, o artigo 52 da lei venezuelana prevê uma pena de prisão de dois a cinco anos a quem intencionalmente prive a mulher de sua capacidade reprodutiva sem o seu consentimento voluntário, expresso e informado e inexistindo razão médica ou cirúrgica devidamente comprovada que o justifique tal medida. Ademais, objetivando uma análise dos delitos previstos nas legislações argentina e venezuelana se faz necessário tecer alguns comentários sobre a classificação do crime. O crime é próprio quanto ao sujeito ativo, pois é cometido por profissionais da saúde ou técnicos administrativos dos serviços hospitalares envolvidos direta ou indiretamente no trabalho de parto.

³ Artículo. 15 [...]

14 – Se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, um tratamiento médico o quirúrgico u outro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.

Segundo Medina (2013, p. 147), devem ser considerados legitimados ativos para produzir violência obstétrica: toda pessoa que trabalha no serviço de assistência médica obstétrica, tanto os profissionais da saúde como os colaboradores, como camareiras, técnicos administrativos e seguranças; todos os trabalhadores dos serviços públicos ou particulares que operem nos centros de saúde; equipes médicas forenses nos âmbitos municipais, estaduais ou federais; aqueles que prestam serviços particulares de perito legista; aqueles que trabalham como médicos laborais de empresas privadas ou de órgãos estatais e pessoas que desempenhem em áreas migratórias os serviços de polícia aduaneira e são responsáveis pela revista de gestantes quando ingressam no país.

No que concerne ao sujeito passivo, o que se abstrai das definições trazidas pela legislação venezuelana e argentina é que se trata de um crime próprio que possui a mulher como vítima do tipo penal. No entanto, entendemos que o crime de violência obstétrica pode ser cometido contra o recém-nascido e ainda contra os familiares da gestante ou seu acompanhante.

O delito tipificado como violência obstétrica ou institucional de gênero pode ser comissivo ou omissivo. O tipo comissivo se manifesta através de uma ação do sujeito envolvido no trabalho de parto, parto, pós-parto imediato ou no procedimento de curetagem de aborto, como nos casos de violência física, ameaças e ofensas. A violência obstétrica ou institucional de gênero pode se configurar como uma omissão, através da negligência e da falta de amparo à mulher.

O bem juridicamente protegido é a vida e a saúde da mulher. Aqui se entende a saúde num conceito amplo não se limitando a saúde sexual e reprodutiva da parturiente haja vista que os impactos da violência podem recair sobre a saúde mental e física das vítimas.

Desse modo, observamos que a legislação venezuelana e argentina se propõem a coibir a violência obstétrica ou institucional de gênero assegurando o caráter punitivista estatal, ao identificar e conceituar as condutas definidas legalmente como típicas, antijurídicas e culpáveis. Apesar de ser um mecanismo punitivo, não houve a previsão por ambas as legislações de alguns direitos essenciais, como o direito ao acompanhante a gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, que visam garantir à mulher o atendimento humanizado no parto.

3 ATENDIMENTO HUMANIZADO AO PARTO

Na história da humanidade, o parto sempre foi caracterizado como um processo instintivo e natural. O “parir” sempre foi intrínseco a fisiologia e anatomia própria do sexo feminino. Ocorre que, nas últimas décadas com a evolução da medicina e dos conhecimentos técnicos científicos, o parto sofreu com a hospitalização do nascimento e na inserção de intervenções mecânicas ou cirúrgicas alheias ao corpo e ao processo reprodutivo feminino.

A humanização do parto configura-se no respeito a gestante ou parturiente como ser humano, a singularização do processo de parto proporcionando autonomia e liberdade da mulher e garantindo ao feto um nascimento sadio.

A terminologia “humanização” já foi utilizada em várias perspectivas, inclusive para justificar a utilização de narcose, o uso de analgesias que levam a inconsciência, de instrumentos mecânicos como o fórceps, intervenções bioquímicas e fisiológicas e a realização de procedimentos cirúrgicos de grande porte e alto risco como as cesarianas eletivas de forma a aliviar ou anular as dores durante o parto, ou seja, a busca pela parturição sem dor.

No decorrer do último século, o parir é tratado como sinônimo de violência intrínseca, essencial e patológica, um estupro invertido, sempre implicando em danos, dores, riscos e sofrimento físico exaustivo, cabendo à medicina e obstetrícia cirúrgica o papel humanitário de fornecer mecanismos que sobrepujavam os ofícios das parteiras e o parto não hospitalizado.

No modelo hospitalar, o protagonismo do parir caberia aos profissionais de saúde especializados em obstetrícia, cabendo a mulher e ao nascituro um papel coadjuvante, em que estas eram submetidas aos procedimentos médicos sem nenhuma participação ativa no parto, como objetos de atuação, em posições que impossibilitavam a movimentação das mesmas, sofrendo intervenções no funcionamento de seu útero que era acelerado ou reduzido de forma involuntária e patológica.

Com os adventos do movimento feminista, a assistência humanizada ao parto é redefinida e tem como foco principal direitos, englobando conceitos como direitos sexuais e reprodutivos e autonomia da vontade da mulher.

Vultoso salientar que os esforços para que houvessem mudanças nesse panorama veio das mulheres enquanto sujeito de direito, dos movimentos sociais e organizações, e da própria sociedade civil e não das instituições acadêmicas e dos profissionais da área médica.

Entre a comunidade médica, a mudança na perspectiva do parto encontra diversos desafios, à medida que as condutas não são percebidas pelos profissionais como violentas, não obstante são internalizadas nas rotinas de assistência ao parto e nos protocolos dos hospitais e maternidades e muitas vezes identificadas como necessárias e facilitadoras.

A violência obstétrica ou institucional de gênero ainda sofre uma resistência em ser abordada pelas instituições de saúde como uma problemática que deve se combatida e enfrentada, e o termo ainda é considerado inadequado ou ruim, em razão de culpabilizar o profissional, médico/enfermeiro obstetra e questionar ou estigmatizar as condutas adotadas pela equipe de saúde.

Conforme anota Sens & Stamm (2019), a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa-1993) optou por não falar abertamente sobre violência, privilegiando termos como “humanização do parto” e “promoção dos direitos humanos das mulheres”, por temerem a reação hostil dos profissionais que estariam sob a acusação de violência.

Neste contexto, a humanização surge como um conjunto de práticas e procedimentos adotados pela equipe médica durante o pré-natal, o parto, o pós-parto que visem garantir a mulher, ao recém-nascido e aos seus familiares tratamento digno e a adoção de medidas que sejam benéficas ao processo fisiológico do parto evitando intervenções desnecessárias e sendo assegurada a autonomia da gestante/parturiente através do fornecimento de informações e sempre que possível o consentimento livre e esclarecido com a participação integral da parturiente nas decisões sobre sua saúde e a de seu bebê, num claro redimensionamento dos papéis desenvolvidos pelos sujeitos envolvidos na parturição, seja esta por via natural ou cirúrgica.

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, considera-se que 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 segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento e a ausência de práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Por sua vez, a Política Nacional de Humanização, conceitua humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação de sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

A assistência humanizada ao parto é um procedimento multissetorial e pressupõe e existência de fatores que auxiliam ao desenvolvimento de um nascimento que leve em consideração saúde e bem estar de mãe e bebê. Aduz-se que o parto humanizado nasce da sistematização de quatro aspectos centrais, quais sejam: equipe multidisciplinar, medicina baseada em evidências científicas, protagonismo da mulher e rodas de conversas de gestantes.

A equipe multidisciplinar abrange todos os profissionais de saúde presentes efetivamente na cena do parto, englobando o médico obstetra, o enfermeiro obstetra, o fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e ainda, a depender do caso concreto a parteira.

O médico obstetra possui a função de acompanhar e assistir integralmente a gestante do momento de sua internação ao de sua alta médica, especialmente no parto evitando eventuais complicações de saúde materna e infantil.

Ao enfermeiro obstetra cabe o acolhimento inicial da gestante, a atuação junto à equipe multidisciplinar no pré-natal, o acompanhamento da evolução do parto, com a observância das fases clínicas do parto, fazendo os devidos registros em prontuário e partograma, ausculta fetal e verificação dos sinais vitais da gestante, e posteriormente do puerpério e a realização de partos normais de baixo risco e sem anormalidades.

O fisioterapeuta possui fundamental importância tanto no pré-natal à medida que prepara o corpo da mulher para o trabalho de parto, com a execução de exercícios que fortaleçam os músculos do assoalho pélvico, bem como no durante o parto, através de técnicas respiratórias que melhorem a oxigenação da mãe e do bebê, e diminuam a ansiedade e tensão.

Toda a atuação da equipe multidisciplinar deve ser fundamentada no protagonismo da gestante, na autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo e o processo reprodutivo. É essencial para tanto, uma modificação na relação verticalizada entre médico-paciente, onde o profissional da saúde detém todo conhecimento técnico e científico sobre o gestar e parir e à mulher, polo vulnerável e hipossuficiente da relação, do ponto de vista social, médico,

geralmente econômico e jurídico e deverá tão somente aceitá-los os procedimentos realizados sem maiores questionamentos, para uma relação assimétrica e horizontal.

Um dos instrumentos capazes de garantir o protagonismo da mulher é o Plano Individual de Parto, denominado também de “Plano de Plano” que é o mecanismo de comunicação entre a mulher e sua equipe de parto, evidenciando trabalho de parto e parto almejado pela gestante e em contrapartida, situações e intervenções que a parturiente deseja evitar durante o processo de parto, devendo ser estruturado com a gestante, em seu pré-natal, levando em considerações algumas peculiaridades que podem interferir no parto, como a avaliação do risco na gravidez, a possibilidades de imprevistos e intercorrências obstétricas e as condições hospitalares, ou do local de nascimento.

A gestante/parturiente manifestará no “Plano de Parto” sua vontade quanto à presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, que poderá ser o companheiro ou companheira, a mãe, amigos ou doulas, sendo imprescindível esse apoio emocional e psicológico para o processo, sendo inclusive considerado um método não farmacológico de alívio das dores; a posição que deseja ficar durante o trabalho de parto e parto, e o uso de banquetas, de barra e corda de agachamento; a solicitação do uso de supositório de glicerina para esvaziar o intestino e evitar a saída de fezes;

Ainda serão previstos, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banho de banheiras ou chuveiros, óleos, luz baixa e músicas, a respiração assistida, compressas e escalda-pés e a realização de analgesia e medicações intravenosas para a diminuição das dores, após a gestante ser informada sobre os riscos e benefícios da intervenção; a indução e aceleração do parto, e esgotadas todas as vias e alternativas da mulher, a realização de uma cesariana.

O protagonismo e autonomia da gestante podem ser alcançados também com a informação dada a paciente sobre todo e qualquer tipo de procedimento que será realizado em seu corpo, qualquer manobra, utilização de medicamentos e analgesias, exames, mudança de condutas e estratégias para o desenvolvimento do parto, garantindo o controle e a consciência da parturiente como principal sujeito condutor do processo fisiológico.

A implantação de um modelo de parto pautado na medicina baseada em evidências, por sua vez, diminui a incidência de intervenções inadequadas e desnecessárias e consequentemente garantir o respeito e a efetivação dos direitos das mulheres.

Conforme estabeleceu a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada no ano de 2012, algumas práticas que não são mais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

e nem encontram respaldos científicos de que resultem em benefícios ao binômio gestante-neonato, é o caso da posição litotômica, presente em aproximadamente 92% (noventa e dois por cento) dos partos normais, a amniotomia, em 39% (trinta e nove por cento), o uso de ocitocina, compreendendo um percentual de 36% (trinta e seis por cento) e a manobra de Kristeller, também com 36% (trinta e seis por cento) de incidência em nascimento por via natural.

Logo a adoção das supracitadas práticas, bem como da tricotomia, ou raspagem dos pelos, a lavagem intestinal, quando não for de escolha da gestante, devem ser revistas e não mais consideradas como habituais e rotineiras, pois se configuram como desnecessárias ou não benéficas ao trabalho de parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, propôs algumas mudanças na assistência ao parto e nascimento, incluindo a necessidade de resgate do parto como um evento natural, com estímulo para a atuação da enfermeira obstétrica, a utilização de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e o acesso às tecnologias apropriadas de atenção ao parto. Nessa perspectiva, destaca-se a importância de basear as políticas e as práticas de saúde nas melhores evidências disponíveis e de traduzir o conhecimento em ação, promovendo a efetividade e a segurança das intervenções.

Neste contexto, tomando por base o fato de a violência obstétrica ser um tipo de violência velada sob a justificativa de procedimentos médicos habituais, a informação é essencial como forma efetiva de combate a este problema. Por esta razão, é imprescindível que as gestantes construam um pré-natal rico na troca de experiências e partilha de conhecimentos com mulheres que já passaram pelo ciclo gravidez-parto, com equipe multidisciplinar com profissionais da área médica e outras grávidas.

A humanização não deve se circunscrever apenas ao trabalho de parto e parto e sim englobar também o gestar e o momento anterior, de preparação do corpo e do psicológico para parir. Um modelo de pré-natal engessado, com consultas rápidas e superficiais, bem como a presença de profissionais que não estejam dispostos a esclarecer as dúvidas das gestantes geram insegurança e medo.

Uma alternativa ao pré-natal convencional e que vem se disseminando mundo afora é o pré-natal coletivo que conta com a presença de uma equipe multidisciplinar com ginecologista/obstetra, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e as doulas em que a gestante tem a oportunidade de compartilhar suas alegrias e anseios, perspectivas,

experiências, informações médicas atualizadas, com as demais mulheres e profissionais, num ambiente acolhedor e socializador, num formato de rodas de conversa temáticas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O termo violência de gênero se encontra comumente associado à violência doméstica e familiar disciplinada na Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida por “Lei Maria da Penha”. Porém, conforme anota Bianchini (2016) “a violência perpassa a relação pessoal entre homem e mulher, podendo ser encontrada também nas instituições, nas estruturas, nas práticas cotidianas, nos rituais, ou seja, em tudo que constitui as relações sociais”. Logo, a partir deste ensinamento, podemos afirmar que a violência de gênero não está circunscrita ao âmbito doméstico e familiar, sendo praticado através de uma enorme variedade de condutas e em diversos casos, por agentes com perfis distintos, não se reputando aos sujeitos próprios dos delitos previstos na Lei Maria da Penha, apresentando-se sob diversas formas, sendo reflexo de um sistema patriarcal que designa papéis e comportamentos socialmente esperados para a mulher e para o homem e estabelece uma valoração destes papéis, atribuindo uma importância diferenciada, que gera uma subordinação de um gênero sobre o outro, a denominada ideologia de gênero.

A violência obstétrica ou institucional de gênero começa a ser pautada e discutida a partir do fortalecimento do movimento feminista que tende a questionar o sistema sexista vigente dando visibilidade as diversas práticas de violência que acometem mulheres nos mais variados espaços sociais. Sendo caracterizada como uma violência institucional, a violência obstétrica é muitas vezes silenciosa, não tendo uma efetiva punibilidade estatal sobre a conduta, ficando esta restrita aos processos administrativos junto aos conselhos profissionais de medicina e enfermagem.

Este tipo de violência, cometida contra mulheres em trabalho de parto, durante o parto ou no estado puerperal, bem como no procedimento de curetagem de aborto, evidencia-se em condutas negligentes, agressões físicas e verbais, e por vezes até sexuais e decorre da relação de hierarquia estabelecida entre profissional da saúde, que detém o conhecimento técnico e científico acerca do procedimento médico e a mulher parturiente que muitas vezes em condições sociais e econômicas subjacentes e devido à falta de informação desconhecem a violência sofrida, acreditando serem tais condutas análogas ao processo fisiológico do parto, desenvolvido nas instituições de saúde.

A violência obstétrica ou institucional de gênero, conceituada, como o conjunto de procedimentos médicos inadequados e desnecessários adotados pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto, causam sofrimento físico ou psicológico às gestantes, e que tem

gerado inúmeras consequências para a vida das mulheres, afetando sua saúde reprodutiva, sexual ou mental.

A ausência do protagonismo da mulher no trabalho de parto vem se delimitando após a inserção de uma perspectiva patológica do nascer no meio médico científico em que a gestante passa a assumir o papel de mecanismo ou instrumento para que o neonato possa nascer com vida e de forma saudável. Essa nova abordagem da figura da mulher no processo de parto tem reduzido significativamente sua autonomia, bem como privado as parturientes de informações e esclarecimentos sobre os procedimentos a que seus corpos serão submetidos no decorrer do parto.

Para o direito penal brasileiro a conduta negligente seria a omissão, ou seja, a abstenção de praticar determinada conduta esperada pelos indivíduos. A negligência no âmbito da obstetrícia pode ser caracterizada pela não prestação de informações sobre os procedimentos a serem realizados, o abandono nos leitos hospitalares durante o trabalho de parto, a recusa a atendimento, a negação à analgesia quando solicitado pela gestante a fim de aliviar suas dores, o jejum de água e comida que ficam submetidas durante horas, a falta de atenção, e atendimento básico e umas das formas mais comuns que é a proibição da entrada de um acompanhante, ou a exigência que este seja de determinado sexo biológico, sendo vedados os indivíduos previamente escolhidos pela gestante.

De salutar importância a anotação de que esta proibição de acompanhante à gestante durante o trabalho de parto viola dispositivo da Lei nº 11.108/2005, que garante as parturientes à presença de pessoa predestinada por ela, a acompanhá-la durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto nas unidades públicas de saúde.

No parto vaginal, a violência se mostra evidente na imposição de rotinas desnecessárias, posição horizontal de parto, e procedimentos invasivos acarretam na medicalização e patologização, inibindo o desencadeamento natural dos processos fisiológicos, sendo o parto sinônimo de medo, terror, humilhação e dor.

As agressões físicas são identificadas pelo uso de procedimentos invasivos e intervenções cirúrgicas, a que são submetidas às parturientes, e que geram dores e desconfortos físicos. Exemplo clássico de uma forma de violência física durante o parto é a episiotomia, procedimento definido como o um corte feito na região do períneo, entre a vagina e o ânus da mulher, a fim ampliar o canal de parto e facilitar a passagem do feto, sendo muitas vezes esse tipo de abertura realizada sem a utilização de anestesia. Estudos clínicos tem evidenciado a ausência de embasamento científico que justifique essa prática, em muitos

casos, esta é desnecessária e não traz reais vantagens ao trabalho de parto, como sustentam os profissionais.

Em sentido contrário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já advertiu que a prática indiscriminada da conduta pode resultar em infecções nas pacientes ou gerar sequelas como a mutilação genital, ou dar causa a problemas como incontinência urinária e fecal.

Dentre outras manifestações da violência obstétrica de natureza física pode-se citar: a manobra de Kistreller, pressão realizada por médicos ou enfermeiros sobre a barriga da gestante, com o intuito de expulsar a criança; a ocitocina artificial, injeção de hormônio por via intravenosa para acelerar o trabalho de parto, mas que acaba intensificando as dores das contrações; exames de toque sucessivos, por vários profissionais ou na presença de outras pessoas, violando não só a integridade física da paciente, bem como a intimidade da parturiente; tricotomia ou raspagem dos pelos pubianos; a lavagem intestinal; e litotomia ou limitação da posição do parto a posição ginecológica, que pode não ser a mais confortável para a gestante, além de ser a posição que causa mais lacerações no períneo no parto.

A violência verbal compreende os comentários constrangedores e ríspidos sobre corpo da gestante, sobre o prazer sexual no momento da concepção, tripudiar e minimizar das dores da mulher, discriminação de ordem econômica, social, étnica, críticas quanto à idade, situação conjugal ou número de filhos, ou seja, qualquer ofensa, xingamento, ou observações jocosas e humilhantes proferidas contra a puérpera, seu acompanhante ou família. Amplia-se o conceito de violência verbal à violência psicológica, caracterizada por afirmações infundadas sobre a saúde da mulher ou da criança, com o intuito de aterrorizar ou causar medo, constrangendo-a a praticar ou deixar que com ela se pratique as condutas impostas pela equipe médica, ou pela negação de contato imediato da mãe com o bebê após o parto, estando os dois em condições físicas para tal.

No tocante as cesarianas eletivas, quando o parto cesáreo é realizado mesmo sem indicação clínica e evidências científicas, ou contraindicação do parto natural, a Pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada no ano de 2012, registra um percentual alarmante onde 52% (cinquenta e dois por cento) dos partos realizados no Brasil, são por meio de cesarianas, quando a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o total de mulheres submetidas ao parto por esta via deve ser de apenas 15% (quinze por cento). No setor privado, esse número cresce consideravelmente, onde 88% (oitenta e oito por cento) dos partos são realizados por meio de procedimento cirúrgico. Os altos índices de cesariana eletiva, principalmente no setor privado, encontram-se geralmente atrelados a comodidade e

conveniência que o planejamento do procedimento constitui para a equipe médica, bem como pelo fato de no parto cesáreo, dada sua maior complexidade, custo de honorários será significativamente maior que o parto vaginal e a economia de tempo que o planejamento do parto confere ao médico. Logo a maioria das gestantes são convencidas ou coagidas a terem seus filhos por esta via, visto que a mesma pesquisa demonstrou que 70% (setenta por cento) das mulheres que se submeteram a cesariana eletiva, desejavam um parto natural no início do acompanhamento gestacional.

Esse fenômeno que tem sido observado no Brasil, nos últimos anos, reflete a medicalização do trabalho de parto, associando o parto vaginal a um processo extremamente doloroso, sujo e desnecessário, o que fazem as gestantes optarem por cesáreas que trazem maiores riscos de morbidade e mortalidade que a via natural.

A violência obstétrica ou institucional de gênero reduz a autonomia da mulher, sendo delegada a esta um papel coadjuvante no trabalho de parto, limitando a sua vontade e impondo procedimentos invasivos e no mais das vezes desnecessários, quando não põe em risco a saúde da parturiente e do feto. Este tipo de violência deverá gerar efeitos jurídicos que vão além do plano fático-material, figurando como uma grave violação dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher, do direito constitucionalmente previsto de assistência à saúde, caracterizando-se como ato ilícito ensejador de responsabilidade civil e penal para profissionais e instituições hospitalares, sendo, como se nota de diversos julgados acerca do tema, objeto de ação de reparação por danos morais passíveis de indenização.

A tutela aos direitos das mulheres é objeto de várias determinações internacionais. Logo, diversos documentos destinam-se a proteção e a efetivação desses direitos e à igualdade de gênero. Alguns desses documentos foram promulgados e internalizados pelo direito brasileiro, possuindo força normativa dentro do território nacional. Dessa maneira, como extensão dos direitos humanos, os direitos reprodutivos, podem ser classificados entre os de terceira geração e são conceituados como um conjunto de garantias que sejam intrínsecas a função reprodutiva do ser humano. São considerados exemplos: o direito dos indivíduos de decidirem sobre o número de filhos ou a ausência destes, pelos espaçamentos temporais entre os nascimentos deles, o exercício livre da função reprodutiva além do direito a possibilidade de optar pelos procedimentos e intervenções para a reprodução, além de serem informados sobre os métodos anticoncepcionais existentes.

Conforme Freitas, Martins e Moreira (2015), trata-se do direito de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre os nascimentos, além de ter acesso aos meios

necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção ou restrição, de qualquer natureza, que implique em violência física e emocional.

A esse respeito, a Constituição de República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 226, parágrafo 7º, garante a autonomia dos sujeitos sobre o planejamento familiar, sendo dever do Estado proporcionar os recursos científicos e educacionais para o exercício dos direitos reprodutivos dos indivíduos.

Já os direitos sexuais garantem ao indivíduo o exercício e expressão de sua sexualidade; orientação sexual de maneira livre, independente de estado civil e idade; o direito a escolher seu parceiro, a ter relações sexuais sem fins de reprodução ou ainda de não possuir vida sexual ativa; o direito a informação e a uma educação sexual e reprodutiva.

Entretanto, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres submetidas à violência obstétrica ou institucional de gênero são substancialmente violados, em razão da gestação e do parto, serem processos intrinsecamente ligados ao sistema reprodutivo feminino e, portanto, interfere na autodeterminação das mulheres em relação aos próprios corpos, à sua integridade e incolumidade física e psicológica, sua liberdade, as convicções pessoais e sua cultura, e a dignidade da pessoa humana, este último fundamento da República Federativa do Brasil segundo a ordem constitucional vigente.

A violência obstétrica trespassa os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e sua dignidade humana, ao ignorar a autonomia desta sobre o seu próprio corpo, e sobre os processos inerentes à sua natureza biológica, onde a subjetividade feminina durante o parto é deixada a segundo plano, preponderando à objetividade da conduta médico-obstetra, e que muitas das vezes não encontram evidências científicas que justifiquem a necessidade e os benefícios das intervenções.

Dessa forma, é também possível observar quanto ao caráter psicológico e emocional da violência obstétrica ou institucional de gênero em que há utilizações de termos jocosos e agressões verbais que causam na gestante uma sensação de inferioridade, impotência, medo, insegurança e o abandono, afetando os direitos inerentes à condição humana das vítimas.

A “Convenção de Belém do Pará”, como ficou conhecida a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, promulgada e internalizada em nosso ordenamento jurídico pelo Decreto nº 1973, de 01 de agosto de 1996, estabelece em seu artigo 4º, os direitos consagrados às mulheres, o direito a vida, o respeito a sua integridade física e psicológicas, a liberdade e segurança pessoal e dignidade inerente a sua pessoa e a

proteção a sua família, o que engloba, portanto, a violência obstétrica ou institucional de gênero.

Ora, nos casos de incidência da violência obstétrica as integridades física e psicológica das mulheres são consideravelmente afetadas, não sendo objeto de preocupação dos sujeitos que a cometem. Ademais, é preciso se falar do desamparo a família da mulher, que muitas vezes sofre os reflexos diretos deste tipo de violência, como é o caso nascituro ou recém-nascido, ou indireto a título de exemplo, o cônjuge ou companheiro da gestante é impedido de acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto.

Outros documentos internacionais, mas que não possuem força normativa, com aspectos de recomendações ou declarações destinam-se a tutelar os direitos de gestantes e parturientes. A “Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para prevenção e eliminação dos abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde”, assinada no ano de 2014, tem por objetivo garantir a mulher o mais alto padrão atingível de saúde somado a um tratamento digno, cuidadoso e respeitoso durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) no atendimento ao parto normal (1996) estabelece quais as práticas médicas que são estimuladas dadas o benefício e a eficiência na progressão do trabalho de parto, e quais condutas devem ser evitadas pelos profissionais na atenção a partos e nascimentos, classificou-as em quatro grupos: Grupo A, das condutas benéficas ao trabalho de parto, e que, portanto deveriam ser incentivadas, como por exemplo, a presença de acompanhante de escolha da gestante; o Grupo B, por sua vez, estavam as práticas médicas ineficientes ou danosas a saúde da mãe e da criança e que devem ser abandonadas, classificando-se neste grupo a raspagem dos pelos, o jejum, o uso rotineiro de ocitocina e a posição de litotomia durante a fase expulsiva; no Grupo C encontram-se as práticas que necessitam de pesquisas em razão da inexistência evidências científicas suficientes a embasá-las; o Grupo D é das práticas que embora benéficas, podem ser utilizadas de maneira inadequada e desnecessária, como nos casos da cesariana e da episiotomia.

Podemos citar ainda a “Declaração da OMS sobre as Taxas de cesáreas”, datada do ano de 2016, e que aconselha a adoção de um parâmetro universal para mediação das taxas de cirurgias cesarianas, mudando a abordagem quanto às recomendações do organismo internacional de saúde na adoção de uma taxa específica de cesarianas a serem realizadas em um determinado país, que seria de 10% (dez por cento) a 15% (quinze por cento) dos nascimentos. Conforme a declaração, os esforços dos sistemas de saúde público e particular

de uma população devem estar concentrados em garantir que as cirurgias cesarianas sejam realizadas apenas nos casos em que são devidamente necessárias e que visem à redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal. Em decorrência do estudo, as taxas de cesáreas, a nível populacional que ultrapasse 10% (dez por cento) não estão associadas à finalidade de salvar vida de gestante e de bebês.

Após as conclusões que fundamentaram a declaração, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu não existir nenhuma evidência médico-científica de que as cesarianas realizadas de forma eletiva, por conveniência médica ou da própria gestante resultem em benefícios a mãe e ao recém-nascido. Em contrapartida, apontam os riscos a curto e longo prazo que podem decorrer do nascimento por via cirúrgica, como infecções e hemorragias, ou seja, complicações pós-operatórias.

Do mesmo modo, o respeito à liberdade da gestante ou parturiente é constantemente infringido, em razão de não haver uma observância de suas escolhas durante o procedimento médico a ser realizado, ou nem mesmo são fornecidas as mulheres informações sobre os instrumentos e sobre as intervenções bioquímicas e fisiológicas a que seu corpo será submetido. Como exemplo evidente de desrespeito a liberdade de escolha da mulher e de apropriação patológica do seu corpo é a cesariana eletiva por conveniência médica e por dissuasão da gestante, predominantemente na rede particular, e o uso rotineiro da episiotomia e ocitocina nos partos normais.

Imprescindível citar, conforme Mendonça & Simas (2016), o caso Adelir Goés, ocorrido em 2014, no Rio Grande do Sul em que uma gestante foi forçada a submeter-se a uma cirurgia cesariana em cumprimento a uma liminar proferida pelo Tribunal de Justiça gaúcho, em total desrespeito a sua vontade, tendo em vista que a então gestante desejava a via natural de parto. A parturiente voltou para sua residência a fim de aguardar a progressão do seu trabalho de parto, após assinar um termo de responsabilidade no hospital em que estava sendo atendida, tendo a médica recomendado a realização da cesariana com a alegação de maturação da gestação e de que a criança se encontrava em posição pélvica. A obstetra acionou o Ministério Público do Rio Grande do Sul que protocolou pedido de liminar que conduzia a gestante compulsoriamente a cirurgia, sendo deferido pela justiça de primeiro grau fundamentada na opinião de uma única profissional da saúde em detrimento da vontade da gestante que havia optado por um parto natural.

Segundo Mendonça & Simas (2016), como o Direito busca a regulação da vida social e, como visto anteriormente, privilegia os argumentos da autoridade, no caso Adelir, a posição

da médica – a autoridade disciplinar – foi aceita e a desobediência da grávida, que saiu do hospital (mesmo havendo a possibilidade legal de negar o atendimento), e o questionamento sobre a instituição hospitalar gerou uma punição; a perda de controle sobre o seu próprio corpo ou, pelo menos, o reconhecimento da falta de controle sobre este.

Insta salientar, ainda nesse recorte do ordenamento jurídico brasileiro, como garantidor dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que a lacuna legislativa e a adoção de mecanismos e políticas públicas que vão de encontro à autonomia do feminino sobre seus corpos acarretam em práticas, que em alguns casos encontram guarida na própria legislação e nos entendimentos jurisprudenciais existentes, legitimam condutas que acarretam numa apropriação sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres vítimas e se configuram como violência obstétrica ou institucional de gênero.

Nesse panorama, além do emblemático caso Adelir Góes mencionado acima, a legislação brasileira autoriza a esterilização forçada, submetendo mulheres a laqueaduras e procedimentos contraceptivos irreversíveis e em alguns casos mesmo contra a autonomia de vontade reprodutiva dessas pacientes, justificada como uma forma de controle de natalidade para as mulheres que possuem muitos filhos e dada à ausência de conhecimento, informação e baixo nível de escolaridade não possuem condições de efetivar um planejamento familiar.

O debate sobre a esterilização forçada de mulheres voltou ao cerne do judiciário brasileiro, com o caso da mulher em situação de rua do Estado de São Paulo, Janaína Aparecida Querino, após decisão de juiz de direito mediante pedido liminar do Ministério Público, em sede de ação civil pública e que a submeteu involuntariamente a um procedimento de laqueadura tubária compulsória depois do nascimento de seu oitavo filho. A decisão judicial determinou coercitivamente a realização da cirurgia sem direito a ampla defesa e contraditória da parte, que se manifestou em sentido contrário em não submeter-se a esterilização.

A violação dos direitos reprodutivos das mulheres nesses casos revela aspectos sexistas da esterilização forçada em mulheres, visto que a quantidade de filhos do homem não enseja a submissão deste a um procedimento de esterilização coercitiva.

Outrossim, a prática reforça o caráter eugênico da esterilização forçada no Brasil em razão do mecanismo de controle populacional estar baseado em critérios de cor, raça e classe social, sendo destinado às mulheres ribeirinhas, negras, pobres e periféricas.

No fim do século XX, o Brasil protagonizou um caso de esterilização forçada em massa, na década de 1980, mulheres negras eram esterilizadas forçadamente. Segundo Ribeiro (2019, p.41),

o movimento de mulheres negras é protagonista no combate ao genocídio da população negra e à usurpação da liberdade das mulheres, iniciando a luta em forma de denúncia. Essa luta resultou na criação da Comissão Parlamentar de Inquérito de 1997. A CPI da esterilização, como ficou conhecida, constatou que houve essa prática, seja na prestação inadequada dos serviços oferecidos pelas instituições privadas financiadoras de métodos contraceptivos principalmente nas regiões mais pobres do país, seja nas medidas contraceptivas irreversíveis.

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) foi instaurada com o objetivo de apurar o aumento dos casos de esterilização nas regiões mais pobres e de escasso acesso aos métodos contraceptivos existentes à época, em que segundo as denúncias, as laqueaduras estavam sendo oferecidas como fins eleitoreiros, sem utilização de qualquer critério e sem o fornecimento de informações sobre seus riscos às mulheres submetidas ao procedimento.

Em contrapartida, à mesma legislação que prevê a esterilização forçada dificulta a esterilização voluntária, espontânea e consentida. A Lei de Planejamento Familiar Nº 9.623, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º, do artigo 226 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 restringe a esterilização voluntária a algumas especificações de ordem biológica e civil. Assim, apenas é permitida a esterilização voluntária de homens e mulheres civilmente capazes, maiores de vinte e cinco anos, ou com pelo menos dois filhos vivos ou nos casos de risco de vida à mulher ou ao futuro conceito, mediante relatório assinada por dois médicos. E ainda estabelece que na vigência de sociedade conjugal, a esterilização dependerá do consentimento de ambos os cônjuges, (artigo 10, §5º).

A respeito da constitucionalidade deste último dispositivo, tramita perante o Supremo Tribunal Federal (STF), duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI), de autoria do Partido Social Brasileiro (PSB) e da Associação Nacional dos Defensores Públicos, contestando a anuência expressa do cônjuge como requisito a esterilização voluntária.

5 CONCLUSÕES

A violência de gênero é um problema social enfrentado pelas mulheres e apesar de ser comumente associada à relação doméstica e familiar ultrapassa as esferas privadas e pode ser praticada nos demais ambiente de convívio social, como em locais de trabalhos, em ônibus e hospitais. Embora a legislação brasileira tenha se ocupado precisamente da violência doméstica e familiar, tem surgido debates acerca da violência obstétrica, também denominada violência institucional de gênero, que nasce da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos femininos durante o trabalho de parto, parto, e curetagem de aborto através de procedimentos médicos que não encontram respaldos nos documentos e recomendações dos organismos mundiais da saúde e que são até mesmo desaconselhadas quando da análise dos riscos e benefícios oriundos da prática e que afetam diretamente a saúde física, psicológica e sexual das gestantes e parturientes.

. Este fato se deve, em grande parte, pela falta de informação das gestantes sobre os procedimentos a serem realizados nos seus corpos durante o pré-natal, o parto e pós-parto imediato e muitas das vítimas desconhecem a violência que sofreram como tal, e imaginam que as condutas adotadas pela equipe médica são próprias e necessárias ao trabalho de parto, e ao processo fisiológico.

Nesse contexto, esta forma de violência se manifesta através de omissão ou negligência, agressões físicas, verbais ou psicológicas que afetam diretamente a legislação vigente sobre a matéria e ensejam responsabilidade civil, administrativa e até mesmo penal dos profissionais envolvidos.

Apesar de, em razão de uma lacuna normativa, e da ausência de uma tipificação própria da violência obstétrica ou institucional de gênero como um ilícito penal, defendemos que é possível à adequação de procedimentos segundo o Código Penal vigente.

Logo, ao adotar procedimentos que não possuem amparo científico ou que são desaconselhadas pelos organismos internacionais de saúde e pela classe obstétrica, no mais das vezes justificadas por conveniência médica, os profissionais colocam em risco a vida da parturiente e do neonato, além de causar a estas, danos físicos e psicológicos por vezes irreparáveis, que passam despercebidos como formas de procedimentos corriqueiros e normais, ou classificam-se como mero erro médico, gerando diversas sequelas as mulheres que passam por este tipo de violência.

Outrossim, a prática de agressões, de natureza física ou verbal às mulheres durante a gestação ou no trabalho de parto acarreta em violações substanciais aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, bem como do direito social à saúde aparado no texto constitucional. As condutas inadequadas e que muitas das vezes não se encontram fundamentadas na medicina baseada em evidência, adotadas pelos profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas nos atendimentos, além do desamparo que é conferido a essas mulheres durante o parto, faz com que estas construam a percepção do parir, como um procedimento fisiológico, doloroso, constrangedor, humilhante e tenham uma visão negativa de sua experiência no trabalho de parto.

Ademais, sob diversas alegações infundadas e inverídicas, muitas unidades hospitalares de saúde descumprem os preceitos estabelecidos na Lei Nº 11.108, de 05 de abril de 2005 e impedem o ingresso do acompanhante escolhido previamente pela mulher, durante o trabalho de parto, sejam estes os pais ou as doulas, o que geram danos psicológicos a gestante, na medida em que estas se sentem sozinhas e sem o apoio de pessoas de sua afeição, aumentando consideravelmente as preocupações das parturientes, acarretando a violência obstétrica ou institucional de gênero de natureza psicológica e emocional.

A ausência de humanização no parto e a utilização de procedimentos desnecessários poderão expor à parturiente e o neonato, a diversos riscos, como por exemplo, o uso corriqueiro de episiotomias sem evidências médicas que justifiquem a sua utilização acarretam numa maior probabilidade de que a mulher venha adquirir algum tipo de infecção hospitalar ou de sofrer hemorragias, estando diretamente ligada a mortalidade neonatal e das puérperas.

No que se refere à humanização no parto, o Programa “Humanização no Pré-Natal e Nascimento” estabelece que a assistência humanizada devam ser abordadas sobre duas perspectivas: a primeira concerne na criação de uma rede composta por uma equipe multidisciplinar que proporcione dignidade, respeito e acolhimento a gestante e ao neonato, bem como a sua família; e a segunda refere-se à adoção de medidas e procedimentos médicos devendo ser observados o princípio da beneficência e da mínima intervenção, de modo a evitar a ingerência de práticas intervencionistas e desnecessárias ou que vão de encontro aos preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por sua vez, as agressões verbais, submetem as parturientes ou puérperas a situações vexatórias, humilhantes e constrangedoras, numa tendência de minimizar ou ridicularizar as dores fisiológicas sofridas pelas gestantes, atribuir adjetivos pejorativos as mulheres, como

escandalosas, dramáticas, comentários sobre o número de descendentes que a mulher possui ou sobre a idade da gestante e ainda estabelecendo uma erotização do trabalho de parto o que evidencia o recorte machista e patriarcal da sociedade sobre o corpo feminino.

Vale ressaltar que à assistência ao parto ineficiente ou precária é uma questão de saúde pública, e viola inúmeros direitos e princípios do nosso ordenamento constitucional, como direito o acesso à saúde, o princípio da isonomia, princípio da dignidade da pessoa humana, devendo, portanto, serem construídas bases para implantação de políticas públicas de humanização do parto, e estruturação do “Plano de Parto” que visem o respeito à autonomia das gestantes sobre os seus corpos, não restringindo a pretensão punitiva estatal como único mecanismo de combate à violência obstétrica.

Portanto, é necessário que a sociedade civil, médica e os poderes públicos estejam dispostos a unir esforços para debater a violência obstétrica ou institucional de gênero e construir mecanismos capazes de assegurar um atendimento humanizado no parto pautado no protagonismo da mulher como sujeito de direito e na medicina baseada em evidências científicas.

Verifica-se então, os efeitos negativos da violência sobre a saúde e o bem estar de mulheres e neonatos, identificando-se as formas manifestas de agressões físicas e verbais cometidas durante o trabalho de parto e parto e os contextos os quais esta inserida.

Temática pouco debatida, porém que afeta diariamente a vida de gestantes e parturientes, o estudo garante a sociedade civil informações claras sobre as práticas médicas benéficas e necessárias no trabalho de parto e àquelas que não encontram respaldo científico e violam os direitos sexuais e reprodutivos e autodeterminação das mulheres, e, portanto, devem ser combatidas e denunciadas.

Ainda que se tenha analisado a violência obstétrica ou institucional de gênero de forma sistemática no âmbito das ciências jurídicas é preciso verificar como tem se dado a responsabilização civil, administrativa e penal num estudo esmiuçado dos precedentes jurisprudenciais de nossos tribunais.

Faz-se necessário, ainda, pontuar algumas sugestões que pareceram úteis, no sentido de ensejar novas linhas de pesquisa acerca do assunto: a necessidade da realização de uma pesquisa mais aprofundada sobre o tema objeto de estudo, de forma a delimitar aspectos como cor, raça, condição socioeconômica, nível de escolaridade das vítimas da violência obstétrica; a conceituação de violência obstétrica de modo a diferenciá-la do puro erro médico dado à falibilidade humana, bem como das condutas médicas que são exigidas e necessárias a

preservar a saúde da gestante o do feto, de intervenções violentas que ensejem lesões à integridade física e sofrimentos psicológicos às parturientes, passíveis de serem submetidas ao manto da legislação vigente; produção científica que tenha por objeto de estudo o caráter eugênico e sexista da esterilização forçada no Brasil e no âmbito administração a afixação de cartazes nas unidades básicas de saúde, nas maternidades públicas e particulares, nos hospitais e centro de partos sobre as condutas que são caracterizadas como violência obstétrica ou institucional de gênero.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica: a dor que cala.** Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 02 fev. 2019.

ARGENTINA. Ley N° 26.485, de 01 de abril de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. **Portal do Governo da Argentina.** Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto>. Acesso em: 10 out. 2019.

BARBOSA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. **Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil.** Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/viewFile/847/598>. Acesso em: 02 fev. 2019.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos.** Volume 1, 3. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BIANCHINI, Alice. **O que é “violência baseada no gênero?”** (2016). Disponível em: <https://professoraalice.jusbrasil.com.br/artigos/312151601/o-que-e-violencia-baseada-no-genero>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Decreto N° 1.973, de 01 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para prever, punir, e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. **Portal do Planalto.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. “Convenção de Belém do Pará”.** (1994). Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/convencao-de-belem-do-para.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei N° 7.633, de 29 de maio de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. **Câmara dos Deputados.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=CC470C94667A8F738CF50593544755E0.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei N° 7.867, de 16 de junho 2017. Dispõe medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. **Câmara dos Deputados.**

Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filenome=PL+7867/2017. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. 23. ed., **Vade Mecum**. São Paulo: Saraiva, 2017.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Portal do Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Lei Nº 9.623, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art.226 da Constituição Federal, que trata de planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Portal do Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 09 set. 2019.

_____. Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir à parturiente o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portal do Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Lei Nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do parágrafo 8 do artigo 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o Código Penal, o Código de Processo Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Portal do Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. (2013). Brasília. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 05 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto:** humanização do pré-natal e nascimento. (2002). Brasília. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 09 set. 2019.

_____. Organização Mundial da Saúde (2016). **Declaração sobre taxas de cesáreas**. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=AD25FAC7B3BCA52BFA16FB22246DE766?sequence=3. Acesso em: 15 set. 2019.

_____. Organização Mundial da Saúde (1996). OMS Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra.

_____. Organização Mundial da Saúde (2014). **Prevenção e eliminação de abuso, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=9A6C6A1667F7301278D47BC459BA69A3?sequence=3. Acesso em: 15 set. 2019.

CORTÊS, Clodoaldo Tentes *et al.* **Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal**. (2018). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

CRUZ, Eliana Alves. **O caso Janaína me lembrou que o Brasil já fez esterilização em massa – com apoio dos EUA**. The Intercept, 2018. Disponível em: <https://theintercept.com/2018/07/18/laqueaduras-esterilizacao-forcada-mulheres/>. Acesso em: 16 set. 2019.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 5. ed., rev., São Paulo: Saraiva, 2006.

FREITAS, V.C.; MARTINS, T.L.T.; MOREIRA, M.F.S.; **Direitos reprodutivos, parto e violência contra as mulheres**: o que está dentro/ fora da educação sexual dos jovens. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/direitos-reprodutivos_maria-de-fatima-salum.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**: parte especial. Volume II, 13. ed., Rio de Janeiro: Impetus, 2016.

_____. **Código penal comentado**. 9. ed., Rio de Janeiro: Impetus, 2016.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao código penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1955.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre o parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

MEDINA, Graciela; MAGAÑA, Ignacio Gonzáles; YUBA, Gabriela. **Violencia de género y violencia domestica**: responsabilidade por danos. Buenos Aires, Rubinzal – Culzoni Editores, 2013.

MENDONÇA, S.S.; SIMAS, R. **O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto**: reflexões sobre violência, poder e direito. (2016). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11504/8095>. Acesso em: 06 set. 2019.

OLIVEIRA, Virginia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde.** Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

PARAÍBA. Lei Nº 11.412, de 20 de agosto de 2019. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e a mulher em situação de abortamento no Estado da Paraíba. **Diário Oficial do Estado.** Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doe/2019/agosto/diario-oficial-21-08-2019.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro** – Parte especial v.2., 8. ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

RIBEIRO, Djamila. **Lugar de fala.** São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019.

SENS, Maristela Muller; STAMN, Ana Maria Nunes de Faria. **A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100277. Acesso em: 09 out. 2019.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Reflexos de responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica.** Disponível em: <http://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/1048/1043>. Acesso em: 15 fev. 2019.

VENEZUELA. Ley Nº 38.668, de 23 de abril de 2007. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.** Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.