

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

**Uma Análise Sobre a Efetivação dos Direitos da Mulher em Exercício de sua Saúde
Sexual e Reprodutiva**

Josiane Prado Ferreira

Marjorie Alves Ferreira

Orientadora: Prof. Pedrita Dias Costa

Parnaíba

2017

JOSIANE PRADO FERREIRA
MARJORIE ALVES FERREIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

Uma análise sobre a efetivação dos direitos da mulher em exercício de sua saúde sexual e reprodutiva

Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Estadual do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel.

Professora Orientadora: Prof. Pedrita Dias Costa.

Parnaíba

2017

JOSIANE PRADO FERREIRA
MARJORIE ALVES FERREIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
**uma análise sobre a efetivação dos direitos da mulher em exercício de sua saúde sexual
e reprodutiva**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi
apresentado como requisito para obtenção do
Título de Bacharel no Curso de Direito da
Universidade Estadual do Piauí.

Parnaíba, 15 de Fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Professora Orientadora: Prof. Pedrita Dias Costa

MARCELA DE PAIVA LAURENTINO

BRUNA OLIVEIRA FERNANDES

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, como gratidão pelo dom vida e do aprendizado. Aos meus pais, que me educaram e me amaram, conduzindo-me até mais esta conquista e aos demais familiares, aos amigos e namorado, por todo apoio a mim dirigido, que foi essencial para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom de minha vida, pela capacidade de aprender e por me conduzir a mais esta conquista. Sou grata a meus pais, Sandra Maria Prado Ferreira e Wellington Linhares Ferreira, por todo esforço e dedicação que a mim devotaram desde o meu nascimento até os dias de hoje. Sem a educação e o amor por eles a mim entregue, nenhum dos sonhos agora realizados seriam possíveis. A eles dedico não só esta, mas todas as vitórias. Agradeço também a minha irmã, Clara Prado Ferreira, pelo carinho, amor, companhia e apoio, bem como aos meus demais familiares, que foram fundamentais para que eu completasse minha caminhada acadêmica, que agora se encerra por meio deste trabalho. Dispenso minha gratidão também ao meu namorado, Pedro Henrique Penafiel Diniz Moura, pelo amor e amizade, por todo apoio e incentivo, os quais facilitaram a superação dos desafios e concretização deste feito. Também agradeço a todos os meus amigos, por serem sempre um conforto e uma alegria, principalmente dentre as dificuldades trilhadas ao longo dos últimos anos e da construção desta monografia. Agradeço, grandemente, a Professora Pedrita Dias Costa, pela valorosa orientação ao longo da criação deste trabalho, por todas as sugestões e correções, pela paciência, compromisso e amizade, sem os quais não teria sido possível a concretização deste trabalho. Por fim agradeço a todos os meus mestres da Universidade Estadual do Piauí e aos queridos colegas e amigos da Defensoria Pública de Parnaíba, em especial aos integrantes da 2º Defensoria, que me formaram e capacitaram para a vida profissional que se inicia a partir de agora.

Dedico o presente trabalho de conclusão de curso à todos os meus familiares, que abraçaram os meus sonhos como se deles fossem, especialmente, à minha amada e saudosa avó Ilza Alves Mariano (in memoriam), grande incentivadora em toda minha trajetória estudantil.

AGRADECIMENTOS

Todas as vitórias são compostas por diversos fatores. Um dos mais importantes é o suporte das pessoas que são importantes em nossas vidas. Por isso, faz-se necessário agradecer. Agradeço à minha mãe **Mária de Fátima Mariano Alves**, pela companhia e apoio de todas as horas, nos momentos bons e ruins. Ao meu pai, **Manoel Cristino Ferreira Júnior**, pelo incentivo constante na vida acadêmica. Ambos responsáveis pela minha criação como pessoa e por terem me proporcionado as melhores oportunidades, contribuindo para minha formação como profissional. Aos meus tios, **Francisco, Cássio, Jeanne e Geine**, pela dedicação e carinho destinados a mim durante toda minha vida, não sendo diferente no período atribulado de final de graduação. Aos meus padrinhos, **Hermínia e José Bezerra**, que mesmo de longe, sempre se preocuparam em demonstrar amor, orgulho e arrimo. Aos meus irmãos **Manoel, João e Maria**, e aos meus primos **Raran, Arthur, Davi, Renan e Dante**, que independente das idades, sempre serão as crianças da minha vida, e pelas quais sempre almejo ser uma pessoa melhor, com o intuito de poder ser vista como exemplo. Ao meu namorado, **Victor Monteiro**, pela paciência, pelo amor, e por estar sempre presente aplaudindo minhas vitórias e amenizando as derrotas. Aos meus amigos, por tornarem os momentos difíceis mais leves, e pela confiança de compartilharem a vida comigo. Aos colegas de trabalho do **Ministério Público do Estado do Piauí**, pelo aprendizado profissional e pessoal. Por fim, agradeço ainda à **Professora Pedrita Dias**, pela disponibilidade em ajudar na confecção do presente trabalho, sendo uma orientadora que se fez presente e amiga.

RESUMO

O presente trabalho abordará um tema importante, contudo pouco debatido, a violência obstétrica. De forma breve conceitua-se como aquela praticada contra mulheres gestantes e parturientes, durante atendimento hospitalar, pelos profissionais de saúde. Por meio de pesquisa teórica este trabalho traz uma análise sobre a efetivação dos direitos da mulher em exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. Para isso este trabalho discorre primeiramente sobre o histórico dos direitos femininos e a relação entre discriminação de gênero e violência. Posteriormente apresenta conceitos e aspectos gerais do tema, como meio de demonstrar não só a sua definição, mas também suas principais características e abrangência. Como principais críticas este trabalho reflete primeiramente sobre a deficiente legislação brasileira quanto ao tema, a qual é constituída de normas esparsas, não específicas e ineficazes. Em segundo lugar, critica o tratamento jurídico dispensado aos casos de violência obstétrica no Brasil, que é um reflexo da falha do ordenamento jurídico nacional, visto que não há meios civis específicos para composição dos casos e tão poucos a tipificação criminal dos atos caracterizados de violência obstétrica, sendo crescente e cotidiana a impunidade. Assim este trabalho encerra seu objetivo demonstrando a gravidade do problema, suas motivações e propondo possíveis soluções como a melhoria da legislação e no tratamento jurídico aos casos de violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Direitos da mulher. Ordenamento jurídico brasileiro.

ABSTRACT

This paper will address an important topic but not too debated, obstetric violence. Briefly, it is conceptualized as the one practiced against pregnant and parturient women, during hospital care, by health professionals. Through theoretical research, this work presents an analysis about the effectiveness of women's rights in the exercise of their sexual and reproductive health. For this, the present work first deals about the history of women's rights and the relationship between gender discrimination and violence. Subsequently it presents concepts and general aspects of the theme, as a means of demonstrating not only its definition, but also its main characteristics and scope. As main criticisms this work reflects first on the deficient Brazilian legislation on the subject, which is composed of sparse, non-specific and ineffective norms. Secondly, it criticizes the legal treatment given to obstetric violence cases in Brazil, which is a reflection of the failure of the national legal system, since there are no specific civil means for the composition of cases and so few the criminal typifications of the acts characterized by obstetric violence, being increasing and daily the impunity. Thus, this work ends its objective by demonstrating the seriousness of the problem, it motivates and proposes possible solutions such as the improvement of legislation and the legal treatment of cases of obstetric violence.

Key words: obstetric violence. women's rights. Brazilian legal system

Sumário

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	3
HISTÓRICO DOS DIREITOS DA MULHER E A VIOLENCIA OBSTÉTRICA	3
1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A EVOLUÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER E REFLEXÃO SOBRE A IGUALDADE MATERIAL	3
1.2 RELAÇÃO ENTRE A DISCRIMINAÇÃO DE GÊNERO E A VIOLÊNCIA.....	7
1.3 – CONCEITO.....	11
1.4 AGENTES ATIVOS E PASSIVOS.....	12
1.5 FORMAS DE MANIFESTAÇÃO.....	14
1.5.1 Aspecto Físico	15
1.5.2 Aspecto Psicológico	15
1.5.3 Aspecto Sexual.....	15
1.5.4 Aspecto material/patrimonial	16
1.5.5 Aspecto Midiático	16
1.5.6 Aspecto Gênero	16
1.5.7 Aspecto Institucional.....	17
1.6 CONDUTAS	17
1.6.1 Episiotomia.....	18
1.6.2 Manobra de Kristeller.....	19
1.6.3 Cesárea	19
1.6.4 Ocitocina	21
1.6.5 Peregrinação Obstétrica.....	22
1.6.6 Tratamento desumano e degradante.....	22
CAPÍTULO 2	24
ABORDAGEM LEGAL DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS FEMININOS NO BRASIL.....	24
2.1 NORMAS CONSTITUCIONAIS.....	24
2.1.1 Dignidade da Pessoa Humana:	24
2.1.2 Proteção à vida, a liberdade e a igualdade:	25
2.1.3 Proteção à intimidade, a honra, vida privada e imagem:.....	27
2.1.4 Vedação ao tratamento desumano ou degradante:	27
2.1.5- Vedação a discriminação de gênero:.....	28
2.1.6 Direito a saúde:.....	28
2.2 NORMAS INFRACONSTITUCIONAIS	29

2.3 NORMAS INFRALEGAIS.....	33
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS	37
2.5 LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL	38
2.6 CRÍTICA QUANTO A EFICIÊNCIA DO ORDENAMENTO NACIONAL SOBRE O TEMA	38
CAPÍTULO 3	47
RESPONSABILIZAÇÃO JURÍDICA DAS INSTITUIÇÕES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PELOS CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	47
3.1 SEARA CÍVEL.....	47
3.2 SEARA ADMINISTRATIVA	54
3.2.1 Medicina.....	54
3.2.2 Enfermagem	58
3.3 SEARA PENAL.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65
ANEXO A – Conteúdo completo da lei 17.097 de 17 de Janeiro de 2017.	69
ANEXO B – Art. 14 do Projeto de lei nº 7.633/2014	72

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa analisar os diversos aspectos da violência obstétrica no Brasil, de modo a observar sua evolução histórica, a previsão legal existente a cerca do tema e as possíveis consequências no âmbito jurídico, pois se trata de um tema que está ganhando maior visibilidade e relevância atualmente, visto o alarmante crescimento no número das vítimas.

Pode-se definir a violência obstétrica como aquela sofrida pelas mulheres gestantes ou parturientes, antes, durante ou após o trabalho de parto, dentro dos estabelecimentos de saúde e praticada por profissionais do ramo. Tal forma de violência manifesta-se de várias maneiras, como por exemplo, em um tratamento negligenciado e intervenções no corpo e no feto sem o consentimento da vítima.

De início, tem-se a exposição do histórico dos direitos da mulher e da violência obstétrica, com um breve histórico sobre a evolução dos direitos femininos e a reflexão sobre a igualdade material, tópico em que são elencados os direitos e garantias que as mulheres faziam jus desde o surgimento das primeiras sociedades e seu progresso até o período atual, discorrendo sobre tais mudanças no âmbito das cartas magnas anteriormente vigentes e a atual Constituição Federal de 1988.

Ressalta-se, ainda, a relação entre a discriminação de gênero e a violência, relação esta que evidencia que desde a época da sociedade majoritariamente patriarcal, a violência contra a mulher já estava presente no seio familiar e nas relações interpessoais, com manifestações mais discretas.

Para compreender a violência obstétrica como situação problema nos dias de hoje é necessário ter o conhecimento dos conceitos a respeito dos agentes e das práticas envolvidas, bem como da legislação pátria vigente e de que maneira ela dispõe sobre tal tipo de violência, de modo a aperfeiçoar a busca pela melhoria no trato com a mulher gestante e parturiente.

A violência obstétrica, principal foco deste trabalho, é mais uma das manifestações violentas sofridas pelas mulheres. Esta atinge 1 a cada 4 mulheres no Brasil, segundo pesquisa realizada pela Fundação Percecu Abramo e o SESC. Contudo, ao contrário das outras espécies de violência contra a mulher supracitadas, esta é quase desconhecida e praticamente nunca vira notícia, o que dificulta a prevenção e o combate, visto que muitas vezes nem as vítimas conhecem o problema

Tal tipo de violência ocorre em uma frequência diária, dentro de instituições de saúde que tem como obrigação garantir segurança e boas condições de atendimento. É cometida

pelos profissionais da saúde que deveriam ser dignos de toda confiança e transmitir calma aos seus pacientes e através de agressões disfarçadas de procedimentos de rotina. São práticas realizadas sem embasamento científico e recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde). Atinge grávidas e parturientes, exatamente aquelas mulheres que estão vivenciando o momento mais delicado de suas vidas, onde se encontram vulneráveis e em extrema sensibilidade.

O presente trabalho objetiva em primazia tecer uma análise sobre os direitos das mulheres em exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. De maneira a alertar sobre as deficiências encontradas na assistência médica prestada as mulheres desde o pré - natal até o parto, que vem por revelar altos índices de violência obstétrica em nosso país e promover a conscientização das mulheres, profissionais de saúde, operadores do direito e sociedade sobre o tema, com a finalidade de fomentar a prevenção e o combate a violência obstétrica;

CAPÍTULO 1

HISTÓRICO DOS DIREITOS DA MULHER E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A EVOLUÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER E REFLEXÃO SOBRE A IGUALDADE MATERIAL

Durante muitos anos, as mulheres eram apenas detentoras de deveres, não fazendo jus a nenhuma espécie de direito ou garantia que lhe permitisse viver de modo mais justo e digno quando comparada aos homens. Desde o início da humanidade a mulher ocupava uma posição de submissão, a qual era necessária para ser considerada honesta e respeitável perante a sociedade.

No período pós-guerra, aproximadamente na metade do século XX, houve o início de uma preocupação maior com a efetivação da justiça e dos direitos e garantias fundamentais, o que ocasionou diversas modificações nos ordenamentos jurídicos ao redor do mundo, que foram relevantes para a proteção dos direitos femininos, pois ocorreram mudanças com o intuito de legitimar a mulher como pessoa detentora de direitos, os quais passaram a ser reconhecidos em vários documentos no âmbito do Direito Internacional.

Entretanto, apesar dos avanços dos direitos da mulher, tal busca pelos direitos e garantias constituem um processo longo e gradual, que perdura até os dias atuais, tendo sido iniciado desde a antiguidade, momento em que, apesar da sociedade patriarcal ser dominante, as mulheres começaram a lutar por seus ideais, esquivando-se dos mandamentos da Igreja e das normas dos bons costumes da coletividade.

A primeira instituição a regular as questões sociais e relativas à mulher foi a Igreja Católica, impondo uma condição de obediência ao Cristianismo, o qual pregava que a mulher deveria se sacrificar a vida inteira para ser merecedora de um lugar no céu, assumindo uma posição de santa perante a sociedade, sendo digna apenas se cumprisse os deveres de casar virgem, perpetuar a família e ser submissa ao marido e à Deus.

Durante a Idade Média, a Igreja Católica começou a legislar. Suas leis, muito severas em relação à condição feminina, defendiam a indissolubilidade do casamento monogâmico. E, para isso, a legislação canônica lutou contra o divórcio, a poligamia e o concubinato. A Igreja Católica criou e tornou triunfante o tabu sexual. A história de Adão e Eva mostra a mulher como o grande estímulo do mal que desabou sobre a humanidade. A sexualidade era permitida para a reprodução da espécie, nunca para exercício do prazer. No casamento, as relações sexuais eram impregnadas pela idéia de sujeira, tornando a mulher que as praticasse, mesmo por amor, uma pecadora mortal. (MATOS, Maureen Lessa. GITAHY, Raquel R. Christino. A evolução dos direitos da mulher. *Colloquium Humanarum*, v. 4, n.1, Jun. 2007, p. 75)

Mesmo diante dos dogmas autoritários da Igreja, algumas das mulheres da época escolheram seguir um caminho oposto ao considerado ideal, continuando a trabalhar na atividade comercial, a qual prevalecia na época, mesmo com baixos salários e nenhum poder de decisão. Tal rebeldia era vista como heresia pela Igreja e pela burguesia e chegaram a qualificar estas mulheres como “bruxas”, pois exerciam atividade inadequada e iam de encontro com os ensinamentos do teocentrismo vigente na Idade Média.

A família patriarcal regida pelos bons costumes da sociedade e regras do catolicismo vigorou por bastante tempo, inclusive no Brasil Colônia até o início do século XX, momento em que as mulheres tinham duas destinações: se tornar escravas, quando negras, e ser mãe de família originária de um casamento acordado por grandes famílias, quando brancas, época na qual o Direito Civil Brasileiro era regido pelas Ordenações Filipinas, compilação jurídica elaborada por Felipe I de Portugal. Sobre esse assunto Silvia Pimentel analisa (1978, p.14):

O Brasil-colônia regulava-se pelas leis portuguesas. Quando se tornou independente politicamente, não possuindo capacidade de organização necessária para se auto-regular, continuou valendo-se de leis alienígenas. Isso passou a ser tradição. [...] Grande número de leis brasileiras são transplantes das legislações européia e americana. Historicamente, o fato se liga à condição colonial do Brasil. Faltando no país escolas especializadas, grande parte dos filhos de brasileiros importantes e ilustres estudava fora do Brasil, e, ao voltar, trazia uma bagagem cultural que nada tinha a ver com a grande maioria dos problemas da realidade sub-desenvolvida brasileira.

O patriarcado teve seu lento processo de decadência iniciado nos primeiros anos de República, em virtude do desenvolvimento natural da sociedade, com a modernidade que crescia aos poucos em todos os aspectos. Mesmo perdendo a força ao longo dos anos, o Código Civil Brasileiro de 1916, ainda estabelecia regras conservadoras influenciadas pela sociedade patriarcal, prevendo em alguns dos seus dispositivos que as mulheres não podiam exercer certas atividades e o marido era o representante legal da família.

A esse respeito, Karina Melissa Cabral escreveu (2008, p. 40):

O Código Civil de 1916 foi muito aguardado, porém para as mulheres em quase nada revolucionou, pois acabou confirmando a tendência conservadora do Estado e da Igreja, e consagrou a superioridade do homem, dando o comando unido da família ao marido, e delegando a mulher casada a incapacidade jurídica relativa, equiparada aos índios, aos pródigos e aos menores de idade. [...] Devido ao Código Civil o marido se constituiu o chefe da sociedade conjugal e o administrador exclusivo dos bens do casal, tendo somente ele o direito de fixar o domicílio da família, do qual se a mulher dele se afastasse por qualquer motivo poderia ser acusada de abandono de lar, com perda do direito à alimentos e à guarda dos filhos.

Pensamentos tão retrógrados não estavam de acordo com os avanços ocorridos durante cinquenta anos, na sociedade que passou a incluir a mulher em atividades importantes da vida em coletividade, como a inserção no mercado de trabalho por exemplo. Motivo pelo qual em 27 de agosto em 1962, a Lei 4.121 adveio para reverter tal situação.

O conhecido Estatuto da Mulher Casada pôs fim ao direito do marido de ser chefe absoluto da sociedade conjugal, bem como conferiu à mulher os direitos de ter o pátrio poder sobre os filhos, tornar-se economicamente ativa e exercer determinados atos, independente de autorização do cônjuge, contribuindo assim para a emancipação feminina em diversas áreas. A lei nº 4.121 alterou a situação jurídica da mulher casada emancipando-a da posição de inferioridade que ocupava na sociedade conjugal.

Quanto à capacidade eleitoral, as mulheres começaram a se organizar para lutar pelo direito ao voto e à instrução em 1850, movimento posteriormente reforçado com a iniciativa de pessoas como Deolinda Dalto e Berta Lutz, em 1917, que finalmente alcançou seu objetivo em 1932, quando o então presidente Getúlio Vargas promulgou o novo Código Eleitoral, conferindo à mulher o direito a votar e ser votada.

Entretanto, apenas mulheres casadas gozavam de tal direito, com autorização do marido, restrição abolida apenas em 1934, estendendo o poder de voto para todas as mulheres, tornando-se obrigatório no ano de 1946. Como bem mencionado por Silvia Pimentel, “pela primeira vez, em 1934, o constituinte brasileiro demonstra sua preocupação pela situação jurídica da mulher proibindo expressamente privilégios ou distinções por motivo de sexo” (1978, p. 17).

A Constituição de 1934 também foi importante no que diz respeito à mulher, pois estabeleceu garantias referentes ao parto, contemplando o direito à assistência médica e ao período de licença-maternidade, bem como proibiu o exercício de atividade laboral em indústrias em condições insalubres e a diferença na remuneração em função da discriminação de gênero.

Com o advento da Constituição de 1946, houve um destaque para as conquistas de direitos da mulher no âmbito das relações de trabalho, pois a proibição à diferenciação no salário baseado apenas no critério de discriminação de gênero foi efetivada como direito trabalhista da mulher, bem como foi incorporado o direito à aposentadoria da mulher com 35 anos de serviço ou por idade aos 70 anos.

Em 1967, ainda durante a ditadura militar, a mudança relevante se deu na redução do prazo da aposentadoria por contribuição de 35 para 30 anos. Apesar da Constituição de 1969

não ter apresentado evolução relevante nos direitos da mulher, na linha do tempo da legislação, em dezembro do ano de 1977 o Código Civil vigente foi alterado pela Lei 6.515, a Lei do Divórcio, que regulava os casos de dissolução do matrimônio e as consequências, pois anteriormente a sociedade conjugal era considerada indissolúvel.

O maior avanço no que diz respeito aos direitos da mulher e igualdade de gênero deu-se na Constituição de 1988, vigente até os dias atuais, ampliando tanto os direitos e deveres femininos, como aboliu os pensamentos paternalistas de supremacia do homem sobre a mulher. Destaca-se o dispositivo legal:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; (...)

A Constituição de 1988 foi fortemente influenciada pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, aprovada pela Organização das Nações Unidas e promulgada no Brasil em 1952, e busca acima de tudo garantir a isonomia, inclusive entre homens e mulheres, baseada nos princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade.

A legislação, claramente, evoluiu bastante e trouxe homens e mulheres ao patamar de igualdade formal. Perante os dispositivos legais, os gêneros são iguais e possuem inúmeros direitos. Como prova disso temos o princípio da igualdade, acima descrito pela citação do artigo 5º, I, da Constituição cidadã.

Contudo, infelizmente, a igualdade formal por si só, não basta. Sendo necessária a busca pela igualdade material, de fato, conforme explica Pedro Lenza:

O art.5º, caput, consagra serem todos iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Deve-se contudo buscar não somente essa aparente igualdade formal (consagrada no *liberalismo clássico*), mas, principalmente, a igualdade material. Isso porque, no *Estado Social* ativo, efetivador dos direitos humanos, imagina-se uma igualdade mais real perante os bens da vida, diversa daquela apenas formalizada perante a lei (2013, P.1044).

Segundo dados da ONU Mulher (Organização das nações unidas), o Brasil ocupa a 85ª posição em desenvolvimento humano e desigualdade de gênero segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Além disso, o Brasil continua a ocupar o 121º lugar no ranking de participação das mulheres na política, com estas ocupando pouco mais de 10% dos assentos no Congresso Nacional. As

mulheres também ocupam apenas 10% das prefeituras e representam 12% dos conselhos municipais, apesar do cumprimento da lei de cotas (30%) obtido primeira vez nas eleições municipais de 2012.

Também conforme dados da ONU, a taxa de desemprego das mulheres é cerca de duas vezes maior que a dos homens, uma diferença que aumenta quando se comparam homens brancos (5,3%) com mulheres afrodescendentes (12,5%). Apenas um quarto das mulheres empregadas está no setor formal e o salário médio para os homens é 30% maior do que o de mulheres.

Há ainda mais dados evidenciadores da desigualdade material de gênero no Brasil. Um terço das famílias brasileiras é chefiada por mulheres, e metade delas são monoparentais. As mulheres dedicam mais do que o dobro de seu tempo para as tarefas domésticas do que os homens. A taxa de feminicídio dobrou entre 1980 e 2011, e hoje uma mulher é assassinada a cada duas horas, a maioria por homens com os quais têm relações íntimas, colocando o Brasil como o sétimo país do mundo com maiores taxas de feminicídio. Em 2012, o número de estupros foi superior a 50.000. Dados também da Organização da Nações Unidas.

A maior luta feminina da atualidade é alcançar a igualdade substancial, que seria a expressão da igualdade de gêneros no cotidiano, pondo fim em disparidades como as acima citadas. É necessária a efetivação dos direitos femininos já conquistados, bem como a luta por outros ainda não concedidos, mesmo após tantas mudanças e evoluções no âmbito legal.

1.2 RELAÇÃO ENTRE A DISCRIMINAÇÃO DE GÊNERO E A VIOLÊNCIA

A violência contra a mulher e a discriminação de gênero teve início no seio familiar desde o seu nascimento, quando o chefe de família, autoridade absoluta e indiscutível já exigiam de suas esposas grávidas o nascimento do seu sucessor, como se a mulher fosse detentora de tal escolha. Ao gerar uma filha era culpada por não atender o desejo do seu esposo, a quem devia obediência.

Portanto, a mulher já nascia indesejada pelo machismo preponderante da família patriarcal. À ela destinava-se o casamento, majoritariamente indesejado, pois tratava-se de acordos entre famílias, o que caracterizava uma violência ao seu direito de escolha. Quando cessava o dever de obediência para com o pai, tal dever era transferido para a figura do marido.

A violência às mulheres brancas era mascarada em nome da moral social e reforçada pela sociedade conservadora e pela igreja. Quanto às negras, era visível e aceitável vendê-las

como mercadorias de menor valor que os homens, por estes, serem preferidos pela força física, bem como eram violentadas por seus senhores em suas relações extraconjugais,

Desde a Idade Antiga, foi criada uma cultura de subordinação da mulher em relação ao homem, a qual impedia aquelas de possuírem quaisquer direitos isonômicos aos do sexo masculino, eram privadas inclusive de ter acesso à educação. Na Grécia, o homem figurava ainda como detentor de sua companheira, no que diz respeito à sua pessoa e aos direitos desta. Tal pensamento era corroborado pelos costumes e regras de uma sociedade machista, bem como enfatizado por grandes pensadores da época, como Aristóteles. Vejamos:

Aristóteles também explanou algumas ideias acerca desse contexto. Ele posicionou o homem com superioridade e divindade em relação à mulher, já que esta se compunha como um ser emocional, desviado do tipo humano. Assim, a alma tem domínio sobre o corpo; a razão sobre a emoção; o masculino sobre o feminino.(Campos e Corrêa, 2007, p.100)

Salienta ainda Hermann (2008, p.26):

De todos os preconceitos despertados pela figura feminina, os mais universais e intensos estão ligados à sua sexualidade.[...] A Ciência também discriminou a mulher, pelo menos até bem pouco tempo. No século XIX Gustave Le Bon, um dos fundadores da psicologia social, afirmou que uma mulher inteligente é algo tão raro quanto um gorila de duas cabeças. Charles Darwin, embora reconhecendo algumas qualidades femininas, como a intuição, as definia como virtudes características das raças inferiores. Todavia, é na moral sexual da mulher que a cultura machista concentra mais intensamente a carga de discriminação, gerando desigualdade.

No conhecido Império Romano, a mulher também desempenhava um papel de objeto, servindo de mera detenção para seus maridos, os quais as usavam de modo a afirmar seu autoritarismo perante o círculo social. As normas de tal período estabeleciam que o exercício de direitos femininos dependiam de prévia autorização do pai ou esposo, figuras masculinas superiores que mereciam respeito e reverência.

No Brasil, da preferência do nascimento de herdeiros varões a uma mulher presidindo uma nação foi necessária a Constituição de 1988 que confere igualdade entre homens e mulheres.

A discriminação de gênero pelo machismo é espécie do gênero Sexismo, que compreende as discriminações relacionadas à gênero, sexo e orientação sexual. Tanto homens como mulheres podem ter comportamentos sexistas, pois diz respeito a atribuir características estereotipadas a certo gênero. No entanto, tal forma de agir é documentada afetando mais mulheres do que homens.

De acordo com Karin Ellen von Smigay, (2002,p.35) o sexismo acaba "legitimando a violência contra mulheres e todos aqueles que, em determinadas circunstâncias, são reconhecidos como tendo uma posição feminilizada. Mantido por um pensamento essencialista, atribui qualidades e defeitos que seriam inerentes e específicos de cada sexo" (p. 35).

A cultura popular do machismo está intrinsecamente presente em quase todas as sociedades humanas há séculos. O conceito da superioridade de gênero, instituído pelo patriarcado ao longo dos anos, e o sexismo ajudam a alimentar a ideia da desvalorização e preconceito contra às mulheres.

Na contemporaneidade, mesmo após várias conquistas, as mulheres continuam enfrentando inúmeros desafios e barreiras preconceituosas impostas por uma sociedade historicamente machista. Pessoas que possuam comportamento machista acentuado podem ser consideradas misóginas, denominação utilizada para conceituar um sentimento forte de ódio, desprezo e preconceito pela figura feminina. Tem-se o entendimento de Maria Berenice Dias (2007, p.15):

Ninguém duvida que a violência sofrida pela mulher não seja exclusivamente de responsabilidade do agressor. A sociedade ainda cultiva valores que incentivam a violência, o que impõe a necessidade de se tomar consciência de que a culpa é de todos. O fundamento é cultural e decorre da desigualdade no exercício de poder e que leva a uma relação de dominante e dominado. Essas posturas acabam sendo referendadas pelo Estado. Daí o absoluto descaso de que sempre foi alvo a violência doméstica.

Após muitos anos de privilégios e total domínio masculino, a sociedade entendeu que a única força que realmente diferencia os gêneros é a física. E essa fragilidade é um dos fatores que ocasionam a violência física e moral por uma sociedade ainda machista, pensamento que já deveria ter sido completamente abolido, nesse cenário em que a mulher destaca-se cada vez mais por sua capacidade intelectual.

Atualmente são nítidas as conquistas femininas, contudo, apesar de toda evolução alcançada até aqui pela classe feminina, a realidade não é a de verdadeira igualdade entre homens e mulheres. A igualdade formal garantida pela lei acaba não por não refletir na realidade, não há assim igualdade material de gênero.

Assim a desigualdade de gênero e o preconceito com o sexo feminino se mantém presente na sociedade brasileira. O mais preocupante é quando esta discriminação se manifesta em forma violenta, como nos casos de violência doméstica e sexual, que são diariamente noticiados nos diversos meios de imprensa.

Outro motivo determinante à violência é a própria inércia da mulher, muitas vezes justificada por medo de uma reação opressora, o que a faz esconder da sociedade a sua condição de vítima. Embora amparada pela Lei Maria da Penha, ainda não se sente segura, devido à fragilidade do sistema judiciário, que não garante de forma eficaz a proteção aos seus direitos de integridade física e moral.

A questão da violência contra a mulher tem tomado proporções inaceitáveis, em uma época em que vemos a sua ascensão, após várias conquistas e valorização do gênero, e esse fato talvez desperte no ser machista o sentimento de perda do espaço na sociedade.

Ocorre que, há um entendimento na sociedade atual de que a mulher é violentada apenas fisicamente. Entretanto, é válido ressaltar que a violência contra a mulher pode assumir diversas formas além das que desrespeitam a integridade física e sexual, como por exemplo, as agressões sociais e psicológicas, que podem acarretar consequências igualmente alarmantes.

No Brasil, a população feminina ultrapassou 103 milhões de mulheres em 2014. Uma em cada cinco considera já ter sofrido alguma vez “algum tipo de violência de parte de algum homem, conhecido ou desconhecido” (Fundação Perseu Abramo, 2010).

Antes de listar conceitos específicos é importante conceituar a violência contra a mulher. A Convenção Interamericana para prevenir punir e erradicar a violência contra a mulher – Convenção do Pará, diz em seu art.2 que:

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

- A. que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
- B. que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e
- C. que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Uma das formas mais frequentes de violência empregada contra a mulher acontece dentro do seio familiar em seu próprio lar, quando é praticada por pessoas da sua convivência diária, como maridos/esposas ou companheiros/as, a conhecida violência doméstica, com punições legais previstas na Lei 11.340/2006, a Lei Maria da Penha, que também tipifica os outros modos de violência. Em 2013, foi publicado estudo realizado pela OMS (Organização

Mundial de Saúde), afirmando que a agressão cometida por parceiro íntimo é o tipo mais comum de violência contra as mulheres em todo o mundo, afetando 30% do total.

Além das agressões presentes no âmbito doméstico, a violência também pode ocorrer de forma institucional, o que ocorre quando um servidor estatal figura como sujeito ativo, negligenciando o atendimento com a mulher, podendo ser omissivo ou deixando de tratá-la com urbanidade, pelo simples fato da discriminação de gênero.

Ademais, outra situação que ocasiona vulnerabilidade da mulher se dá no ambiente de trabalho, quando esta acaba sendo vítima de episódios de assédio e discriminação, muitas vezes praticados por ocupantes de cargos superiores hierarquicamente, causando um quadro de intimidação.

A violência contra a mulher persiste, mesmo com todos os direitos previstos no ordenamento jurídico pátrio, o qual tem por objetivo estabelecer a igualdade formal de gêneros. Contudo, apesar da existência da legislação, esta se mostra frequentemente insuficiente no seu alcance e não aplicada corretamente, sendo necessária uma ação coordenada dos órgãos responsáveis a fim de garantir condições mais dignas e justas para as mulheres, fazendo a isonomia de direitos convencionada em lei prevalecer na sociedade atual.

1.3 – CONCEITO

O termo violência obstétrica foi criado e fixado no meio acadêmico em 2010, pelo então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, o médico Dr. Rogério Perez D'Gregório. O fato se deu através de uma publicação em editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, na edição daquele ano.

Apesar de ser um termo que vem tomando força no meio acadêmico e galgando aos poucos atenção em meio a sociedade, principalmente nos movimentos que buscam o combate a violência contra a mulher e nas mídias sociais, a violência obstétrica ainda é uma desconhecida pra maioria da população, apesar do alarmante número de vítimas.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo junto ao Sesc, intitulada *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, uma a cada 4 brasileiras são vítimas deste tipo de violência, durante seu processo de parto.

O modo mais simples para conceituar a violência obstétrica é como aquela sofrida por mulheres durante o parto, dentro dos estabelecimentos de saúde e por ação dos profissionais deste ramo, como médicos e enfermeiros. Esta tem sua motivação nas discriminações de

gênero, social e até mesmo étnica e afeta a vítima em diversos âmbitos desde o psicológico ao físico.

Outro conceito bastante simples e de fácil compreensão é o apresentado no artigo A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, de autoria de Mariana Marques Pulhez, segundo o qual a violência obstétrica consiste em um tipo de violência contra a mulher que decorre de situações de ambiente hospitalar, no momento do parto.

O conceito internacional define como qualquer ato ou intervenção direcionada a parturiente ou ao seu bebe, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou um desrespeito em sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferencias, segundo artigo publicado na Revista Rene de 2014, edição Julho e Agosto.

Conforme descrição exposta em cartilha educativa elaborada pela Defensoria Pública de São Paulo, a violência obstétrica se caracteriza pela 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, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Tal conceito é encontrado em leis da venezuelana e da argentina que tratam sobre o tema e que serão exploradas em tópico específico deste trabalho.

No decorrer da produção deste trabalho foi sancionada a lei Catarinense de nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, a qual trata especificamente sobre violência obstétrica. Esta apresenta um primeiro conceito de violência obstétrica disposto em lei no Brasil. Segue a transcrição de segundo artigo da citada lei, o qual dispõe sobre o conceito:

Art.2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe de hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.

1.4 AGENTES ATIVOS E PASSIVOS

Todas as relações humanas se constituem de trocas e confiança recíproca, dinâmica que proporciona uma situação de equilíbrio entre os sujeitos da relação e faz com esta seja saudável e justa. Contudo nem todas as relações conseguem permanecer neste estado ideal.

Quando há quebra nessa reciprocidade ocorre o desequilíbrio, que na maioria das vezes se traduz em violência. As dificuldades dos seres humanos em lidar com as diferenças, os preconceitos, o machismo e tantos outros ideais retrógrados presentes na sociedade brasileira, minam constantemente as relações humanas, gerando os mais variados tipos de violência.

A violência nasce quando por qualquer um dos motivos acima citados, um dos sujeitos da relação passa a se colocar em posição de superioridade, reduzindo a pessoa do outro, afetando sua autonomia e individualidade. Conforme explica Chauí:

Violência é a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas.(CHAUÍ, 1985.)

A violência obstétrica, assim como todas as demais, se enquadra na descrição acima e advém de uma distinção hierárquica entre seus sujeitos. De um lado os sujeitos ativos, vistos em posição de maior poder, são os que exploram, dominam e oprimem. Em outro lado estão os agentes passivos, que são objetificados, perdendo sua autonomia e subjetividade.

Médicos e profissionais de saúde ocupam a posição superior como os que possuem o conhecimento necessário para cuidar das pacientes. As mulheres estão no polo inferior, vistas sob o olhar do machismo, da discriminação social e étnica. São esses os aspectos formadores da hierarquia que gera a violência obstétrica e que leva ao sofrimento de tantas vítimas.

Maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica (Giffin, 1999).

O mais preocupante nesse quadro é a confiança irrestrita depositada pelas vítimas em seus próprios agressores, visto que a maioria desconhece o conceito de violência obstétrica e os riscos que correm. A ocorrência de atos de violência entre cuidadores e pacientes, é o ponto peculiar entre os agentes da violência obstétrica.

Quanto aos sujeitos ativos é primordial esclarecer que apesar do protagonismo dos profissionais de saúde, como agentes ativos nos casos de violência obstétrica, conforme o dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com Dor”, elaborado pela Rede de Parto do Principio

para a Comissão Parlamentar de Inquérito da violência contra as Mulheres, a violência obstétrica não é praticada única e exclusivamente por profissionais de saúde.

As autoras explicam que isso se dá por conta da pluralidade das fontes de agressão contra a mulher em seu processo reprodutivo, sendo que as vítimas podem sofrer em diversos aspectos, desde o físico até mesmo ao patrimonial ou midiático. Por isso, podem ser sujeitos ativos não só os profissionais de saúde, como também servidores públicos, profissionais técnico-administrativos, de instituições públicas ou particulares, e até mesmo civis.

Ademais, a recém-sancionada lei nº17.097/2017, acrescenta ao rol dos possíveis agentes ativos, os companheiros e familiares, ampliando a proteção em favor das mulheres, mesmo sendo menos provável este tipo de ocorrência.

Quanto aos sujeitos passivos, em primeiro lugar se encontra a mulher, obviamente. Mas também são diretamente ou indiretamente afetados, os nascituros e demais familiares da mulher que sofre com violência obstétrica. Como exemplo podemos citar os casos de óbito de parturientes, as quais acabam deixando suas famílias e filhos recém nascidos, que se tornam vítimas de forma extensiva. No Brasil segundo o Ministério da Saúde a taxa de mortalidade materna em 2002 foi de 74,8 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.

Há também outros casos como a morte dos nascituros ou complicações da saúde dos mesmos após o parto. Casos de comprometimento do exercício da sexualidade da mulher, o que vem a interferir diretamente nos relacionamentos amorosos destas, afetando também os seus companheiros, dentre tantos outros possíveis situações de violência obstétrica que transcendem a figura feminina e atingem os familiares e demais pessoas do círculo social da mulher.

1.5 FORMAS DE MANIFESTAÇÃO

A violência obstétrica se manifesta de diversas formas, em cada uma delas podendo afetar de maneira diferente a vítima. Tudo depende de qual tipo de agressão foi direcionada aquela mulher, sendo possível e comum, que uma mesma vítima sofra em diferentes aspectos. Como exemplo, podemos colocar uma mulher que sofre agressão psicológica e patrimonial conjuntamente ou uma mulher agredida fisicamente que, por consequência disso sofre um abalo emocional.

Para entender a violência obstétrica é essencial a compreensão de sua abrangência não só em número de vítimas, mas, também conhecer como este tipo de violência pode atingir cada uma delas, por isso será explicado logo abaixo os aspectos nos quais a violência obstétrica se manifesta.

1.5.1 Aspecto Físico

A agressão física é aquela que se dá pelo uso da força ou de instrumentos capazes de machucar. Esta incide sobre o corpo da mulher causando dor, sofrimento físico ou danos físicos, que podem ser internos ou externos. Uma agressão física pode ser de grau leve ou intenso, podendo causar desde uma dor momentânea, até mesmo sequelas físicas graves. No âmbito da violência obstétrica os casos mais comuns de agressão física são práticas médicas ultrapassadas e não recomendadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde), como o uso de ocitocina, a episiotomia, além de outras práticas absurdas como a não medicação em casos recomendados ou tricotomia que se caracteriza pela raspagem de pelos da mulher.

1.5.2 Aspecto Psicológico

Agressão psicológica se constitui de ações ou omissões, de caráter verbal ou comportamental, que causem dano à autoestima ou individualidade de uma pessoa, gerando na vítima sentimentos negativos como os de inferioridade, abandono, medo, humilhação, insegurança, desequilíbrio e instabilidade emocional, etc. São exemplos humilhações, chacotas, ofensas, omissão de informações ou fornecimento destas em linguagem não compreensível, ameaças, mentiras, piadas, isolamento de amigos e familiares, negligencia etc.

1.5.3 Aspecto Sexual

De forme geral, a violência sexual corresponde a atos ou tentativas de relação sexual, sob coação ou uso de força. No âmbito da violência obstétrica a agressão sexual ocorre por meio de ações impostas à mulher que, atinjam sua integridade sexual e reprodutiva, por meio de violação da intimidade e pudor da vítima. Podendo haver ou não, acesso aos órgãos íntimos. São exemplos, o assédio, exames de toques invasivos e em realizados em constância desnecessária ou de forma agressiva, exames repetitivos nos mamilos sem consentimento da

vítima, imposição de posição supina durante o parto, ruptura e descolamento de membranas sem o consentimento, episiotomia, cesariana eletiva, dentre outros.

1.5.4 Aspecto material/patrimonial

A violência material advém de condutas, dotadas de má fé, que tentam obter recursos financeiros das parturientes, tais como condicionar o direito a acompanhante a contratação de plano de saúde privado.

1.5.5 Aspecto Midiático

Talvez seja a manifestação de violência obstétrica menos comentada e desconhecida. A mesma é praticada por profissionais da mídia, por meio dos veículos de empresa e meios de comunicação, com finalidade social, econômica ou de dominação, ferindo os direitos femininos. A agressão se dá por meio de publicações capazes de violar psicologicamente mulheres em seus processos reprodutivos. Podem ser exemplos, campanhas que ridicularizem o parto natural ou humanizado, apologia a cesárea sem embasamento científico, incentivos contra a amamentação, etc.

Por fim, resta descrever dois aspectos da violência obstétrica que são praticamente universais, visto que estão presentes em todos os casos. Primeiro a violência de gênero, que mais do que uma manifestação é uma causa de violência obstétrica, pois, como vimos à discriminação é à base da relação abusiva entre profissionais da saúde e parturientes. Em segundo o aspecto institucional, vinculado ao local de ocorrência das agressões que, são as instituições de assistência médica.

1.5.6 Aspecto Gênero

A violência de gênero é aquela dirigida a uma mulher apenas por esta ser mulher. Decorre do machismo enraizado na cultura brasileira, que mesmo em pleno século XXI não deixa de fazer vítimas e de ser presente nos ideais de boa parte da sociedade nacional. Esta se traduz em qualquer ato violento, dirigido a uma mulher por conta de seu gênero, que possa lhe causar dano físico, sofrimento ou até mesmo a morte.

1.5.7 Aspecto Institucional

Caracteriza-se por ações ou omissões que dificultem, atrasem ou impossibilitem o acesso as instituições ou serviços de saúde pelas parturientes, sejam aquelas públicas ou privadas. Além disso, também se constituiu em violência institucional o mau serviço prestado por estas instituições e os profissionais que nela atuam.

Neste aspecto o rol exemplificativo é enorme, podemos citar a peregrinação em busca de atendimento, a proibição de amamentação, os próprios atos de violência física e psicológica, o mau atendimento, falta de fiscalização de tais instituições pelos órgãos competentes, quaisquer outros tipos de violação dos direitos sexuais e reprodutivos das pacientes, bem como todo e qualquer abuso durante o atendimento das parturientes.

1.6 CONDUTAS

Além de conhecer as formas de manifestação da violência obstétrica, é muito útil saber sobre as condutas violentas que são diariamente dirigidas a mulheres por todo o país.

A avaliação científica já demonstrou que a intervenção mínima – o mínimo de interferência compatível com a segurança – é o paradigma a seguir no caso do parto normal. Portanto, durante o trabalho de parto e o nascimento deve haver um motivo válido para interferir num processo natural, motivo este ligado a complicações da mulher ou da criança.(S. G. Diniz, A. S. Chacham, 2006,p.81)

Contudo ao contrário do que é cientificamente proposto, se direciona o processo de parto no Brasil. Este vai de encontro com as evoluções da medicina, do pensamento científico atual, da humanização do parto e até mesmo contra as recomendações da OMS.

Os procedimentos de parto aplicados em parturientes de todo o Brasil são incisivos moralmente e psicologicamente, ferindo a autonomia feminina e desnecessidade de intervenções no processo natural de parto. Contudo, devido ao desconhecimento das vítimas sobre o tema, são tidos como normais e parte da rotina padrão nas maternidades.

Portanto, é importante conhecer quais são os atos violentos dentro do processo de parto. Segue abaixo um rol exemplificativo, com as devidas explicações sobre cada conduta citada.

1.6.1 Episiotomia

É um corte realizado na vulva, mais precisamente na entrada da vagina, feito por bisturi ou tesoura, sob o argumento de facilitar o parto, por criar uma maior abertura vaginal. Muitas vezes este é feito sem anestesia causando fortes dores a parturiente.

Também de acordo com o dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com Dor”, elaborado pela Rede de Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar de Inquérito da violência contra as Mulheres, esse tipo de cirurgia Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris.

Ainda conforme a mesma fonte a episiotomia é o único procedimento cirúrgico realizado sem o consentimento da paciente e sem explicações sobre sua indicação, riscos ou benefícios, contrariando os princípios da medicina.

Segundo o artigo Corte baixo corte por cima:

A episiotomia vem sendo usada como rotina desde meados do século XX na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher. No entanto, desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina. (Simone G. Diniz a e Alessandra S. Chacham, 2006, p85)

A pesquisa Avaliação da qualidade de Maternidades - Assistência à mulher e recém-nascido no SUS, do ano de 2000, aponta que a episiotomia só é indicada em cerca de 15% ou 30% dos casos, ou até menos que isso. Segundo dados divulgados por cartilha criada pela Defensoria Pública de São Paulo, a incidência de episiotomia nos partos via vaginal no Brasil é de 53,5% e a recomendação da OMS é não ultrapassar os 10%.

O procedimento deve ser utilizado apenas em casos que o sofrimento da parturiente ou da criança o justifique. A episiotomia pode acarretar diversos prejuízos a mulher como, a necessidade de sutura, complicações no pós-parto e posteriores problemas no períneo. A episiotomia também pode mutilar a mulher, causando prejuízo a sua vida sexual, tanto pela questão, quanto pela psicológica, visto que a mesma pode abalar o emocional da vítima na mesma intensidade de um estupro, por exemplo. Ademais o procedimento não traz nenhum benefício à criança.

1.6.2 Manobra de Kristeller

Este procedimento assim como a episiotomia, não deveria mais ser parte da rotina hospitalar, já que não agrega nada positivo a realização do parto. A manobra de Kristeller consiste em pressionar a barriga da mulher em direção ao ventre, pode se dar por meio de empurrões manuais, pressão com outros membros do corpo, como braços etc. A forma mais absurda de executar a manobra, é a em que o profissional sobe na vítima, espremendo seu ventre com o peso de seu corpo, e auxílio de seus braços, antebraços e até mesmo joelhos. Assim como a episiotomia a manobra também pode acarretar prejuízos a saúde da parturiente que, corre risco de apresentar problemas viscerais abdominais e uterinos e até mesmo descolamento da placenta.

1.6.3 Cesárea

Segundo documento do IPERBA- Instituto de Perinatologia da Bahia, a cesárea é um procedimento cirúrgico que se caracteriza pela incisão na parede abdominal e no útero, com o fim de retirar o feto.

A cesárea se feita nos casos de real necessidade, e em conformidade com as prescrições da medicina, é capaz até mesmo de salvar vidas, não sendo por si só uma conduta de violência contra a mulher. Contudo, quando feita por outras motivações e sem necessidade, esta pode acarretar em prejuízos ao nascituro e a genitora, sendo assim mais uma forma de violência contra a mulher.

De acordo com o documento já citado, do IPERBA, o parto cesariano pode ser realizado em casos de emergência ameaça imediata a mãe e/ou feto), urgência (comprometimento fetal e/ou materno, sem risco de morte imediato), programada (necessidade de parte mais cedo, contudo ainda sem complicação materno e/ou fetal), perimortem (grave estado materno, após ressuscitação, com intuito de salvar mãe e/ou feto) e posmortem (após a morte materna para salvar o feto).

A realização deste tipo de parto fora dos casos de verdadeira necessidade é intitulada cesárea eletiva. Esta é realizada com data agendada, podendo ocorrer antes mesmo do trabalho de parto começar, ou durante o trabalho de parto, porém, com a ausência dos critérios de urgência e emergência.

Há vários motivos pelos quais ocorrem as cesarianas eletivas, um deles é pela conveniência médica. Nos hospitais e maternidades do país, há um costume de não sobrecarregar os médicos plantonistas, para isso muitos estabelecimentos de saúde costumam usar a tática de “limpar a área”.

Tal conduta consiste em realizar todos os partos pendentes no final do plantão, por meio de cesáreas e outras técnicas que aceleram o processo de nascimento. Em resumo, são realizadas cesáreas apenas com o intuito de beneficiar o médico, retirando deste uma carga maior de trabalho. Também é comum o mesmo médico marcar vários partos para o mesmo dia e de sua preferência, o que ocorre principalmente em véspera de feriados prolongados ou férias.

Outro cenário típico é a cesárea por dissuasão da mulher. Ocorre geralmente no fim da gravidez, a partir da 37^o semana, quando o bebe em tese está apto a nascer. Nesses casos o médico inventa algum tipo de risco, convencendo a mulher de que um parto normal seria perigoso para ela e para o nascituro. Então, o médico marca o parto para uma data conveniente a sua agenda, evitando ser pego de surpresa pelo parto natural, que pode se dar a qualquer momento. Várias indicações para cesáreas dadas por médicos são simplesmente falsas, podemos citar algumas como, circular do cordão ou gestação prolongada.

Há também os casos coação da mulher, que se dá quando os médicos forçam uma cesárea afirmando que não acompanham partos naturais, não podem esperar pelo fim da gestação, entre outros motivos absurdos e abusivos. As parturientes tendem a aceitar pela confiança no profissional e pelo medo de não ter o devido acompanhamento durante o parto. Dizer não a sugestão de cesárea seria se arriscar a ser acompanhada durante o parto por um médico estranho, do qual ela sequer conhece o trabalho.

Por fim, é importante mostrar, em dados, o quanto é preocupante essa cultura das cesáreas no país. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesarianas seja entre 10% ou 15% dos partos. Contudo, no Brasil, muito mais da metade dos nascimentos se dão por cesáreas, podendo chegar ou até mesmo ultrapassar o índice de 90% dos partos. No ano de 2010, 81,83% das crianças que nasceram via convênios médicos, vieram ao mundo por meio de cesáreas. No ano seguinte, 2011, o número aumentou para 83,8%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Há ainda hospitais particulares como o Santa Joana, em São Paulo, que no primeiro trimestre de 2009 apresentou taxa de 93,18% de cesarianas, segundo o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

Também segundo informações da ANS, a cesariana, sem indicação médica, aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade

Isso tudo se deve aos fatores já mencionados, e a ampla divulgação sobre a cesárea, como um parto seguro, o que torna cada vez mais comum a escolha ou imposição das cesarianas. É necessário fiscalizar a mídia, profissionais e instituições de saúde e conscientizar as gestantes sobre as reais indicações e riscos desse procedimento.

Finalizamos com uma citação do dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com Dor”, elaborado pela Rede de Parto do Principio para a Comissão Parlamentar de Inquérito da violência contra as Mulheres, que traz a seguinte observação sobre a comercialização das cesáreas no Brasil e que demonstra a gravidade da questão:

A cesárea agendada é divulgada sem restrições na mídia brasileira. Além de já ser considerada como um bem de consumo, outros produtos e serviços estão sendo agregados a essa cirurgia. Serviços agendados previamente de manicure, pedicure, escova e corte de cabelo. Filmagem e fotografia também com agendamento prévio. E agora o buffet com decoração para a festa antes, durante e depois da cesárea; podendo levar convidados e lembrancinhas; transmissão simultânea do nascimento do bebê através de câmera dentro do centro cirúrgico e exibida em televisores de plasma em um auditório, e transmissão do auditório para um televisor dentro do centro cirúrgico para que a mulher possa ver a reação da plateia. “Satisfação e segurança” prometidas por uma maternidade sem divulgar os riscos de submeter-se desnecessariamente a uma cirurgia de grande porte, o risco de agendar a cesárea para antes do bebê estar realmente maduro para nascer, os riscos aumentados do bebê necessitar de internação em UTIn.

1.6.4 Ocitocina

A ocitocina é um hormônio capaz de acelerar as contrações uterinas, consequentemente acelerando o processo de parto. O uso substancia pode ser positivo em casos de indução ao trabalho parto ou de trabalho de parto prologado. Porém, a ocitocina sintética, se utilizada em casos desnecessários, aumenta a intensidade de dores durante as contrações e aumenta o risco de complicações posteriores ao parto.

1.6.5 Peregrinação Obstétrica

Consiste na busca de uma vaga em instituição de saúde, para atendimento no momento do parto. Nesses casos a parturiente se desloca para diversos locais, em uma difícil procura, que a desgasta, maltrata e aumenta as chances de complicações, principalmente em casos de gravidez de risco. As maiores vítimas nesses casos são as pacientes do SUS que, geralmente não conseguem reservar um local para dar a luz.

As normas para o atendimento pré-natal recomendam que os profissionais de saúde forneçam à mulher no final da gravidez uma carta de recomendação a um hospital, para ajudá-las a conseguir um leito para o parto. Os profissionais de saúde referem-se jocosamente a esta carta como um “alvará de vire-se, pois em geral não produz resultado. (DINIZ SG,2003. [(s/p)]).

O problema em tela é reflexo de mais uma das causas da violência obstétrica, a falta de estrutura nas instituições de saúde pública. As parturientes geralmente encontram instituições lotadas, sem leitos disponíveis.

Consoante pesquisa realizada no ano de 2002, pela Universidade Federal de São Paulo, intitulada Gestantes peregrinam em busca de assistência médica da rede pública, naquele ano no estado de São Paulo 76% das mulheres de baixa renda percorreram mais de um hospital durante o trabalho de parto até encontrar um leito disponível. Além disso, 61% foram a mais de uma instituição e 15% tinham ido a três ou mais.

O grande número de cesáreas também fomenta a peregrinação:

(...) a epidemia de cesarianas contribui para a falta de leitos. Um parto vaginal sem complicações significa uma estadia de 24 horas no hospital, enquanto uma cesárea sem complicações acarreta 72 horas de internação. Além disso, a disponibilidade de leitos depende da quantidade necessária para o pós-parto e os cuidados neonatais, especialmente na gravidez de alto risco. Em São Paulo, devido à epidemia de cesáreas, há demanda de muitos leitos de cuidado intensivo neonatal para bebês com prematuridade iatrogênica, uma complicação comum da cesárea eletiva. Quando estes leitos neonatais estão ocupados, os hospitais não aceitam mais mulheres e as enviam para outro hospital. (S. G. Diniz, A. S. Chacham / Questões de Saúde Reprodutiva 2006, P.82)

1.6.6 Tratamento desumano e degradante

Com toda certeza é a conduta violenta mais comum em casos de violência obstétrica. São infinitos os relatos de mulheres que foram humilhadas, ridicularizadas, alvos de piadas,

entre outras coisas durante o processo de parto. O tratamento desumano vai desde o atendimento hospitalar de má qualidade até as demonstrações de preconceito.

Frases como, “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”, “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”, “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”, “Na hora de fazer, você gostou, né?”, “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”, “ Deixa de ser escandalosa, vais assustar as outras”, são comuns e rotineiras pelas maternidades do país.

Ademais não só as agressões verbais configuram esse tipo de tratamento, outras atitudes como amarrar a mulher durante o parto, expor as partes íntimas das gestantes a número excessivo de profissionais, salas lotadas ou em direção a corredores, impedir a presença de acompanhante, impor posição para o parto, omitir informações, ignorar as reclamações da parturiente, não permitir que a mãe veja o bebe logo após o parto, dentre outros abusos também configuram o tratamento desumano e degradante.

Em resumo, as mulheres são tratadas como seres sem autonomia, destinadas a sofrer durante o processo de parto, tendo como única escolha acatar as ordens dos profissionais que, dominam o momento do parto, o qual deveria ser protagonizado pela mulher.

CAPÍTULO 2

ABORDAGEM LEGAL DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS FEMININOS NO BRASIL

Os direitos sexuais e reprodutivos femininos se encontram espalhados por toda ordenamento jurídico nacional, não havendo um único diploma capaz de reunir todos eles. Neste capítulo serão abordados todos esses direitos, desde os constitucionalmente garantidos, até os advindos de documentos normativos infralegais.

2.1 NORMAS CONSTITUCIONAIS

A Constituição Federal de 1988 elenca direitos dos quais as mulheres, como todos os cidadãos, são titulares. Direitos estes que devem ser estendidos a todas as esferas da vida feminina e que são feridos quando uma mulher sofre violência obstétrica. Os direitos constitucionais persistentes ao tema são os seguintes:

2.1.1 Dignidade da Pessoa Humana:

A dignidade da pessoa humana é um princípio, um fundamento do estado democrático de direito e um direito fundamental inerente a todo ser humano, e está descrita na constituição vigente da seguinte forma:

Art.1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
III - a dignidade da pessoa humana;

Este consiste ao direito de cada ser humano de possuir uma vida revestida de dignidade, com acesso e respeito a todos os direitos dos quais faz jus.

2.1.2 Proteção à vida, a liberdade e a igualdade:

Estes direitos são garantidos a todos através do enunciado do artigo 5º, *caput*, da Constituição Brasileira, conforme o seguinte texto:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança (...).

O direito a vida é obviamente o maior de todos os bens jurídicos, devendo ser o mais protegido. O mesmo é pressuposto básico para todos os outros direitos fundamentais e humanos, devendo ser garantido em primazia. O conceito e a importância do direito a vida são explicados por José Afonso da Silva:

A vida humana, que é o objeto do direito assegurado no art.5º *caput*, integra-se de elementos materiais (físicos e psíquicos) e imateriais (espirituais). A "vida é intimidade conosco mesmo, saber-se e dar-se conta de si mesmo, um assistir a si mesmo e um tomar posição de si mesmo". Por isso é que ela constitui a fonte primária de todos os outros bens jurídicos. De nada adiantaria a Constituição assegurar outros direitos fundamentais, como a igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem-estar, se não erigisse a vida humana num desses direitos. (SILVA, José Afonso da, 2011, p.200)

Pedro Lenza fala o seguinte sobre este direito:

O direito a vida previsto de forma genérica no art.5º, *caput*, abrange tanto o direito de não ser morto, privado da vida, portanto o direito de continuar vivo, como também o direito de ter uma vida digna (...) garantindo-se as necessidades vitais básicas do ser humano e proibindo qualquer tratamento indigno (...) (LENZA, Pedro, 2013, p.1040)

Desta forma, resta claro que o direito a vida não se restringe apenas a se manter vivo mas também a viver dentro dos padrões da dignidade. Portanto, a assistência médica concedida às parturientes deve prezar pela vida, saúde e dignidade das mesmas. Qualquer ato atentatório a vida ou a qualidade de vida da mulher, em exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, constitui ofensa ao direito à vida.

A liberdade é um direito muito falado no texto constitucional, se desdobrando em liberdade de expressão, de locomoção, de exercício profissional, de crença, dentre outras. Não

é pertinente ao presente trabalho falar de todos os desdobramentos do direito a liberdade, mas sim ressaltar a sua importância ante a violência obstétrica.

Um dos traços característicos da violência obstétrica, como já dito anteriormente, é a retirada da autonomia e do poder de decisão das vítimas, ou seja, a retirada da liberdade das mesmas. A prática de atos sem consentimento das parturientes é uma grande força que impulsiona a prática de violência no processo de parto.

Para José Afonso da Silva “é válido afirmar que liberdade consiste na ausência de toda coação anormal, ilegítima e imoral” (2011, p.234). Portanto, cada ato de coação feito por um profissional de saúde sem real motivo, embasado em justificativas anormais, ilegítimas e imorais, se constitui em ofensa a liberdade da mulher.

O respeito à liberdade feminina, permitindo que cada mulher decida por si, por seu corpo, por seu parto, vivendo a experiência do nascimento com autonomia e cada uma a seu tempo, seria um importante passo contra a violência obstétrica.

Já o princípio da igualdade é base para qualquer democracia, não sendo diferente para a brasileira. A constituição Federal discute e impõe a igualdade em diversos pontos de seu texto e em aspectos diversos. José Afonso da Silva, em sua obra, traça um roteiro das previsões do direito a igualdade na carta magna:

A Constituição de 1988 abre o capítulo dos direitos individuais com o princípio de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (art. 5º, caput). Reforça o princípio com muitas outras normas sobre a igualdade ou buscando a igualização dos desiguais pela outorga de direitos sociais substanciais. Assim é que, já no mesmo art. 5º, I, declara que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações. Depois, no art. 7º, XXX e XXXI, vêm regras de igualdade material, regras que proíbem distinções fundadas em certos fatores, ao vedarem diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil e qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência. A previsão, ainda que programática, de que a República Federativa do Brasil tem como um de seus objetivos fundamentais reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III), veemente repulsa a qualquer forma de discriminação (art. 3º, IV), a universalidade da seguridade social, a garantia ao direito à saúde, à educação baseada em princípios democráticos e de igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, enfim a preocupação com a justiça social como objetivo das ordens econômica e social (arts. 170, 193, 196 e 205) constituem reais promessas de busca da igualdade material. (SILVA, José Afonso da, 2011, p.213)

Compreendida a importância e amplitude da igualdade, resta colocar a mesma sob a ótica do tema. A não concretização da igualdade no dia a dia das maternidades pelo país é uma das maiores causas da violência obstétrica. São vários os tipos de preconceitos que

ensejam o problema, pela etnia, pela classe social e principalmente por gênero. Toda violência dirigida à mulher tem como plano de fundo a desigualdade de gênero.

José Afonso da Silva traduz com bastante clareza a questão em torno da igualdade de gêneros:

Essa igualdade já se contém na norma geral da igualdade perante a lei. Já está também contemplada em todas as normas constitucionais que vedam discriminação de sexo (arts. 3º, IV, e 7º, XXX). Mas não é sem consequência que o constituinte decidiu destacar, em um inciso específico (art. 5º, I), que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição. Era dispensável acrescentar a cláusula final, porque, ao estabelecer a norma, por si, já estava dito que seria "nos termos desta Constituição". Isso é de somenos importância. Importa mesmo é notar que é uma regra que resume décadas de lutas das mulheres contra discriminações. Mais relevante ainda é que não se trata aí de mera isonomia formal. Não é igualdade perante a lei, mas igualdade em direitos e obrigações. (SILVA, José Afonso da, 2011, p.219)

Como já explanado neste trabalho anteriormente, é necessária a efetivação deste direito, a igualdade formal necessita se tornar material. Os direitos e obrigações devem ser efetivamente vividos igualmente. Enquanto as mulheres ainda forem vistas sob os princípios do machismo e discriminação de gênero, a violência não irá parar.

2.1.3 Proteção à intimidade, a honra, vida privada e imagem:

Descrito no artigo 5º da Carta Magna Nacional, conforme o seguinte inciso:

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Conforme o preceito constitucional deduz-se que a mulher durante o processo de parto deve ter sua intimidade, privacidade, honra e imagem preservadas, sem a ocorrência de demasiada exposição de seu corpo, sem sofrer humilhações públicas, ou qualquer outro ato que atente contra tais bens.

2.1.4 Vedação ao tratamento desumano ou degradante:

Esta proibição consta no artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal, segundo o qual ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.

Desta forma, nenhuma parturiente deve ser submetida a tratamento gravoso a sua saúde física ou psicológica, que de alguma forma lhe cause mal físico ou lhe diminua como pessoa. Sendo também completamente absurdo que uma mulher em trabalho de parto passe por algo sequer próximo a tortura.

2.1.5- Vedação a discriminação de gênero:

Esta é prevista no artigo 5º, em seu inciso I, segundo o qual homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos da Constituição.

Como já muitas vezes explicado neste trabalho, a maior causa da violência obstétrica é a discriminação de gênero. Se a igualdade de gênero, constitucionalmente garantida, fosse de fato respeitada e vivida no meio hospitalar a violência obstétrica sequer existiria. Sendo assim, imprescindível a luta pelo respeito a esta norma e a consolidação de uma igualdade material e palpável entre os gêneros.

2.1.6 Direito a saúde:

A Constituição Federal possui uma seção inteira dedicada ao tema saúde, definindo-a como um direito de todos e estabelecendo as responsabilidades e outros pontos sobre a realização dos serviços de saúde. Tal seção abrange os artigos 196 a 200 da CF.

Destaca-se o artigo 196, o qual define a saúde como direito de todos, nos seguintes termos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

José Afonso da Silva assim fala sobre o tema:

A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam. (SILVA, José Afonso da, 2011, p.844)

Portanto, saúde é um direito de titularidade de todos, não sendo cabíveis distinções por gênero, etnia, classe social, escolaridade, etc. Desta forma o artigo 196 ressalta o direito a

igualdade, consolidando mais uma vez os direitos femininos de atendimento médico de qualidade, sem vícios por preconceito.

O Estado, por sua vez, possui o papel de maior garantidor ao direito a saúde. O que se mostra no cenário atual, como uma grande ironia, visto que é justamente na rede pública onde se costuma encontrar a maior parte das irregularidades. Sem falar que o Estado tem poder de ação também sobre a rede privada e mesmo assim permanecem as contravenções.

O direito a saúde possui uma peculiaridade, a qual lhe dá um status ainda maior de importância. O mesmo se encontra intimamente ligado ao direito a vida, sendo muitas vezes um garantidor a continuidade da vida. A falta de acesso à saúde ou acesso a assistência de saúde ineficiente, podem levar a morte, ofendendo ao maior de todos os direitos fundamentais e humanos.

O mesmo também se relaciona com o direito a vida digna, já que é difícil atingir qualidade plena de vida sem acesso a saúde. Além do mais, qualquer ofensa recebida por alguém, durante atendimento médico, é grave, visto que atinge alguém em vulnerabilidade.

2.2 NORMAS INFRACONSTITUCIONAIS

Neste plano da legislação brasileira há normas importantes e até mesmo específicas ao assunto. Inicialmente pode-se citar a lei nº 11.108/2005, nomeada lei do acompanhante, a qual estabelece o direito à parturiente de ter uma pessoa, de sua confiança e escolha, ao seu lado durante todo o processo de parto. O mesmo compreende a preparação para o parto, o parto propriamente dito e o pós- parto imediato.

Este dispositivo pretende garantir o direito ao acompanhante, principalmente no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), propiciando as mulheres atendidas por este sistema o mesmo direito comumente concedido às parturientes assistidas na rede privada de saúde.

A lei do acompanhante é um pequeno dispositivo, que altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS), tendo apenas dois artigos, sendo o seguinte o mais relevante:

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

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

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

A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, de nº 8.080/1990, acima citada, estabelece diversos princípios e diretrizes a serem observadas no acompanhamento das pacientes.

O Estatuto da criança e do adolescente também faz suas considerações quanto ao atendimento das parturientes:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

Além dos diversos direitos já constantes no caput acima citado, tal artigo possui diversos parágrafos, cada um trazendo uma nova disposição importante quanto ao atendimento das gestantes e parturientes.

Alguns desses trazem a tona questões muito importantes e direitos que são primordiais. Como primeiro exemplo há o parágrafo segundo que determina que a parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

Durante os nove meses de gestação, a mulher estabelece uma relação de afinidade e confiança com o profissional que lhe acompanha, sendo importante que a parturiente tenha ao seu lado durante o parto, o mesmo profissional em que se apoiou por toda sua gravidez.

Ademais, o médico responsável pelo pré-natal, detém o conhecimento sobre todo o histórico da gravidez e conhece todas as particularidades da paciente, sendo até mesmo mais seguro que o parto seja feito pelo mesmo profissional.

Outro direito muito importante assegurado neste dispositivo é o da assistência psicológica, descrito no quarto parágrafo. Segundo o qual incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

Durante e após a gestação, a mulher passa por muitas modificações hormonais que levam a mudanças comportamentais e alterações psicológicas como o estado puerperal, o baby blues e a depressão pós-parto, sendo de grande valor a assistência psicológica as mulheres que vivenciam a maternidade.

Ainda sobre este tema, o parágrafo quinto, por sua vez, estende o direito a assistência psicológica, a gestantes ou mães que manifestem o desejo de entregar seus filhos a adoção.

O parágrafo sexto reforça o direito ao acompanhante, estabelecendo que a gestante e a parturiente tenha direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

Por fim citaremos um último parágrafo, que fala sobre a amamentação:

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

A amamentação, apesar de ser um ato natural, não acontece de forma fácil no início, sendo imprescindível a orientação e o auxílio às mães. Além disso, há muitos mitos negativos relacionados ao aleitamento materno, que levam muitas mães a não desejar ou desistir da amamentação, portanto, é necessária orientação no sentido de informar os benefícios do aleitamento materno para mães e filhos. Esses são alguns dos direitos descritos pelo ECA em favor das mães e dos recém-nascidos.

Durante a produção deste trabalho, foi sancionada a lei estadual de nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção a gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

O dispositivo é de autoria da ex- deputada estadual Ângela Albino e foi aprovado em 2016 graças à mobilização de mulheres, profissionais e entidades ligadas ao combate a violência obstétrica e a promoção de parto humanizado.

Tal lei significa já um grande avanço, visto ser a primeira legislação específica sobre o tema no país. Infelizmente possui validade apenas em um estado brasileiro, permanecendo uma deficiência grave no ordenamento jurídico nacional.

O dispositivo em questão possui nove artigos e seguirá anexo a este trabalho, para visualização completa de seu conteúdo (Anexo A). Contudo destacaremos a seguir os principais pontos abordados pela nova lei, de forma exemplificada.

Segundo o artigo primeiro deste dispositivo o seu objetivo é o seguinte consiste na implantação de medidas de informação e proteção a gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica Neonatal.

Um ponto inédito na lei em questão, é que a mesma traz o primeiro conceito legal de violência obstétrica no Brasil. Antes só dispúnhamos de conceitos legais, dados por dispositivos de origem internacional. O conceito se encontra no art.2º da norma em questão, o

qual dispõe que se considera violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda no período do puerpério.

A presente lei inova quando acrescenta os familiares e os acompanhantes ao rol dos possíveis agressores, o que apesar de ser mais improvável, pode ocorrer. Assim, a lei Catarinense amplia a proteção em favor das mulheres.

O art.3º define o que será considerado ofensa física e verbal conforme o entendimento desta nova lei. É importante frisar a expressão, dentre outras, que se faz presente no caput deste artigo. É o uso dessa expressão que deixa claro que o art.3º apresenta um rol exemplificativo de ofensas e não taxativo. Portanto, outras ofensas, mesmo que não contidas nos incisos do artigo em questão, podem também se enquadrar nos termos desta lei. Assim, garante-se maior proteção as mulheres, perante as muitas e imprevisíveis possibilidades de agressão.

Os primeiros incisos citam agressões verbais, como tratamento agressivo e chacotas, seguem dois incisos como exemplos:

- II-Fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;
- V-Tratar mulher de forme inferior, dando-lhe comando e nomes infantilizados de diminutivos, tratando-a como incapaz;

Outros incisos tratam de agressões físicas, como os exemplos abaixo:

- XIII- Proceder episiotomia quando está não é realmente imprescindível;
- XVII-Submeter mulher e/ou bebe a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

Além dessas muitas outras ofensas são tratadas por este artigo, maioria delas já até mesmo citadas neste trabalho, como a cesariana eletiva, afastamento de mãe e filho após o parto, proibição de acompanhante, omissão de informações, manter parturientes algemadas, negar anestesia, realizar procedimentos sem prévia autorização, dificultar visita dos pais, etc.

O art.4º trata do direito a informação, estabelecendo a criação de uma cartilha de orientação ara gestantes e parturientes:

- Art.4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado de Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para o atendimento hospitalar digno e humanizado, visando a erradicação da violência obstétrica.

A criação da cartilha é uma ótima iniciativa, visto que a falta de informação é uma grande fomentadora da violência obstétrica, visto que muitas mulheres não reivindicam seus direitos simplesmente por não conhecer os mesmos.

Os parágrafos do art. 4º trazem algumas observações sobre a cartilha estabelecendo que esta deve ser feita em linguagem simples e acessível, determinando os responsáveis pelo custeio e o conteúdo da mesma.

O art.5º continua a falar sobre a prestação de informações, contudo por meio de cartazes exibidos nos estabelecimentos hospitalares. Os cartazes deverão conter todas as condutas relatadas no art.3º, acima citado, e os órgãos e tramites para denúncia.

Os últimos artigos tratam de aspectos mais burocráticos em torno do dispositivo, como fiscalização, despesas, regulamentação, não sendo necessário observar os mesmos neste trabalho.

Conclui-se que são poucas as leis em vigor que tratam de direitos reprodutivos e sexuais femininos, havendo apenas uma única lei que trata especificamente sobre o tema, sendo ela estadual e recém-sancionada. Não há, portanto, nenhuma lei de abrangência nacional que trate do tema especificamente ou por inteiro.

2.3 NORMAS INFRALEGAIS

Há também normas infralegais que dissertam sobre o tema. A Portaria nº 368 da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, trata sobre o direito de acesso a informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, bem como a utilização do partograma, cartão gestante e carta de informação a gestante no âmbito da saúde suplementar.

A portaria traz diversas disposições sobre como deve se dar a prestações de informações as gestantes e sobre o cartão da gestante, sendo um documento de regras bem práticas. Os artigos mais importantes são o 2º e 6º, os quais declaram direitos.

Art. 2º Sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias ou seu representante legal, a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde deverá disponibilizar o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais, da própria operadora, estabelecimentos de saúde e médicos nominados pela beneficiária ou seu representante legal.

Art. 6º O Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da gestante e ser apresentado em todos os

estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

A Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, possuiu a Resolução da Diretoria Colegiada n° 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

O objetivo deste regulamento técnico é estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.

O mesmo se aplica aos serviços de saúde no país que, exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Portanto as determinações desta resolução tem caráter geral e tendem a beneficiar a todas parturientes e aos recém-nascidos.

Algumas determinações do documento ora explanado são importantíssimas, sendo relevante mostrar algumas delas, conforme as definições apresentadas no texto do documento em questão.

Algumas das definições tratam da infraestrutura de equipamentos e recursos humanos:

4.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada.

São exigidos também materiais específicos para realização de partos cirúrgicos, bem como para garantir a segurança nos partos normais. A definição 4.10 estipula que o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza partos cirúrgicos deve possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia, conforme descrito neste Regulamento.

Também é exigido pela Agencia Nacional de saúde, estrutura capaz de executar atividades diversas, de variadas complexidades e graus de risco, de forma segura, em consonância com as definições apresentadas abaixo:

5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infraestrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

7.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda.

O direito ao acompanhante é reforçado pela resolução, nos termos da definição 9.1, segundo a qual o serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Quanto ao acolhimento e atendimento das parturientes e neonatos são muitas as especificações, havendo normas para cada etapa do processo de parto. Quanto ao atendimento em geral, segundo as definições do dispositivo em questão, o serviço deve promover um ambiente acolhedor e ações de humanização da atenção à saúde.

A equipe de atendimento deve estabelecer protocolos, normas e rotina técnica, de acordo com a legislação vigente e as recomendações científicas. Além disso, o estabelecimento deve garantir alojamento conjunto, para mãe e filho, desde o nascimento.

Há uma sessão específica quanto à recepção a mulher. Esta define as condições que devem ser observadas no primeiro momento, quando a gestante chega ao hospital e nos casos em que seja necessária uma transferência de imediato.

9.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

9.5.1 ambiente confortável para espera;

9.5.2 atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

9.5.3 avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário;

9.5.4 avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;

9.5.5 permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;

9.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

Há também uma sessão específica para a segunda etapa, a assistência no parto. Momento no qual há mais risco para as parturientes e onde as mesmas se encontram no maior nível de vulnerabilidade. Neste tópico são definidas várias medidas a fim de garantir o bem estar, conforto e segurança, para a mulher e para o neonato.

9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

9.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

9.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

- 9.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;
- 9.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;
- 9.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;
- 9.6.6 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;
- 9.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

O próximo propõe as diretrizes de atendimento no pós- parto imediato. Neste tópico se fala mais sobre a relação entre mães e filhos, destacando a necessidade do contato entre estes e da amamentação. Também aborda o tratamento concedido às crianças, quanto a identificação e primeiros cuidados e por obvio determina as regras quanto ao acompanhamento e observação da mulher logo após dar a luz.

- 9.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;
- 9.7.4 possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- 9.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;
- 9.7.6 garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico;
- 9.7.7 garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação;
- 9.7.8 estimular que os procedimentos adotados nos cuidados com o recém-nascido sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;
- 9.7.9 garantir o monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências;
- 9.7.10 garantir a realização de testes de triagem neonatal e imunização, conforme normas vigentes;
- 9.7.11 garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.
- 9.7.12 garantir que a transferência da mulher ou do recém nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

Além dos tantos exemplos aqui dados, muitos outros temas são abordados pela resolução ora explanada, questões como transporte de pacientes, equipamentos, materiais e remédios necessários para cada tipo de parto, assistência à mulher gestante, prevenção e controle de infecções, biossegurança, etc.

O documento se apresenta como um verdadeiro guia para a boa assistência a parturientes, nascituros e familiares, reunindo e reforçando diversos direitos sexuais e reprodutivos em seu texto.

Há ainda outra Resolução, também da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de nº 36 de 25 de Julho de 2013. Esta institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e outras providências. Já no art.1º é descrito o objetivo da presente norma, que é o de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Quanto a sua abrangência, esta se aplica a todas as espécies de atendimento de saúde especificadas no art. 2º da resolução, salvo as exceções, nos seguintes termos:

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

No decorrer de seus artigos a resolução estabelece diversas normas ao atendimento dos pacientes, do plano para segurança destes, eventos adversos, etc.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

Algumas políticas públicas também são desenvolvidas no intuito de efetivar o exercício dos direitos femininos aqui debatidos. O Ministério da Saúde, por exemplo, conta com o Programa de Humanização do Parto, que visa desestimular o uso indiscriminado de cesarianas e incentivar o parto normal. A organização Mundial de Saúde recomenda que o índice de cesáreas seja por volta de 15% a 10%. No Brasil de acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pela Fiocruz e parceiras, o índice de cesáreas é de 52% dos nascimentos. Na rede privada o número é ainda maior, chegando ao percentual de 88%.

O programa foi instituído através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, do ministério da saúde, tendo por subsídio a análise quando as necessidades das mães e seus recém-nascidos. Este tem alguns focos principais, como reduzir as taxas de mortandade materna e peri e neonatal, melhorar a qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência no parto, melhorar a assistências nos casos de gestação de auto risco, ampliar as ações por parte da

própria instituição ministério da saúde, maiores investimentos nesta área, fomentar uma melhor formação profissional etc.

Sendo o objetivo do programa uma junção de tudo isso, que consiste na melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

2.5 LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL

No âmbito internacional há duas convenções relativas à violência contra a mulher, que devem ser mencionadas. Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção Interamericana para Prevenir Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Ambas constituem meios de proteção a direitos humanos, em específico dos femininos. Visam combater a discriminação de gênero e toda violência que desta advém.

Como são instrumentos adotados pelo Brasil, mas não legislação nacional propriamente dita, seus conteúdos não serão profundamente explanados neste trabalho.

2.6 CRÍTICA QUANTO A EFICIÊNCIA DO ORDENAMENTO NACIONAL SOBRE O TEMA

O ordenamento jurídico nacional ainda encontra-se em falta quanto uma legislação específica. Como se pode observar, as normas referentes ao tema são escassas e se encontram de forma esparsa no direito pátrio. Há assim a urgente necessidade de unificação desses direitos em uma só lei.

Importante frisar, que essa nova legislação deve não só conter direitos e garantias sobre assistência médica e proteção a mulher, mas também deve determinar a tipificação penal da violência obstétrica, a exemplo do que ocorre em países como Argentina e Venezuela. A devida normatização facilitaria a prevenção e erradicação desta modalidade de violência em nosso país.

O que existe de mais próximo à realidade almejada são projetos de lei. Um deles é o projeto de nº 7.633/2014. O mesmo é de autoria do Dep. Jean Willys e institui o parto humanizado e o combate a violência obstétrica. Em análise na câmara dos deputados, o projeto dispõe sobre a humanização da assistência a mulher e ao neonato durante o ciclo

gravídico-puerperal, inclusive nos casos de aborto, e dá outras providências como a determinação de obrigações aos profissionais de saúde.

Para o melhor entendimento do conteúdo do projeto de lei nº 7.633/2014, é preciso citar alguns artigos sobre os diversos temas abordados. Os primeiros artigos estabelecem direitos, como é o caso do artigo 1º, nos seguintes termos:

Art. 1º - Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

O projeto também fala bastante sobre assistência humanizada, trazendo o conceito desta em seu segundo artigo:

Art. 2º - Para os efeitos desta Lei, a assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério é aquela preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando precipuamente:

I - não comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto;

II – adotar, exclusivamente, rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/90;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;

IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;

V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Além do conceito o projeto também fixa princípios que deverão nortear atuação dos profissionais da saúde durante a prestação de assistência humanizada. São observações que se constituem como pilares, bases para o tratamento humanizado a mulheres e neonatos. Os princípios se encontram dispostos no seguinte artigo:

Art. 3º - São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento:

I - mínima interferência por parte da equipe de saúde;

II - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;

- III - fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;
- IV – harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto.

Um ponto importantíssimo deste projeto é o Plano Individual de parto. A ideia consiste em que logo após a descoberta da gravidez, cada mulher possa montar um plano de parto para si, em conformidade com as suas vontades, necessidades e decisões. A realização do plano individual de parto deve prosseguir nos seguintes termos:

Art. 6º - No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua vontade em relação:

- I – à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005;
- II – à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal;
- III – à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- IV – à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a);
- V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíacos;
- VI – ao uso de posição verticalizada no parto;
- VII – ao alojamento conjunto.

Art. 7º - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança.

Art. 8º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do concepto em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher.

Art. 9º - Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.

Outra preocupação do legislador foi tratar de forma mais específica sobre o atendimento à mulher, como exemplificado a seguir:

Art. 11 - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, é vedado aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde:

- I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;
- II - constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu concepto;
- III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

Art. 12 – Durante todo o pré-parto e parto é permitido à mulher:

- I – movimentar-se livremente, devendo ser estimulada a deambular e verticalizar;
- II - escolher a posição que lhe pareça mais confortável;
- III - ingerir líquidos e alimentos leves.

Uma grande qualidade do projeto é falar diretamente sobre a violência obstétrica. Em dois completos artigos, o projeto de lei do Deputado Jean Willys, define violência obstétrica, os tipos de agressões que as mulheres podem vir a sofrer e enumera um rol praticamente exaustivo de condutas caracterizadoras de violência obstétrica. Caso este projeto passe ao status de lei, teremos pela primeira vez no país uma legislação específica, capaz de por a violência obstétrica em visibilidade.

O art.13 traz o conceito de violência obstétrica:

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

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

O art.14 enumera as condutas caracterizadoras da violência obstétrica. Assim como a citada Lei Catarinense contra violência obstétrica, o projeto de lei ora abordado também traça um rol exemplificativo das ofensas verbais e físicas características dos casos de violência obstétrica.

Conduto a lista neste caso é bem mais extensa, sendo composta por doze incisos e diversas alíneas, se torna inviável de transcrever todo seu conteúdo para este trabalho. Por isso, serão expostos alguns exemplos, seguindo em anexo todo o conteúdo deste artigo 14 (Anexo B).

Como exemplo de ofensas psicológicas seguem os seguintes incisos:

(...)

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

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

Como exemplo de ofensas físicas seguem os incisos abaixo:

(...)

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

(...)

XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes (...)

(...)

XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;

Por fim, podem-se citar também ofensas dirigidas, ou que também atingem diretamente ao recém-nascido:

(...)

XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico;

XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;

Como já explicado em momento anterior e demonstrado na citação acima, os recém-nascidos acabam, em muitos casos, também sendo vítimas da violência obstétrica. Portanto, outro tema abordado pelo projeto em questão, são os direitos destes, como aduz o artigo abaixo:

Art. 16 – A criança recém-nascida tem direito:

I – ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida;

II – a ser mantida ligada à placenta pelo cordão umbilical por, no mínimo, cinco minutos, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, devendo o cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais;

III – a ser entregue à sua mãe para contato pele-a-pele e amamentação em livre demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida;

IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com a criança no colo de sua mãe, salvo nos casos especiais devidamente justificados ou em que haja necessidade de sua remoção para cuidados urgentes e especiais;

V – a não receber leite artificial ou equivalente, quando conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da mãe, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde;

VI – a ser amamentada em livre demanda e ser acompanhada presencial e continuamente por sua mãe para contato pele-a-pele quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem restrição de horário ou dias da semana, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

Todos os temas e artigos citados até agora pertencem ao primeiro título do projeto, das diretrizes e dos princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério. Por ser um título com temas muito plurais, foi necessária a explanação por partes. Contudo, de agora em diante, será abordado cada título por inteiro.

O segundo título discorre sobre a erradicação da violência obstétrica, tema de suma importância, visto que não há nada parecido no ordenamento jurídico brasileiro. Do artigo 17 ao 24, são estipuladas muitas e importantes medidas que, se postas em prática ajudariam a reduzir a ocorrência de violência no parto.

Medidas estas ligadas a responsabilização dos agressores, formação dos profissionais de saúde, participação do Governo Federal, divulgação de informações, etc. Serão citadas algumas a seguir.

O legislador fala sobre a responsabilização civil e criminal dos agressores, prevendo responsabilização civil, criminal e administrativa, nos termos do seguinte artigo:

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

Ainda no mesmo título se fala sobre a formação dos profissionais da área da saúde, estabelecendo medidas para uma formação mais adequada ao atendimento às mulheres gestantes e parturientes:

Art. 19 - Ficam as escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais da área de saúde, médicos(as), enfermeiros(as), obstetrias e equipes administrativas hospitalares obrigadas a implementar em suas diretrizes curriculares conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito, nos termos desta Lei.

(...)

Art. 24 - O Poder Executivo Federal, em conjunto com instituições de ensino e de saúde, e entidades representantes da sociedade civil, devem praticar regularmente as estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, segundo compromissos nacionais e internacionais de promover os direitos humanos e de executar metas de Pactos pela Vida e de redução da mortalidade materna e perinatal.

§ 1º - São estratégias prioritárias a qualificação e a educação permanente de profissionais para promover uma assistência obstétrica de qualidade e realizada por pessoal qualificado.

§ 2º - O parágrafo primeiro do artigo 24 desta Lei não exclui o direito de opção da mulher por um parto domiciliar, devendo os profissionais e os serviços de saúde atender a mulher e a seu neonato em casos de complicações e sempre que solicitados.

, a divulgação de informações, este também se preocupou com a formação dos profissionais de saúde e com a participação do Governo Federal, dentre outras medidas. Seguem alguns artigos como exemplos das soluções apontadas:

O Título III disserta sobre o controle das cesáreas e as boas práticas obstétricas. É o último título por hora abordado, visto que o quarto e ultimo trata das disposições gerais. O mais relevante neste título se refere às Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas, que teriam por missão o controle e a redução dos índices de cesarianas no país. Como muito já se foi citado sobre o conteúdo deste projeto de lei, citaremos agora somente o primeiro artigo e seus primeiro parágrafo, que define e especifica os fins das CMICBPOs.

Art. 26 – Serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo esta última qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde suplementar.

§ 1º - Cada uma das CMICBPO terá por finalidade realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país.

O dispositivo em tela, se aprovado teria muito que acrescentar ao embote contra violência obstétrica. Este projeto tem vários pontos fortes, como conceituar e descrever de forma minuciosa as agressões sofridas pelas mulheres. Além de reunir em um único documento os direitos sexuais e reprodutivos femininos e apresentar boas iniciativas tais como a criação das CMICBPOs e determinar medidas para responsabilização dos autores.

Um ponto fraco do projeto é quanto a responsabilização penal dos autores. Apesar de ser um grande avanço falar sobre responsabilização cível, penal e perante o conselho profissional, ainda não é bastante. É necessária uma legislação penal mais sólida com tipificação das condutas e atribuição de penas.

No que se refere à criminalização da violência obstétrica, há o projeto de lei nº 2589/2015, o qual determina que a violência obstétrica passe a ser enquadrada como crime de constrangimento ilegal, nos termos do artigo 146 do Código Penal.

Sendo seu texto resumido a apenas dois artigos, nos seguintes termos:

Art. 1º A violência obstétrica, praticada em toda a rede de assistência a saúde pública e/ou privada, passa a ser crime de constrangimento ilegal.

§ 1º Será considerada violência obstétrica o conjunto de condutas condenáveis por parte de profissionais responsáveis pelo bem estar da gestante e do bebê: - O desrespeito; o abuso de poder da profissão; o constrangimento; a privação do direito a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja emergência; a negligência, que poderá ser considerada também quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê.

Art. 2º O não cumprimento no disposto no Art. 1º desta lei incidirá nas penas previstas Art. 146, do Código Penal.

Vale lembrar, para fins de melhor entendimento, do texto do art.146 do Código Penal:

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que não manda:

Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Aumento da Pena

§ 1º - As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro, quando, para a execução do crime, se reúnem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.

§ 2º - Além das penas cominadas, aplicam-se as correspondentes à violência.

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

I – a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

II – a coação exercida para impedir suicídio

Este segundo projeto chega de certa forma a tipificar a violência obstétrica, contudo entende-se como insuficiente apenas encaixar tão gravosos atos como crime de constrangimento. Pessoas morrem e sofrem enormes traumas que não estão representados nesse tipo penal.

A legislação dita à forma como algum assunto será tratado judicialmente, por isso é tão necessária à criação de legislações cível e penal específicas sobre violência obstétrica que, atualmente inexistente na forma de lei. No Brasil, há uma série de direitos sexuais e reprodutivos femininos, espalhados pelo ordenamento, sem os devidos meios capazes de garantir a efetivação destes ou para compor os casos de descumprimento.

No decorrer da criação do presente trabalho, como já dito e exposto, foi sancionada a primeira lei específica sobre o tema, no Brasil. Contudo trata-se de uma lei estadual, que não tem força para revolucionar o quadro crítico da violência obstétrica em todo o país.

Ademais, a mesma tem somente caráter cível e não trata da responsabilidade dos agressores nem mesmo neste âmbito. A nova lei representa um pequeno avanço perante a real necessidade de mudança, constituiu como um bom sinal, de que a preocupação com a segurança das brasileiras vem crescendo, mas está longe de ser uma solução. Permanece vigente a grande deficiência legislativa brasileira, quanto ao tema.

Esta falha no ordenamento jurídico nacional alimenta o problema. Pois, a maioria das mulheres não conhecem seus direitos, já que como vimos estão espalhados e muitas vezes se encontram em normas infralegais, o que dificulta ainda mais o acesso.

Sem saber de seus direitos, muitas mulheres acabam por não buscarem a justiça e as poucas que buscam encontram um espaço vago, pois não há legislação específica em âmbito nacional, não há tipificação, não há uma ação própria para isso. O resultado é a constante e crescente impunidade dos agressores.

A criação de legislação específica, portanto, é mais que necessária, é urgente e indispensável. Somente após a adequação legislativa haverá os meios necessários a compelir e repreender a violência obstétrica.

CAPÍTULO 3

RESPONSABILIZAÇÃO JURÍDICA DAS INSTITUIÇÕES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PELOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

Conforme o estudo feito de acordo com a doutrina e a legislação civil, tem-se que fatos jurídicos são todos os acontecimentos de origem natural ou humana que geram consequências no âmbito dos direitos, podendo criar, conservar, modificar ou extinguir relações jurídicas. Fato jurídico é gênero, do qual são espécies os fatos naturais (fatos jurídicos em sentido estrito) e fatos humanos (atos jurídicos).

Os atos jurídicos ou fatos humanos são aqueles que decorrem da vontade humana e produzem efeitos jurídicos. Tais atos se subdividem em ato jurídico em sentido estrito, negócio jurídico e ato ilícito, sendo este o tipo de ato relevante para estudo no presente trabalho.

Entende-se como ato ilícito todo ato no qual a conduta praticada por uma pessoa contraria o ordenamento jurídico pátrio, de acordo com o disposto no artigo 186, do Código Civil, o qual prevê que “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

O ato ilícito pode manifestar-se em todas as áreas do direito, com destaque para a esfera administrativa, civil e penal, sendo estas as relevantes para a análise da responsabilização no que diz respeito à prática de violência obstétrica.

3.1 SEARA CÍVEL

Como já demonstrado acima, não há legislação que especifique como compor os casos de violência obstétrica no meio cível. Contudo o direito civil brasileiro prevê a reparação por danos morais e materiais e a responsabilização por conta de erro médico.

Tal responsabilização se dá pelo fato de a relação entre médico e paciente possuir cunho contratual, tendo cada uma das partes direitos e deveres. O paciente deve conceder as informações necessárias ao seu tratamento e cumprir com as recomendações médicas. O médico por sua vez deve dar o seu melhor ao paciente agindo com ética e de acordo com as determinações científicas e diretrizes técnicas da profissão. Sempre que há um desequilíbrio nesta relação, pode ocorrer um erro médico.

Reynaldo Andrade da Silvera fala o seguinte sobre a relação médico paciente:

Primeiramente, impõe-se situar a responsabilidade civil do médico, como do tipo de responsabilidade contratual. Muito já se discutiu na doutrina, com reflexos na jurisprudência dos tribunais, sobre a responsabilidade do profissional da medicina seria contratual ou extracontratual. Hoje já não mais paira dúvidas a respeito dessa responsabilidade. (ANDRADE, da Silveira Reynaldo, 1991, [(s.p)])

Ressalta-se que para o direito brasileiro, este contrato é um contrato de meios e não de resultado, pelo qual o médico se compromete não a curar o paciente, mas a trata-lo, com todo seu conhecimento técnico científico que necessitam de atualização constante. Portanto se o médico após seguir devidamente todos os passos em conformidade com a técnica e diretrizes da profissão e mesmo assim não acertar o diagnóstico, por exemplo, ele terá cumprido sua obrigação. Diferindo estes casos dos casos de erro médico. Há também outras características presentes neste tipo contratual, como a bilateralidade, personalidade, onerosidade ou gratuidade, comutativo, aleatório,ável etc.

A doutrina apresenta o seguinte entendimento sobre as características e formação deste tipo contratual:

Essa espécie de contratação não encontra espaço particular na legislação nacional ou como previsão consagrada pela autonomia, sendo, então, figura atípica, inominada, mas nem por isso com menor tutela jurídica. Para vigorar não necessita de forma especial, nem de definição exata quanto ao objeto em suas minúcias, tampouco preço e condições de pagamento. A forma, como visto, é absolutamente livre, sendo suficiente que se prove a existência do liame das partes entre si, o que gerará os direitos e as obrigações pertinentes. Por objeto do contrato não se deve entender uma cirurgia, ou a ministração deste ou daquele medicamento, mas a atividade médica globalmente considerada, isto é, a aplicação zelosa de todos os meios que se fizerem necessários e estiverem razoavelmente disponíveis. (MATIELO, Fabrício Zamprogma, [(s.p)])

Além da natureza contratual da relação médico paciente, pode haver também casos de relações extracontratuais, onde será observada a responsabilidade civil extracontratual, seria, por exemplo, o caso de um médico que atenda alguém que passou mal na rua. São casos em que não houve prévio acerto entre as partes. Neste caso a responsabilidade não decorre de ofensa ao contrato, mas sim da violação de um dever jurídico expresso em lei, da transgressão da norma jurídica.

Destarte, conforme o manual de orientação ética e disciplina do Conselho Estadual de Medicina de Santa Catarina, o CREMESC, o erro médico se constitui na falha do médico no exercício de sua profissão. Seria este o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação

ou omissão do médico, por inobservância técnica, estando o profissional pleno de suas faculdades mentais.

Segundo o mesmo documento excluem-se os casos com limitações impostas pela própria natureza da doença a ser tratada e as lesões causadas deliberadamente pelos médicos para o tratamento de um mal maior.

O mesmo documento afirma que o erro médico pode consistir em conduta culposa, movida pela imperícia, imprudência ou negligência. A imperícia decorre da falta de cumprimento de normas técnicas, despreparo técnico ou ausência de conhecimentos. A imprudência consiste na inobservância das precauções necessárias, quando o profissional assume o risco, realizando procedimentos sem respaldo científico, por exemplo. Por fim a negligência, esta é a ausência de cuidado e zelo, quando os pacientes são tratados de forma desleixada sem atenção a suas individualidades. Vale frisar que estes tipos de atuação podem acontecer de forma conjunta, sendo comum um ato imprudente e negligente ao mesmo tempo, por exemplo.

Há também, ainda conforme o manual da CREMESC, uma classificação de erro médico. Como não compete a este trabalho se aprofundar no tema citaremos apenas o exemplo mais relevante ao tema neste trabalho debatido, o erro doloso. Este é cometido voluntariamente, como ocorre nos casos violência obstétrica. O próprio manual, documento voltado aos médicos, afirma ser crime a prática de erro doloso e, portanto inadmissível a sua prática.

Frisa-se que os casos de violência obstétrica não se encaixam com perfeição no conceito de erro médico, visto que este está mais ligado à ideia de uma falha culposa, motivada por imperícia, imprudência e negligência. O conceito mais próximo da realidade de violência obstétrica, como acima mencionada, é o erro doloso. A violência obstétrica se constitui em um mal cultural, onde costumeiramente e de forma voluntária são violados e ignorados as diretrizes técnicas e científicas que os médicos devem seguir.

Explicada natureza da relação médico paciente e o conceito de erro médico, é momento de falar sobre a reparação de danos. A doutrina discorre o seguinte:

O médico que causar danos ou prejuízo ao paciente no exercício de sua profissão, sejam eles materiais, morais ou estéticos faz surgir pra si a obrigação de reparar o dano (OLIVEIRA, 2015, .1)

A responsabilidade civil do médico advém da regra geral do art.186 do Código Civil, sendo assim responsabilidade subjetiva. Desta forma, para constituição da obrigação de

reparar os danos devem estar presentes os requisitos, da culpa, dano e nexa causal. Explica a doutrina da seguinte forma:

O liame entre dano e responsabilidade é fundamental para a existência da obrigação de reparar, vista aquela sob o ângulo subjetivo. (...) Essa espécie é dita subjetiva porque estratificada na convicção de que está presente, no caso concreto, a ligação psíquica do agente com o resultado danoso, de modo que este quer diretamente produzir o efeito que efetivamente veio a ser constatado ou no mínimo se porta de modo a aceitar como perfeitamente viável a ocorrência do evento a partir da conduta assumida (MATIELO, Fabrício Zamprogna, 1998,p.15)

Reforça Carlos Roberto Gonçalves, (2007, [(s/p)]):

Diz-se, pois, ser “subjetiva” a responsabilidade quando se esteia na ideia de culpa. A prova de culpa do agente passa a ser pressuposto necessário do dano indenizável. Dentro desta concepção, a responsabilidade do causador do dano somente se configura se agiu com dolo ou culpa.

Portanto para reivindicar a reparação de quaisquer danos morais ou materiais, provocados por médicos, a paciente deve provar o dano sofrido, a culpa ou dolo do profissional e o nexa causal entre ambos. Ressaltando-se que a medida do dano se calcula a responsabilidade, de acordo com a sua extensão a punição pode ser em menor ou maior grau. Conforme aduz o Código Civil em seu art. 944 o qual estabelece que a indenização mede-se ela extensão do dano.

Apesar do maior enfoque na responsabilização dos médicos e toda explicação sobre erro médico, à responsabilidade deste segue a regra geral, o que também valerá pros demais possíveis agentes da violência obstétrica. Se o dano for cometido por enfermeiro, profissional do hospital, dentre outros possíveis agressores, a paciente deverá prosseguir com o pedido pela reparação dos danos, provando os requisitos necessários.

Cabe também ser falado neste tópico sobre a responsabilidade civil do Estado, visto que no âmbito do SUS é ainda mais comum a ocorrência dos casos de violência obstétrica. Conforme a teoria da responsabilidade adotada no Brasil, todo aquele que causa dano adquire a obrigação de reparar e o mesmo se aplica ao Estado.

No Brasil, desde a promulgação da carta magna em 1946, é seguida a teoria do risco administrativo, conforme a qual o Estado responde objetivamente pelos danos causados. Sendo assim a responsabilização do Estado independe da prova de culpa, bastante que se prove o nexa causal entre a ação ou omissão estatal e o dano ocorrido, para que a pessoa prejudicada entre com pedido de indenização pelos danos sofridos.

Desta forma, sendo de natureza objetiva a responsabilidade da administração, uma conduta médica danosa realizada no âmbito da assistência pública terá tratamento diverso a aquela ocorrida em instituição privada. Para esses casos prevalece a responsabilidade objetiva do Estado em detrimento da subjetiva do médico. Explica a doutrina da seguinte maneira:

A responsabilidade civil do médico é analisada sob o aspecto subjetivo, assim para que exista a responsabilidade do médico deverá estar presentes os seguintes pressupostos: a conduta (omissiva ou comissiva), o dano, o nexo de causalidade ligando o dano à conduta, e a culpa, a qual pode ser exteriorizada através da negligência, imprudência e imperícia. Entretanto, o médico que atende pelo Sistema Único de Saúde, passa a ser “acobertado” pela responsabilidade objetiva. O atendimento por intermédio do serviço público patrocinado pelo Estado, caracteriza a responsabilidade objetiva para entidade, e responsabilidade extracontratual para o profissional. (GIOSTRI, 2005, p. 61)

Resta resguardado a administração pública, nestes casos, o direito a posteriormente ajuizar ação regressiva em face do médico agressor. Ressalta-se que a dinâmica de responsabilidade ocorrida entre Estado e médico que atue em seu nome, se estende a todos os servidores da administração pública, assim se a agressão partir de uma enfermeira, atendente ou quaisquer outros funcionários da instituição pública, que sejam vinculados ao Estado, a responsabilização se dará do mesmo modo acima explicado.

Assim como ocorre com as instituições públicas também se dá com os estabelecimentos médicos privados, visto que estes também são titulares de responsabilidade civil objetiva, em decorrência do caráter de consumo da relação entre paciente e instituição privada. Portanto, o médico ou outro profissional que trabalhe para instituição privada de saúde e pratique atos de violência obstétrica, estará acobertado pela responsabilidade objetiva da instituição, tendo essa o direito de regresso.

Partos costumam ocorrer em maternidades e grandes hospitais, sendo assim muito rara a condenação de um médico ou outro profissional de saúde, já que sempre acabam sendo encobertos pela responsabilização objetiva das instituições para as quais prestam serviços. Por isso é essencial à criação de meios adequados e específicos para a composição jurídica destes casos.

Para finalizar sem dúvidas, serão elencadas algumas jurisprudências que demonstram como se dá na prática a responsabilização dos responsáveis pela violência obstétrica de acordo com o ordenamento jurídico atual. Primeiramente um caso de responsabilização subjetiva:

ERRO MÉDICO - Parto - Demora na realização, quando já havia sofrimento fetal - Asfixia perinatal grave - Recém-nascido que precisou ser reanimado e que teve

como consequência grave retardamento mental, restando desprovido de fala e em dependência de seus familiares para todas as atividades - Culpa manifesta da ré na modalidade negligência - Sentença que fixou indenização por danos morais em 200 salários mínimos - Cifra que se mostra adequada e consentânea com outros entendimentos desta Corte - Recurso da ré desprovido. - Fixação de pensão vitalícia - Cabimento, ante o comprometimento da existência do autor, que nunca poderá ter vida normal - Valor, contudo, que depende de comprovação do estado financeiro dos genitores da vítima e das despesas havidas perante os profissionais médicos a cujos cuidados médicos frequentemente se submete - Necessidade de liquidação por artigos, observada a Súmula 313 do STJ - Fixação provisória, porém, de pensão mensal no valor de 3 salários mínimos - Recurso parcialmente provido para este fim.

(TJ-SP - APL: 00230747620008260554 SP 0023074-76.2000.8.26.0554, Relator: Mendes Pereira, Data de Julgamento: 12/11/2014, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 17/11/2014)

A segunda relata caso de condenação da Fazenda Pública a reparar danos causados a recém-nascida devido à demora na realização do parto:

PRESCRIÇÃO. Indenização. Fazenda Pública. Prazo de cinco (05) anos previsto no Dec.-lei nº 20.910/1932. Erro médico. Lesão irreversível. Termo inicial que corresponde à data da constatação da lesão. Prescrição não ocorrida. RESPONSABILIDADE CIVIL. Fazenda do Estado. Indenização por danos morais e materiais. Alegação de que a recém nascida filha da autora sofreu seqüelas neurológicas em decorrência da demora na realização do parto, cm hospital estadual. Laudo pericial que não foi conclusivo em razão da falta de registro documental da monitorização fetal. Ônus da prova que incumbia à ré. Teoria da carga dinâmica das provas. Dever do hospital de manter os registros para comprovar a alegada inexistência de culpa de seus agentes. Ré que não pode ser beneficiada pela ausência de tais elementos. Laudos periciais que indicam demora na realização do parto. Indenização por danos morais devida. Sentença de improcedência. Agravo retido não provido. Recurso de apelação provido para julgar parcialmente procedente o pedido.

(TJ-SP - APL: 29970619988260590 SP 0002997-06.1998.8.26.0590, Relator: Antonio Carlos Villen, Data de Julgamento: 15/10/2012, 10ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 01/11/2012)

A seguinte jurisprudência trata de dano de coma irreversível decorrente de cesárea:

RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. ERRO MÉDICO. CESÁREA. COMA IRREVERSÍVEL. CULPA E NEXO DE CAUSALIDADE COMPROVADOS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 07/STJ. DANO MORAL. VALOR RAZOÁVEL. MANUTENÇÃO. JUROS DE MORA. ART. 1º-F DA LEI 9.494/97 COM A REDAÇÃO DADA PELA MP 2.180-35/01. INAPLICABILIDADE. TERMO INICIAL. SÚMULA 54/STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO DEMONSTRADO. 1. A Corte local decidiu com base no conjunto fático-probatório (nexo de causalidade entre o ato cirúrgico e o dano experimentado pela paciente, com culpa do agente). Rever esse entendimento demandaria o revolvimento de fatos e provas - incidência da súmula 07/STJ. 2. Indenização razoável (R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)), levando em conta o dano experimentado pela paciente. 3. O art. 1º-F com a redação dada pela MP 2.180-35, de 24 de agosto de 2001 incide "nas condenações impostas à Fazenda Pública para pagamento de verbas remuneratórias devidas a servidores e empregados públicos",

não se aplicando à hipótese dos autos. 4. Na responsabilidade civil extracontratual, os juros de mora são devidos desde o evento danoso, na forma da súmula 54/STJ. 5. O conhecimento da divergência jurisprudencial pressupõe cotejo analítico, demonstrativo da similitude fática e do direito aplicado nos acórdãos recorrido e paradigmas, nos moldes dos arts. 541 do CPC e 255 do RISTJ. 6. Recurso especial conhecido em parte e desprovido.

(STJ - REsp: 1289679 RS 2011/0254726-0, Relator: Ministra ELIANA CALMON, Data de Julgamento: 03/09/2013, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 18/09/2013)

Como último exemplo, segue a seguinte decisão que estabelece responsabilidade de instituição e médico:

Indenizacao. Parto distoico. Erro medico. Paralisia obstetrica. Rutura do plexo braquial. Lesao permanente. Atrofia do membro superior. Reducao de movimentos. São previsiveis, em parto normal, as dificuldades de expulsao do feto, mormente com peso elevado e dupla circular de pescoco. Ausencia de providencias para minimizar o sofrimento da parturiente durante mais de 7 horas de trabalho de parto. Nao constitui forca maior manobra brusca para liberar as espaduas do feto, sob a justificativa de salva-lo da asfixia. Possibilidade de conduta diversa, segundo tecnica médica descrita. Havendo confirmacao pericial de lesao permanente, da necessidade de mais de uma microcirurgia para reducao dos danos e de fisioterapia por tempo indefinido, se impoe o dever de indenizar, sendo ele solidario com a responsabilidade objetiva da Casa de Saúde. Nexo causal positivo ao contrario do afirmado pelo perito. Ausencia de pediatra na sala de parto. Ofensa a boa-fe' objetiva ante nao informacao aos pais da deficiencia fisica do filho recém-nato. Responsabilidade objetiva da Casa de Saúde e subjetiva dos medicos obstetras. Fixacao do "quantum", a titulo de danos morais segundo criterios de razoabilidade e proporcionalidade. Determinacao para que sejam indenizaveis os tratamentos medicos de forma irrestrita, passados, presentes e futuros. Provimento parcial do recurso.

(TJ-RJ - APL: 00000538019958190024 RIO DE JANEIRO ITAGUAI 1 VARA CIVEL, Relator: LEILA MARIA CARRILO CAVALCANTE RIBEIRO MARIANO, Data de Julgamento: 20/03/2002, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 15/08/2002) Visualizado por Pedro Henrique às 20:37

Em resumo as vítimas de violência obstétrica no Brasil possuem um único caminho, não específico, para buscar a resolução de seus casos perante a justiça cível, sendo este as ações indenizatórias. É necessário, portanto a criação de meios específicos para tratamentos desses casos, que preveja a responsabilização adequada para cada possível agressor e que retire os casos de violência obstétrica da seara dos erros médicos visto que como já exposto não se trata disso, mas sim de verdadeiras condutas criminosas e voluntarias que não podem ser tratadas como falhas humanas, de imprudência, imperícia e negligencia.

3.2 SEARA ADMINISTRATIVA

No âmbito administrativo, o procedimento para responsabilização do sujeito ativo da violência obstétrica dá-se dentro da pessoa jurídica a qual ele pertence, bem como perante os conselhos de profissão, que também são responsáveis por redigir as regras inerentes aos profissionais da classe. As autoridades máximas das profissões formam os conselhos federais, e subordinados a este, nos estados têm-se os conselhos estaduais, que atuam com o fim de solucionar demandas mais específicas do ente federativo específico que está sob sua competência.

Como já elucidado anteriormente, no polo ativo da violência obstétrica as figuras mais frequentes são médicos e enfermeiros.

3.2.1 Medicina

No tocante aos médicos, a Resolução nº 1931 de 2009, do Conselho Federal de Medicina, publicada no Diário Oficial da União no dia 24 de setembro de 2009, aprovou o Código de Ética Médica, visando a regulamentação da profissão, devido sua grande importância por lidar com o bem jurídico da vida humana.

No dicionário de significados tem-se que “Ética profissional é o conjunto de normas éticas que formam a consciência do profissional e representam imperativos de sua conduta. Ética é uma palavra de origem grega (*éthos*), que significa “propriedade do caráter”. Ser ético é agir dentro dos padrões convencionais, é proceder bem, é não prejudicar o próximo.” Portanto, resta comprovada a necessidade da criação de um código de ética específico para cada profissão, pois cada uma possui suas características próprias, o que difere uma carreira de outra.

Pelo fato da medicina lidar com o bem mais importante, surge o termo chamado de *bioética*. Como define Maria do Céu Patrão Neves, a bioética (1996)

“é a ética aplicada à vida, um novo domínio da reflexão e da prática, que toma como seu objetivo específico às questões humanas na sua dimensão ética, tal como se formulam no âmbito da prática clínica ou da investigação científica, e como método próprio a aplicação de sistemas éticos já estabelecidos ou de teorias a estruturar”.

Os códigos de ética atuais são amplamente influenciados pelo pensamento de Beauchamp e Childress, que adotam uma análise da bioética principalista, norteadas pelos

princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Sendo o destaque, no âmbito da violência obstétrica, do princípio da autonomia, reconhecido inclusive pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, pois tal norma principiológica enfatiza que o papel na tomada de decisões a respeito da sua saúde é da mulher, bem como os médicos devem agir observando a vulnerabilidade feminina e respeitando suas escolhas e opiniões.

Ressalta-se ainda, o princípio da justiça, que estabelece a obrigação ética de tratar os pacientes conforme o que é correto moralmente, equivalente ao princípio da equidade no âmbito da prestação dos serviços públicos, também avaliado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, que assinala que no âmbito da ginecologia e obstetrícia, as mulheres, gestantes e parturientes devem ser tratadas igualmente, independente da situação socioeconômica.

No Código Brasileiro de Ética Médica, o Capítulo I é destinado somente para a previsão dos princípios. Vejamos alguns dos dispositivos:

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, e benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Quanto à responsabilização profissional, esta é regulada em capítulo específico, o qual prevê vedações ao exercício da medicina. Têm-se alguns dos dispositivos que configuram ato que afronta o Código de Ética Médica:

Art. 1o Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2o Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3o Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4o Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5o Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6o Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7o Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8o Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9o Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumplear-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

As práticas de atos ilícitos que contrariem o Código de Ética Médica são levadas ao conhecimento do conselho regional e federal através de denúncia e apuradas através de sindicâncias e de processo éticos profissionais, que correm em sigilo e são regidos pelo Código de Processo Ético Profissional, aprovado pelo plenário do Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução CFM nº 2.145/2016, publicada no Diário Oficial da União em 27 de outubro de 2016

O Código de Processo Ético Profissional regulamenta todas as fases do procedimento de apuração da prática de conduta ilícita, definindo um rito particular.

A competência para apreciar e julgar infrações éticas é do Conselho Regional de Medicina em que o médico esteja inscrito ao tempo da ocorrência do fato punível, segundo dispõe o artigo 2º do Código de Processo Ético Profissional, porém a competência para instaurar sindicância, analisar seu relatório e, se for o caso, instaurar o processo ético profissional e sua instrução é do CRM onde o fato punível ocorreu, ainda que o médico não possua inscrição na respectiva circunscrição; ou, tendo sido inscrito, já tenha sido transferido para a circunscrição de outro CRM, consoante a redação do artigo 3º do mesmo código de processo.

No parágrafo primeiro, do artigo 5º, do Código de Processo Ético Profissional, ressalta-se o princípio de independência das esferas quando estabelece que “A responsabilidade ético-profissional é independente da criminal”, vislumbrando o fato de que se a infração do médico que esteja sendo processado por conduta antiética configure ilícito penal, será tipificado na esfera penal, pelo Poder Judiciário, consoante as regras do Código Penal e Código de Processo Penal. E em seu parágrafo segundo consta a previsão legal que a decisão na esfera penal apenas vincula a administrativa nas hipóteses de inexistência do fato e

negativa de autoria delitiva, dispositivos presentes nos incisos I e IV, respectivamente, do art. 386 do Código de Processo Penal.

A conclusão do relatório da sindicância, de acordo com o artigo 17, do Código de Processo Ético Profissional, devidamente fundamentado, pode resultar em proposta de conciliação, proposta de termo de ajuste de conduta, arquivamento (quando inexistem indícios de infração ao Código de Ética Médica), ou na instauração do Processo Ético Profissional, cumulada ou não de proposta de interdição cautelar.

A conciliação pode ocorrer entre as partes nos casos em que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º do Código Penal), assédio sexual ou óbito do paciente, e dependerá de proposta do conselheiro sindicante ou de outro membro da Câmara, com aprovação da câmara de sindicância.

Já o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) é o ato jurídico pelo qual a pessoa, física ou jurídica, em regra, reconhecendo implicitamente que sua conduta ofende ou pode ofender interesse ético individual ou coletivo, assume, perante órgão público legitimado, o compromisso de eliminar a ofensa ou o risco, através da adequação de seu comportamento às exigências legais e éticas, mediante formalização de termo.

A interdição cautelar do exercício da medicina ocorre quando o pleno do CRM, por maioria simples de votos e respeitando o quórum mínimo, poderá interditar cautelarmente o médico cuja ação ou omissão, decorrentes do exercício de sua profissão, esteja notoriamente prejudicando seu paciente ou à população, ou na iminência de fazê-lo.

No rito do Processo Ético Profissional, há ainda, uma audiência de instrução, com produção de provas testemunhais e documentais, de acordo com o previsto no artigo 54 e seguintes.

A Seção IV do Código de Processo Ético Profissional trata do Julgamento do Processo Ético Profissional no Conselho Regional de Medicina, fase na qual serão designados os conselheiros relator e revisor, responsáveis pela elaboração dos relatórios. Da decisão cabe recurso administrativo para o Conselho Federal de Medicina, consoante o artigo 94, do código supracitado,

3.2.2 Enfermagem

Já no que diz respeito à enfermagem, o procedimento de responsabilização tende a ser mais simplificado, pois as condutas antiéticas, penalidades e formas de aplicação estão previstas no mesmo código. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foi reformulado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007, da qual resulta sua redação vigente.

Da mesma maneira como disposto no Código de Ética Médica, o compilado de regras da enfermagem também dispõe acerca dos princípios norteadores da carreira de enfermeiro, tais como respeito à vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

Na Seção I, que trata da relação do enfermeiro com o paciente, a família e a coletividade, destaca-se as responsabilidades e deveres, e também as proibições, que versam sobre os casos de possíveis infrações ao Código de Ética com relação à pessoa do paciente. Vejamos:

Art. 26 – Negar assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

Art. 27 – Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 28 – Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.

Parágrafo único – Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

Art. 29 – Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

Art. 30 – Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos.

Art. 31 – Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência.

Art. 32 – Executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 33 – Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

Art. 34 – Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência.

Art. 35 – Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.

Diferente do Código de Ética Médica, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece em seu Capítulo V a regulamentação das infrações e das penalidades.

Os artigos 113 e 114 vislumbram a caracterização da prática de infrações éticas ou disciplinares; o artigo 113 dispõe que constitui infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de

Ética dos Profissionais de Enfermagem, já o artigo 114 conceitua como infrações disciplinares as que configuram inobservância das normas dos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem.

A qualificação como sujeito ativo tem respaldo no artigo 115, que estabelece que além da pessoa que pratica ou concorre para a prática, quem obtiver benefício do ato ilícito também responde pela infração.

As penalidades a serem aplicadas nos casos de infração estão elencadas no artigo 118. Tem-se o dispositivo legal:

Art. 118 – As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do exercício profissional;

V – Cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1º – A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º – A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (uma) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º – A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º – A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da enfermagem por um período não superior a 29 (vinte e nove) dias e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º – A cassação consiste na perda do direito ao exercício da enfermagem e será divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

Para aplicação da penalidade em cada caso concreto, também são avaliadas as circunstâncias atenuantes e agravantes, o dano causado e suas consequências, os antecedentes do infrator e a gravidade da infração, que pode ser considerada leve, grave ou gravíssima.

Art. 121 – As infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º – São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições.

§ 2º – São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa ou as que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 3º – São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido, função ou ainda, dano moral irremediável em qualquer pessoa.

Por fim, tem-se que os casos concretos que o Código de Ética seja omissos, o artigo 130 confere a competência para a solução de tais situações para o Conselho Federal de Enfermagem.

3.3 SEARA PENAL

Apesar da recente sanção da Lei nº 17.097/17 em Santa Catarina e a caracterização de algumas práticas como violência obstétrica, não houve a tipificação de nenhuma das condutas elencadas na lei como ilícito penal, de modo que integrasse o rol de crimes e contravenções penais no ordenamento jurídico pátrio.

No Brasil, faz-se uso da analogia e dos dispositivos já existentes no Código Penal. Mesmo que tipificados como outros crimes que não a violência obstétrica, tais dispositivos ajudam de certa forma a punir práticas que violem os direitos e causem danos as mulheres gestantes e parturientes.

Os dispositivos presentes no Código Penal Brasileiro que indicam uma certa presença da violência obstétrica são escassos. Inicialmente, tem-se o artigo 146, que prevê a conduta ensejadora de constrangimento ilegal, que dependendo da situação em que acontecer, pode ser considerada como violência obstétrica. Destaca-se, ainda, o artigo 129, §1º, inciso IV, o qual dispõe acerca da lesão corporal de natureza grave por causar aceleração do parto.

A doutrina e a legislação penal vigente conferem um tratamento ineficiente à questão da violência obstétrica no país, pois enxergam tal conduta apenas como circunstância agravante de pena, e não como um crime ou contravenção penal independente.

Estabelece o artigo 61, inciso II, alínea “h”, do Código Penal, a agravante da pena em virtude da prática ter como sujeito passivo a mulher grávida. Vejamos:

Art. 61 - São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime:

I - a reincidência;

II - ter o agente cometido o crime:

a) por motivo fútil ou torpe;

- b) para facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outro crime;
- c) à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação, ou outro recurso que dificultou ou tornou impossível a defesa do ofendido;
- d) com emprego de veneno, fogo, explosivo, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que podia resultar perigo comum;
- e) contra ascendente, descendente, irmão ou cônjuge;
- f) com abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade, ou com violência contra a mulher na forma da lei específica;
- g) com abuso de poder ou violação de dever inerente a cargo, ofício, ministério ou profissão;
- h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;**
- i) quando o ofendido estava sob a imediata proteção da autoridade;
- j) em ocasião de incêndio, naufrágio, inundação ou qualquer calamidade pública, ou de desgraça particular do ofendido;
- l) em estado de embriaguez preordenada.

No mesmo sentido, tem-se o entendimento do Superior Tribunal de Justiça:

PENAL. LESÃO CORPORAL. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. CRIME COMETIDO COM VIOLÊNCIA CONTRA MULHER GRÁVIDA. RECONHECIMENTO DA MENORIDADE. RÉU REINCIDENTE. REGIME ABERTO. INVIABILIDADE. SUBSTITUIÇÃO DA PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. MEDIDA NÃO RECOMENDÁVEL. IMPOSSIBILIDADE. 1. PROCEDE-SE O RECONHECIMENTO DA ATENUANTE DA MENORIDADE, QUANDO HÁ DOCUMENTO HÁBIL NOS AUTOS PARA PROVÁ-LA. 2. INVIÁVEL, NOS TERMOS DA ALÍNEA B DO § 2º DO ART. 33 DO CÓDIGO PENAL, A FIXAÇÃO DE REGIME INICIAL ABERTO PARA O CUMPRIMENTO DA PENA QUANDO SE TRATAR DE CONDENADO REINCIDENTE, AINDA QUE A PENA IMPOSTA SEJA INFERIOR A QUATRO ANOS, AINDA MAIS SE O CRIME FOI PRATICADO CONTRA MULHER GRÁVIDA DE 7 MESES. 3. NÃO HÁ QUE SE FALAR EM SUBSTITUIÇÃO DA PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE POR RESTRITIVA DE DIREITOS QUANDO O CRIME, QUE RESULTOU EM DIVERSAS LESÕES FÍSICAS, FOI COMETIDO COM VIOLÊNCIA CONTRA MULHER GRÁVIDA, BEM COMO POR SER O RÉU REINCIDENTE, POIS NÃO SE MOSTRA RECOMENDÁVEL. 4. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO PARA RECONHECER A ATENUANTE DA MENORIDADE E REDUZIR A PENA IMPOSTA AO APELANTE.

(TJ-DF - APR: 20120410080576 DF 0007812-95.2012.8.07.0004, Relator: JOÃO BATISTA TEIXEIRA, Data de Julgamento: 05/12/2013, 3ª Turma Criminal, Data de Publicação: Publicado no DJE : 09/12/2013 . Pág.: 179)

Sendo a violência obstétrica uma situação com alto índice de vítimas no Brasil, o ordenamento jurídico pátrio deveria buscar uma reformulação de modo a incluir as práticas de violência contra a mulher gestante e parturiente dentre os crimes e contravenções penais já existentes, com a devida tipificação penal e atribuição da penalidade adequada à conduta delituosa.

Resta evidenciado o atraso do Brasil quando posto em comparação a outros países, inclusive no âmbito da América do Sul, onde Argentina e Venezuela já possuem leis específicas sobre a matéria compondo a legislação vigente.

Na Argentina existe a Lei da Província de Buenos Aires nº 12.569 da Violência Familiar, que dispõe acerca da violência contra mulher, que seja por ação ou omissão, e que ofenda sua integridade física, psíquica, moral e sexual. Possuem ainda, a Lei nº 26.485, que tem o intuito de prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos de suas relações interpessoais, prevendo ainda o direito das mesmas de decidirem sobre sua vida reprodutiva e sexual, conceituando a violência obstétrica em seu teor e atribuindo sanções.

Ademais, na Venezuela, também há a previsão da violência obstétrica na Lei Orgânica sobre o Direito das mulheres a uma vida sem violência, garantindo o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, a fim de erradicar todos os tipos de violência existentes e que possam ser praticados contra as mesmas em suas relações na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como intuito formar uma conscientização a respeito da violência obstétrica, de modo a explicar todos os aspectos pertencentes a tal tipo de violência, devido ao fato de tal prática ilícita crescer em números alarmantes no Brasil.

Ocorre que, a violência obstétrica não ganha tanta visibilidade como os outros tipos de violência pois ocorre geralmente em um ambiente hospitalar, local onde as necessidades femininas acabam sendo deixadas de lado, inclusive pela grande demanda de gestantes e parturientes nos hospitais. Muitas das vezes as vítimas não têm conhecimento do fato de que estão figurando no polo passivo da violência obstétrica, por acharem que tal tratamento a elas conferido é normal e igual para com todas as mulheres pacientes.

A crítica deste trabalho de conclusão de curso ressalta a deficiência do ordenamento jurídico pátrio para atender a crescente demanda de danos causados pela prática de violência obstétrica.

Apesar de a conduta ilícita gerar efeitos nas searas cível, administrativa e penal, nem sempre as vítimas obtêm êxito quando pleiteiam reparação de danos, bem como o processo administrativo interno é lento e não gera nenhum tipo de compensação da lesão à vítima, visto a independência das esferas.

Resta comprovado, ainda, o atraso na legislação penal pátria vigente em não incluir nas condutas delituosas criminais a prática da violência obstétrica como crime ou contravenção, mesmo que em alguns dos casos as consequências sejam graves e os danos irreparáveis.

A conscientização dos operadores do direito através do presente texto é relevante de modo a alertar sobre a atual situação jurídica no que diz respeito à violência obstétrica, pois quanto mais esclarecimentos sobre o assunto, mais os legisladores preocupar-se-ão em criar e sancionar os projetos de leis já existentes, a fim de suprir as lacunas existentes no ordenamento, podendo ter um alcance maior nos casos concretos, solucionando os conflitos e conferindo maior proteção aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

A mudança na legislação se faz imprescindível, pois só com ela ocorrerá a transformação do tratamento dos casos de violência obstétrica no meio jurídico. Atualmente os casos de agressão contra gestantes e parturientes, são levados a juízo por simples ações indenizatórias contra o estado. Não há também a responsabilização direta e legal do profissional que age violentamente, as consequências máximas são as determinadas pelo regulamento de cada profissão.

O tratamento atual dado a estes casos se demonstra completamente ineficiente, visto que a responsabilização não se dá de forma específica e muito menos proporcional. Muitos casos são verdadeiras condutas criminosas, que chegam a acarretar morte da mãe ou do bebê. Estudos afirmam que a violência obstétrica pode trazer a vítima consequências psicológicas análogas a de uma mulher que sofre um estupro por exemplo. É um problema muito sério e sem estrutura legal que propicie seu combate. A impunidade tem sido a regra quando falamos de violência obstétrica.

A criação de uma norma civil completa e da devida tipificação penal, com a responsabilização criminal e direta dos agentes, são os atos que faltam para que haja a efetivação dos direitos da mulher em exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. Mulheres não precisam apenas de direitos, mas também de informação e meios de executá-los.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Estímulo ao parto normal.2015.13P. Rio de Janeiro -2015.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Estímulo ao Parto Normal. Rio de Janeiro. 2015.

AGUIAR, Janaína Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.2010.

BICEGLIA, Tania Regina, A Mulher E A Evolução Histórica De Suas Conquistas Na Legislação Civil E Constitucional Brasileira, Presidente Prudente – SP, 2002.

BRASIL. Agencia Nacional de Saúde. Resolução Normativa nº: 368 de 6 de Janeiro de 2015.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº: 36 de 3 de junho de 2008.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº: 36 de 25 de julho de 2013

BRASIL. Constituição, 1988: Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 19 de Setembro de 1990. Lei do Acompanhante. Altera a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 2.848 de 7 de Dezembro de 1940.

BRASIL. Lei nº 4.121, de 27 de Agosto de 1962.

BRASIL. Lei nº 8.880 de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde.

BRASÍLIA. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2589 de 11 de Agosto de 2015. Que dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.

BRASÍLIA. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7633 de 29 de Maio de 2014. Que dispõe sobre a humanização da assistência a mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico e puerperal e outras providencias.

Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia / Cristiano Fernando Rosas (coord.). 3ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004.

CABRAL, Karina Melissa. Manual de Direitos da Mulher : as relações familiares na atualidade; Os direitos das mulher no Código Civil de 2002; O combate à violência - análise e aplicabilidade da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006) e de acordo com a guarda compartilhada. Leme/SP : Mundi, 2008.

CAMPOS, Amini Haddad e CORRÊA, Lindalva Rodrigues. Direitos Humanos das Mulheres. Curitiba: Juruá, 2007.

CHAUÍ, M. Participando do Debate Sobre Mulher e Violência. *IN*. Chauí M, Cardoso R, Paoli MC, organizadores. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro. Zahar. 1985. p 25-62. 4V.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Código de Ética da Enfermagem, Rio de Janeiro, 8 de Fevereiro de 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Manual de Orientação Ética e Disciplinar, 5ª Edição, CODAME, Florianópolis-SC, 2013.

DA SILVA, Afonso José, Curso de Direito Constitucional Positivo, 37ª edição, Malheiros Editores, São Paulo- SP, 2013.

DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO. Conversando Sobre Violência Obstétrica. 1ª edição. 2015. São Paulo, 2015.

DIAS, Maria Berenice. A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização de Assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. 2005.

DINIZ, Maria Helena, Curso de Direito Civil Brasileiro, Teoria Geral do Direito Civil, 30ª edição, Editora Saraiva, São Paulo-SP, 2013.

DINIZ, Simone G; CHACHAM, Alessandra S, Corte por Cima, Corte por Baixo, Questões de Saúde Reprodutiva, São Paulo, 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO & SESC. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, 2010.

GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. Erro médico à luz da jurisprudência comentada. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2005.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Responsabilidade Civil. São Paulo: Saraiva, 2007.

Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê /UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância ; [ilustrações de Ziraldo]. --São Paulo : Globo, 2011.

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=86&Itemid=545

HERMANN, Leda Maria. Maria da Penha Lei com nome de mulher : considerações à Lei nº 11.340/2006 : contra a violência doméstica e familiar, incluindo comentários artigo por artigo. Campinas/SP: Servanda Editora, 2008.

SMIGAY, Karin Ellen von (2002). Sexismo, homofobia e outras expressões correlatas de violência: desafios para a psicologia política p. 34. 32-46 pp. Acesso em 20 de novembro de 2016.

LENZA, Pedro, Direito Constitucional Esquematizado, 17ª edição, Editora Saraiva, São Paulo-SP, 2013.

LEY DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Nº 12.569 de Violencia Familiar. Decreto reglamentario 2.875/05, LEY NACIONAL Nº 26.485 de Protección Integral de las Mujeres. Decreto reglamentario 1011/10. 96 págs.; 22x15 cms.

LEY Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Venezuela, a los dieciséis días del mes de marzo de 2007.

MACIEL, Eliane Cruxên Barros de Almeida, A Igualdade Entre os Sexos na Constituição de 1988, 1997.

MATIELO, Fabrício Zamprogna. Responsabilidade Civil do Médico. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.

MATOS Maureen Lessa; GITAHY Raquel Rosan Christino, A Evolução Dos Direitos Da Mulher, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Humanização do Parto. Brasília, 2002.

OLIVEIRA, Daniela Ulguim. A responsabilidade Civil por Erro Médico. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=35. Acesso em 10 de Dezembro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.4p. Genebra-Suíça- 2014.

PIMENTEL, Silvia. A Mulher e a Constituinte – Uma Contribuição ao Debate. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1987. 87p.

PITANGUY, Jacqueline, As Mulheres e a Constituição de 1988.

Portal do Médico, Conselho Federal de Medicina, Código de Processo Ético Profissional. Disponível em:

PULHEZ, Mariana Marques, A “Violência Obstétrica” E As Disputas Em Torno Dos Direitos Sexuais E Reprodutivos, Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Para CPMI da Violencia Contra a Mulher. Violencia Obstétrica, “Parirás com Dor”. 2012.

RODIBARD, Ana Cristine, A Violência Obstétrica no Ordenamento Jurídico Brasileiro, Curitiba- PA, 2015.

SANTA CATARINA (Estado). Lei nº 17.097 de 17 de Janeiro de 2017.

SERAFINI, Stella Vicente, As relações de Gênero nos Códigos Civis de 1916 e de 2002.

SILVEIRA, Reynaldo Andrade da, Responsabilização Médica Civil, Criminal, e Ética- Legislação Positiva Aplicável. Belo Horizonte. Del Hey. 1998.

SOUZA Neri Tadeu Camara, Responsabilidade Cível no Erro Médico, Porto Alegre-RS.

VIOLÊNCIA Obstétrica – A voz das brasileiras, 2012. Disponível em
<http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=eg0uvonF25M>.

ANEXO A – Conteúdo completo da lei 17.097 de 17 de Janeiro de 2017.

LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017

Procedência: Dep. Angela Albino
 Natureza: [PL./0482.9/2013](#)
 DOE: 20.457, de 19/01/2017
 Fonte: ALESC/Coord. Documentação.

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

- o requerer;
- XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim
- imprescindível;
- XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente
- XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
- XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;
- XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;
- XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;
- XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;
- XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no *caput* deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências”.

Art. 5º Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, os postos de saúde, as unidades básicas de saúde e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência de que trata esta Lei.

§ 3º O custo dos cartazes poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

Art. 7º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas se

necessário.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua publicação.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO
Governador do Estado

ANEXO B – Art. 14 do Projeto de lei nº 7.633/2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;

d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;

e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;

f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);

g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;

h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;

i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;

j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;

k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;

l) praticar Manobra de Kristeller;

m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;

n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.

XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao

parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas;

XIV – Realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal;

XV – Realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;

XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;

XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;

XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;

XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico;

XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;

XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

XXII - Tratar o pai da criança ou o(a) acompanhante de escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite.