

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO
VALE DO JURUENA**

BACHARELADO EM DIREITO

JÉSSICA RODRIGUÊS DE SOUZA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

JUÍNA-MT

2015

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO
VALE DO JURUENA**

BACHARELADO EM DIREITO

JÉSSICA RODRIGÊS DE SOUZA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Trabalho apresentado como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em direito, da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena – AJES.

Orientadora: Alcione Adame.

JUÍNA-MT

2015

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO
VALE DO JURUENA**

CURSO: BACHARELADO EM DIREITO

Banca examinadora da monografia apresentada ao Curso de Direito da Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena – AJES, para obtenção do Grau de Bacharel em Direito.

Resultado:

Prof. Mestre Caio Fernando Gianini Leite

Profa. Mestre. Cristiana Carvalho

Profa. Doutora Leda Maria de Souza Villaça

Profa. Mestre Alcione Adame

Juína, ____ de _____ de ____.

Dedico este trabalho ao meu marido e à minha família, pelo amor e compreensão nos momentos em que eu mais necessitei. Dedico também às mulheres que foram vítimas de violência obstétrica. Para vocês todo o meu amor e respeito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me fortalecer em momentos difíceis e sempre renovar sua benignidade em minha vida, a Ele toda honra e glória.

Agradeço também à minha orientadora pela excepcional paciência, força, conhecimentos transmitidos, além da dedicação, sem os quais o desenvolvimento e a conclusão deste trabalho seriam ainda mais difíceis.

Agradeço ainda à todos os professores que fizeram parte da minha formação acadêmica, que se mostraram sempre dispostos a me auxiliar, dividindo seu tempo e conhecimento, em especial a banca avaliadora que me deu mais sentido para concluir este trabalho, muitíssimo obrigada!

Por fim, agradeço aos meus colegas de curso, que deram mais cor e alegria aos meus dias acadêmicos durante todo este curso, em especial aos irmãos que fiz no decorrer não só da graduação, mas da vida, pois há amigos mais chegados que irmãos.

“Algumas dores são passíveis de cura.”

(William Shakespeare)

RESUMO

Atualmente, mulheres são submetidas a constrangimentos durante atendimentos médicos, tais constrangimentos à luz do direito interno como do direito internacional configuram-se crimes contra a mulher. No Brasil a medida mais importante de repressão a violência contra a mulher se deu após coerção internacional para que o País tomasse uma postura legislativa para reduzir a desigualdade entre homem e mulher. Maria da Penha recorreu a Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos – OEA, por esse motivo em 2006, o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei Maria da Penha. Existe no País uma Lei em tramitação no Congresso Nacional, de autoria do Deputado Jean Wyllys que regulamentará os direitos das mulheres durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério. Mesmo com a regulamentação da violência obstétrica, ainda pairam problemas para configuração e responsabilização dos profissionais envolvidos em práticas abusivas. Ao longo dos anos a relação médico-paciente assumiu algumas facetas, dentre elas a relação médico-paciente no modelo sacerdotal, onde o médico exerce autoridade absoluta sobre o paciente. Uma alternativa a todos esses abusos, é a humanização no parto. A humanização do parto é conveniente não só para os que necessitam desse trabalho, mas é vantajosa também para o Estado, pois reduz o número de natimortos, o número de mulheres que necessitam de UTI, bem como os bebês que também necessitariam, para isso a política de humanização conhecida como rede cegonha tem sido difundida em todo território brasileiro. Outros meios também auxiliariam a defesa dos direitos das parturientes, sendo a criação ou efetivação de canais de comunicação, onde as mulheres pudessem esclarecer seus direitos e os procedimentos pelos quais possivelmente seria submetida, além da educação como forma de prevenção.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direitos Humanos. Rede Cegonha. Humanização do Parto.

RESUMEN

Actualmente, las mujeres son sometidas a limitaciones de la atención médica tales limitaciones a la luz de la legislación nacional y el derecho internacional, constituyen crímenes contra la mujer. En Brasil, la medida más importante de la violencia contra la mujer repressão tomó después de la coerción internacional para el país a adoptar un enfoque legislativo para reducir la desigualdad entre hombres y mujeres. Maria da Penha apeló la Corte Interamericana de Derechos Humanos Organización de los Estados Americanos - OEA, por lo tanto, en 2006, el ex presidente Luiz Inácio Lula da Silva firmó la Ley Maria da Penha. Hay una ley en el país en el Congreso Nacional, cuyo autor es el Sr. Jean Wyllys que regulará los derechos de las mujeres durante el embarazo, antes del parto, el parto y el posparto. Incluso con la regulación de la violencia obstétrica, problemas que aún se ciernen para la configuración y la rendición de cuentas de los profesionales involucrados en el abuso. Con los años la relación médico-paciente tomó algunas facetas, entre ellas, la relación médico-paciente en el modelo sacerdotal, donde el médico tiene autoridad absoluta sobre el paciente. Una alternativa a todos estos abusos es la humanización en el parto. La humanización del parto es apropiado no sólo para aquellos que necesitan este trabajo, pero también es ventajoso para el Estado, ya que reduce el número de nacidos muertos, el número de mujeres que necesitan la UCI y bebés que también requieren, para que política de humanización conocida como red cigüeña ha sido generalizada en todo Brasil. Otros medios de comunicación también ayudarían a la defensa de los derechos de la mujer, sino la creación o realización de los canales de comunicación, donde las mujeres podían aclarar sus derechos y los procedimientos por los que posiblemente serían presentadas, así como la educación para la prevención.

Keywords: La violencia obstétrica. Derechos humanos. Red Cigüeña. Humanización del Nacimiento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO I - BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE A VIOLÊNCIA	13
1.1 A história de Maria da Penha: do descaso a Lei Nacional	16
1.2 Violência obstétrica.....	18
1.2.1 Violência obstétrica: agressão verbal.....	24
1.2.2. Violência obstétrica: coação moral institucionalizada	28
1.2.3 Violência obstétrica: agressões físicas	30
1.3 A mulher é vulnerável no período gestacional?.....	39
1.3.1 A transformação fisiológica da mulher na gestação.....	39
1.3.2 Alteração hormonal durante a gestação.....	41
1.3.3 Alteração psicológica da gestante	42
CAPÍTULO II – PROPOSTAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	45
2.1 Propostas internacionais de combate à violência obstétrica.....	45
2.2 Violência obstétrica versus direito à saúde.....	50
2.2.1 Princípio do Sistema Único de Saúde: Universalidade	53
2.2.2 Princípios do Sistema Único de Saúde: equidade e integralidade	53
2.2.3 Outros princípios fundamentais no atendimento de saúde	54
2.3 Violência obstétrica versus Direitos Fundamentais	56
2.3.1 Dignidade da Pessoa Humana.....	58
2.3.2. Liberdade	60
2.3.3. Igualdade.....	61
2.3.4 Diversidade	63
2.4 O combate à violência obstétrica no Brasil	63
2.5 Direitos sexuais e reprodutivos	65
2.6 Legislação Brasileira de combate à violência obstétrica.....	67
2.7 O que é a rede cegonha? Que diferença faz?.....	73
CAPÍTULO III- RESPONSABILIZAÇÃO MÉDICA PELA PRÁTICA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	78
3. 1 Responsabilidade civil.....	78
3.2 Responsabilidade penal	84
3.3 Responsabilidade administrativa	88
3.4 Princípios da bioética	90

CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS	93

INTRODUÇÃO

Reiteradamente, mulheres são submetidas a constrangimentos durante atendimentos médicos, tais constrangimentos à luz do direito interno como do direito internacional configuram-se crimes contra à mulher.

No Brasil a medida mais importante de repressão a violência contra à mulher se deu após coerção internacional para que o País tomasse uma postura legislativa para reduzir a desigualdade entre homem e mulher. Maria da Penha recorreu a Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos – OEA, por esse motivo em 2006, o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei Maria da Penha.

Da mesma forma que muitas mulheres sofreram violência doméstica para que alguma medida fosse tomada, do mesma forma ocorre com relação a violência sofrida por mulheres no atendimento ao parto, que podem ser agressões verbais; agressões físicas e morais. Existe no País uma Lei em tramitação no Congresso Nacional, de autoria do Deputado Jean Wyllys que regulamentará os direitos das mulheres durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério.

Mesmo com a regulamentação da violência obstétrica, ainda pairam problemas para configuração e responsabilização dos profissionais envolvidos em práticas abusivas. Ao longo dos anos a relação médico-paciente assumiu algumas facetas, dentre elas a relação médico-paciente no modelo sacerdotal, onde o médico exerce autoridade absoluta sobre o paciente.

A dificuldade não fica restrita ao relacionamento, mas também se propaga ao meio jurídico em uma eventual responsabilização penal e civil da equipe de atendimento à grávida, pois o judiciário muitas vezes acaba arquivando procedimentos por não encontrar justa causa, um dos motivos da ausência de justa causa é que não há como afirmar de forma concreta se houve ou não abuso.

Assim, no Capítulo I apresentará considerações acerca da violência, expondo aspectos históricos e seus conceitos. Serão ainda abordadas as alterações físicas, hormonais e psicológicas da mulher, bem como sua possível classificação como vulnerável como preceitua o Código Penal.

O Capítulo II deste trabalho tratará as propostas de combate à violência obstétrica, abordando o que já foi construído a nível internacional de combate a violência contra a mulher, bem como essas práticas afrontam princípios do SUS- Sistema Único de Saúde, princípios de atendimento a saúde, direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além de afrontar direitos humanos positivados no ordenamento jurídico pátrio.

Já no Capítulo III, será abordado a possibilidade de responsabilização médica pela prática de violência obstétrica nas esferas cíveis e penais, bem como na esfera administrativa e qual o posicionamento jurídico e jurisprudencial sobre o tema.

Enfim, abordados os temas anteriormente citados, apresentar-se-ão as devidas conclusões acerca dos fatos, abordando as alternativas para que evitar a violência obstétrica.

CAPITULO I - BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE A VIOLÊNCIA

A violência faz parte da sociedade desde seus primórdios. Para que o homem pudesse sobreviver ele teve que lançar mão dos meios que tinha, primeiramente os músculos, depois a inteligência, atualmente a influência e o poder é que tornam algumas pessoas mais dominantes em determinados contextos da nossa sociedade. Todavia, para que haja o mais forte, necessariamente terá o mais fraco, aqueles que sentem e que cedem à influência e o poder do outro por não ser da mesma classe social, do meio político ou que não detenha o mesmo conhecimento que o mais forte, ocasião em que este último se sobrepõe a eles.

“A violência e o ser humano são fenômenos inseparáveis ao considerá-la como algo socializado e que exerce funções nas diferentes estruturas sociais. Nesse sentido, a violência estaria presente tanto como ritual simbólico, quanto racionalizada nas lógicas”, segundo Neuza Romero Barazal¹.

Constata-se do seguinte modo.

Animais das mais diversas escalas na cadeia alimentar utilizam-se da violência para garantir sua subsistência, o mais forte prevalece sobre o mais fraco. De acordo com a teoria evolucionista, aperfeiçoada por Charles Robert Darwin, por meio da introdução da seleção natural como mecanismo de mudança evolutiva em sua obra *Origem das Espécies*², os indivíduos lutavam por sua sobrevivência ante os fatores limitantes como alimentos, território, parceiros entre outros. Aqueles que possuíam características vantajosas (força/inteligência) foram conservados, os menos aptos foram eliminados.

A diferença dos seres humanos para com os demais animais é que estes últimos quando querem dominar, seja pela necessidade de se alimentar, defender território ou se mostrarem fortes parceiros para o acasalamento, rosnam, mostram seus dentes e garras afiadas, já os seres humanos, ao contrário, podem pronunciar palavras ásperas com voz doce e mansa, quando querem, aliás, podem ainda, matar outro da mesma espécie, sem ao menos se comoverem com as súplicas da vítima por sua vida ou de sua prole³.

¹ BARAZAL, Neuza Romero. **Sobre violência e ser humano** in *Convenit Internacional 15 mai-ago 2014 Cemoroc-Feusp / Ppger-Umesp / IJI – Univ. do Porto*. p. 01.

² ALMEIDA, Rodrigo Volcan & Ariane Leites Larentis. **A Epistemologia de Baston Bachelard**. p. 13. Disponível em: <http://www.epistemologia.ufrj.br/>. Acessado em: 11/10/2015.

³ SUPER INTERESSANTE. Os cientistas entram em conflito: o homem é violento por natureza ou a sociedade é que o faz assim? Disponível em: <http://super.abril.com.br/comportamento/de-onde-vem-a-violencia>. Acessado em: 09/10/2015.

A violência é tão inerente ao ser humano que em diversos rituais ela está presente, é sabido que a história da humanidade é marcada por lutas, porém a violência não está restrita somente às lutas, no sentido do confronto entre povos.

Para que o Cristianismo o sacrifício é o ritual bem comum, pode-se ver, por exemplo, o sacrificio de Jesus na cruz, o pai (Abraão) que esteve prestes a sacrificar seu único filho (Isaque), o ritual de circuncisão⁴, entre outros.

René Girard ao proporcionar reflexão sobre a violência humana no contexto do sagrado coloca a vítima no cerne da discussão, pois de acordo com o autor a vítima é um bode expiatório da sociedade, porque diante de uma ameaça, a coletividade elege alguém para se sacrificar por eles. “A sociedade procura desviar para uma vítima relativamente indiferente, uma vítima “sacrificável”, uma violência que talvez golpeasse seus próprios membros, que ela pretende proteger a qualquer custo”⁵.

Assim, quando se olha para o cenário bíblico acima descrito pela perspectiva de René Girard chega-se a ideia do sacrifício de um para o bem de outros.

A relação do sacrifício com o parto se estabelece na medida em que há disseminação da concepção do parto como uma fatalidade, sem a opção de escolha de qual o meio mais adequado às necessidades da gestante, é fundamental a informação para que sempre que possível seja respeitado a natureza da parturiente, alias, que essa escolha não seja reflexo de pressão para que ela opte pelo parto mais adequado ao médico e sim um parto adequado para ela.

Para o senso comum a dor do parto é uma maldição⁶, entendimento difundido pela bíblia, em Gênesis, conforme se observa: “E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua conceição; com dor darás à luz filhos”, apesar de serem preparadas as mulheres para a hora do parto, não estão, pois na verdade só estão propagando a concepção é inevitável o sofrimento e que isso foi necessário para remir o pecado inicial, é nesse sentido que se percebe a relação entre o parto e sacrifício.

⁴ O Significado da Circuncisão: O ato da circuncisão era exigido como um sinal da aliança previamente estabelecida com Abraão. Isto não constituía uma nova aliança, porém um sinal externo que Abraão e seus descendentes para mostrar que eles eram o povo de Deus. O fato de esta cerimônia ser praticada no órgão reprodutor masculino tinha um significado duplo, pelo menos: 1) o ato de cortar o prepúcio falava em cortar a dependência carnal, e 2) a sua esperança pela posteridade e prosperidade futura não deveria repousar sobre as suas próprias habilidades. A circuncisão era uma afirmação de que a confiança do fiel estava sendo depositada na promessa de Deus e na sua fidelidade, e não em própria natureza carnal. (Gn. 22. 13/ Gn 15/10).

⁵ GIRARD, René. **A violência e o Sagrado** in A vítima expiatória redescoberta. São Paulo. Revista Eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo (NEPP) da Escola Superior de Teologia. Volume 03, jan.-abr. de 2004 – ISSN 1678 6408. p. 03. Acessado em: 10/10/2015.

⁶ Genesis: 3; 16.

Entretanto, o senso comum não trabalha o parto de forma imparcial e técnica, o que é de se esperar, mas a situação fica um pouco mais complexa, à medida que a gestação também não é tratada de forma clara e aberta pelos próprios profissionais da saúde e nem pelo governo, este último poderia inserir programas que incentive a gestante em todo o seu acompanhamento pré-natal a liquidar todas as eventuais dúvidas nutridas pelo sendo comum, enquanto o governo incentiva a mulher exercer senso crítico, os laços entre ela e os profissionais que vão fazer parte desse momento se estreitarão, porque haverá troca de informações, a mulher exporá sua singularidade e os profissionais da saúde explicarão todas às nuances do parto, bem como todas as complicações que possam ocorrer na hora do parto.

De forma breve, sem entrar no mérito do presente trabalho, o parto era pra ser o momento de protagonismo da mãe e do filho, contudo o que se observa dos últimos 03 (três) anos, é que aumentou o número de queixas de abusos cometidos por profissionais da saúde em face das grávidas, seus bebês e acompanhantes em alas obstétricas de hospitais particulares, bem como hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS⁷.

Ao elegerem a grávida como bode expiatório de um sistema cada vez mais desvalorizado de saúde⁸ ou de profissionais com uma formação muito tecnicista que deixa a desejar em matérias humanas, que estejam voltadas para a comunicação e o respeito à todos.⁹

O senso comum afirma que o processo degradante que a mulher é submetida na parturição é necessário, tendo em vista que a crença de que a mulher deve sentir dor ao parir, uma forma de afirmar que isso tudo é consequência do pecado de Eva, no Jardim do Éden. Já para uma concepção mais moderna, o sacrifício da mãe se justifica por que pode evitar complicações na saúde do bebê, ao fazerem isto concordam com o que René Girard diz, elegendo um bode expiatório¹⁰.

⁷ CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Disponível em: www.partodoprincipio.com.br. Acessado em: 14/10/2015.

⁸ O ajuste fiscal no Orçamento Geral da União pode levar o Governo Federal a participar ainda menos do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa é a previsão de especialistas a partir da confirmação do corte de aproximadamente R\$ 12 bilhões nos recursos previstos para a saúde em 2015. Nos últimos anos enquanto estados e municípios aumentaram suas despesas públicas com saúde em 49,4%, e 71,6%, respectivamente, a União cresceu apenas 40,4%, o que puxa para baixo o crescimento do conjunto de despesa pública no período, 51,3%. Fonte: **Jornal Medicina edição nº 245**. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25627:2015-07-23-15-23-9&catid=3.

⁹ Em análise a grade curricular do curso de medicina e enfermagem da PUC (Universidade referência no Brasil), constata-se que as matérias de cunho humanístico são antropologia filosófica e educação em direitos humanos e identidade cultural, ambas de 34 horas, nos primeiros semestres do curso. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/graduacao/cursos/enfermagem/matriz-curricular/>. Acessado em: 16/10/2015.

¹⁰ GIRARD, René. **A violência e o Sagrado** in A vítima expiatória redescoberta. São Paulo. Revista Eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo (NEPP) da Escola Superior de Teologia. Volume 03, jan.-abr. de 2004 – ISSN 1678 6408. p. 03.

A manifestação de intolerância pelas necessidades e vulnerabilidades do outro está em todos os lugares, antes era um meio de garantir sua subsistência, hoje um pouco mais velado, ainda está presente na sociedade, subjulgando grupos em detrimientos de outros, como se verá no texto à seguir.

1.1 A história de Maria da Penha: do descaso a Lei Nacional

De acordo com o Artigo 5º da Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, configura violência contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial¹¹.

Maria da Penha Maia Fernandes¹², mulher nascida em Fortaleza, filha de um dentista e uma professora, das 05 (cinco) filhas a mais velha. Nasceu em um lar harmônico, onde brincava com liberdade na calçada de sua casa com os colegas da vizinhança. Foi na rua Tereza Cristina, nº 1375, que Maria da Penha, cresceu, sendo eleita “Rainha dos Calouros”, pois era uma jovem exuberante, mas não parou por aí, antes mesmo de completar 18 anos, passou no vestibular para cursar farmácia, seguindo os conselhos de sua avó que foi a primeira parteira cursada da região do Cariri.¹³

Foi na faculdade que Maria da Penha conheceu seu primeiro namorado e sua primeira decepção, se apaixonou por um jornalista, machista e ciumento, foram casados por 04 (quatro) anos, anos de muitas desavenças, por ser o seu marido uma pessoa muito opressora, dominadora.¹⁴

Depois de concluir a faculdade, já separada, Maria da Penha saiu de Fortaleza em 1973, ocasião em que foi para São Paulo fazer mestrado, na Universidade de São Paulo, lá ela conheceu o colombiano que mudou a vida da farmacêutica e de milhares de brasileiras, para sempre.¹⁵

Então Maria da Penha se casou pela segunda vez, teve uma filha que nasceu em São Paulo, foi então que terminou seu mestrado e ela voltou para reassumir sua função no laboratório do Ceará, nesse mesmo período, a naturalização de seu esposo saiu, foi quando ele mudou totalmente seu comportamento, por tudo ele justificava uma agressão. Maria da Penha

¹¹ Artigo 5º da Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006.

¹² STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>. Acessado em: 13/11/2015

¹³ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>. Acessado em: 13/11/2015.

¹⁴ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>. Acessado em: 13/11/2015.

¹⁵ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>. Acessado em: 13/11/2015.

vivia com medo, pois ele era muito forte, praticava halterofilismo em casa, ela não tinha meios de enfrentá-lo.¹⁶

O ano era 1981, as notícias de violência contra a mulher eram destaque na mídia, a cantora Eliane Garamom havia sido assassinada pelo ex-marido, o também cantor Lindomar Castilho; 02 (dois) anos antes Doca Street teria matado sua esposa com 05 tiros na cabeça, quando submetido ao Tribunal do Júri recebeu a condenação de 02 (dois) anos de detenção e concedeu-lhe o “sursis”.¹⁷

Por esses motivos, Maria da Penha tinha medo de pedir o divórcio.

Na manhã de 29 de maio de 1983, Maria da Penha acordou com um forte barulho de disparo de arma de fogo dentro do quarto, foi quando tentou se mexer, mas não conseguia, o único pensamento que passou por sua cabeça era que seu marido teria lhe matado, os vizinhos também ouviram o barulho então prestaram socorro, por esse motivo ela ficou 04 (quatro) meses hospitalizada. A desculpa dada por seu marido era que ele tinha ouvido pessoas dentro de casa, essas pessoas teriam tentado enforcá-lo, por isso teria disparado a arma.¹⁸

O tiro que atingiu Maria da Penha acertou a 3ª e a 4ª vértebras torácicas, por pouco não atingiu o coração. Quando Maria da Penha voltou de Brasília, sabia que seu marido era o principal suspeito, outras foram as agressões, seu marido até tinha adulterado o chuveiro para ela tomar um choque, além de viver em cárcere fechado com suas filhas, enquanto seu marido saía para trabalhar Maria da Penha arrumava seus pertences para sair de casa, até que um dia tudo correu bem, ele saiu para fazer uma viagem e ela aproveitou para voltar à casa de seus pais.¹⁹

Foi nesse momento que toda dor e sofrimento deram lugar a força, Maria da Penha formalizou uma denúncia contra o então marido, o crime quase prescreveu, depois de esgotar todos os recursos internos do país, ela recorreu a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos - OEA. O Brasil foi condenado pela OEA por negligenciar os casos de violência doméstica, por essa razão, depois de repercussões

¹⁶ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>. Acessado em: 13/11/2015.

¹⁷ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>. Acessado em: 13/11/2015.

¹⁸ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>.

¹⁹ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnd0>. Acessado em: 13/11/2015.

internacionais, a questão chegou ao governo federal, e em 2006, o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei Maria da Penha.²⁰

Dentre os benefícios que Maria da Penha aponta para a Lei que leva seu nome é que a mesma combateu o machismo público, aquilo que se ouvia quando chegava a um departamento público, que a mulher estava naquela situação porque teria feito algo que justificasse aquela agressão.²¹

Infelizmente, esse machismo público institucionalizado ainda é percebido em nossa sociedade, tendo em vista que muitas mulheres continuam sendo as maiores vítimas de uma sociedade que sacrifica uns para garantir o bem estar de outros e, além das mulheres, também são vítimas os negros, os homossexuais e os pobres. Nessa perspectiva o foco neste trabalho são as mulheres grávidas. veremos que profissionais da saúde acabam negligenciando mulheres grávidas, e que a negligência começa no pré-natal, com a limitação de exames disponíveis no Sistema Único de Saúde, e, se estende até o pós-parto, quando proíbe a permanência do acompanhante.

1.2 Violência obstétrica

A parturição até o século XIX se dava nas casas das respectivas gestantes, pois lá havia conforto e familiares que as confortavam. Naquele tempo não eram raras as vezes em que havia complicações no parto, buscava-se na verdade maior conforto para a gestante, pois fatalmente morria mãe ou bebê, as vezes ambos. Os homens não participavam desse momento da mulher, pois o parto era realizado por mulheres e somente quando havia complicações é que o homem entrava em cena, visto que as parteiras chamavam padres, *shamans* ou rabinos somente quando o quadro clínico ia de mal a pior, pode-se concluir que a figura masculina significava algo muito ruim.

Os hospitais nesse período eram frequentados por pobres e doentes terminais, não era como conhecemos hoje, contudo como podemos constatar o quadro se inverteu.

Com o processo de institucionalização e medicalização da assistência ao parto, iniciado no século XIX, através da incorporação paulatina da obstetrícia pela medicina e da difusão da atenção médica hospitalar, a tradição de familiares participarem do nascimento, principalmente as mulheres, foi sendo desconsiderada, e as mães passaram a ser atendidas nos hospitais apenas por profissionais de saúde, permanecendo sozinhas durante um longo período do trabalho de parto. Algumas práticas que eram correntes antes da institucionalização e medicalização da

²⁰ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnD0>. Acessado em: 13/11/2015.

²¹ STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNlnD0>. Acessado em: 13/11/2015.

assistência obstétrica e que foram descaracterizadas do processo de parturição, como a posição vertical durante o segundo estágio, o apoio constante de familiares ou amigas da mulher durante o trabalho de parto, a assistência domiciliar ao parto e o contato contínuo entre pais e bebês após o parto, passam a ser incentivadas, agora, portanto, com respaldo científico²².

Os médicos roubaram o protagonismo feminino na hora do parto, esse processo se deu de forma gradativa, logo após expansão da ciência médica, biológica e afins. As mulheres saíram de suas casas para parir na segurança dos hospitais, esse local deixou de ser local de exclusão, onde se via apenas pobres e moribundos.

Com esse rompimento do parto com a simplicidade do lar e o consequente atrelamento com a ciência e os centros hospitalares, os médicos passaram a estreitar laços com seus pacientes.

A autoridade que o médico exerce em relação a seus pacientes não é algo apenas de nossa geração, antes de Hipócrates, o médico era considerado como um meio termo entre humanos e deuses²³.

Ciência e religião misturavam-se, e sacrifícios serviam para transferir poderes. Nessa época de domínio mítico, não havendo percepção da relação entre causa e efeito para explicar fenômenos (pré-lógica), todo sofrimento, cura ou erro era atribuído a vontade de deuses, e por isso, o médico - sempre em feiticeiro ou sacerdote, um intermediário entre homens e deuses - não respondia a responsabilidades nem sofria sanção, já que executava a vontade de espíritos que governavam atos vitais²⁴.

Algo interessante no texto de Gottschall é que podemos ver de forma bem clara o que nos impede atualmente de atribuir responsabilidade jurídica aos médicos que praticam violência contra gestantes, o obstáculo à responsabilização é a concepção de que vida e morte são atribuições divinas, ocasião em que o médico não tem controle sobre os sofrimentos e dores as quais seus pacientes são afligidos, de modo que se algum sofre por dores é culpa divina e não responsabilidade médica, para outros são representação das divindades, pois confiam tanto na técnica médica que acabam se submetendo a intervenções desnecessárias, mesmo assim, tais médicos muitas vezes, escapam ilesos porque não se responsabilizam deuses. Razão pela qual cada vez maior o número.

²² LEÃO, MRC; Bastos MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. Rev Latino-am Enfermagem 2001. p. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11504.pdf>. Acessado em: 15/11/2015.

²³ GOTTSCHALL, Carlos Antônio Mascia. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois** / Carlos Antônio Mascia Gosttchall – Porto Alegre: Stampa, 2007.p. 14. Disponível em: http://www.cremers.org.br/pdf/medicina_hipocratica.pdf. Acessado em: 20/11/2015.

²⁴ GOTTSCHALL, Carlos Antônio Mascia. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois** / Carlos Antônio Mascia Gosttchall – Porto Alegre: Stampa, 2007.p. 14. Disponível em: http://www.cremers.org.br/pdf/medicina_hipocratica.pdf. <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/8/13>. Acessado em: 20/11/2015.

Em outro texto há a seguinte classificação:

Em 1972, o professor, Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown, definiu quatro modelos de relação médico-paciente:

- Modelo Sacerdotal é o mais arcaico, que propõe e completa submissão do paciente ao médico, sem valorizar a cultura e opinião do paciente; há pouco envolvimento (relação) e a decisão é tomada somente pelo médico em nome da beneficência.
- Modelo Engenheiro é o inverso do sacerdotal. Nele o médico tem a função de informar e executar procedimentos. A decisão é inteiramente tomada pelo paciente. Nesse modelo o médico tem uma atitude de acomodação (“lava suas mãos”), e baixo envolvimento.
- Modelo Colegial: há um alto envolvimento entre o profissional e o doente. O poder de decisão é compartilhado de forma igualitária através de uma negociação e não há relação de superioridade/inferioridade.
- Modelo Contractualista é o mais adequado, em que o conhecimento e as habilidades do médico são valorizados, preservando sua autoridade. Havendo a participação ativa tanto do paciente quanto do médico, devido a isso há uma efetiva troca de informações e um comprometimento de ambas as partes²⁵.

Temos a relação médico-paciente no modelo sacerdotal, onde a vontade do paciente era submetida à do médico, o que o médico julgasse necessário era o que seria feito. Passou então para o modelo engenheiro, onde o médico tinha a função de informar e executar procedimentos. Modelo colegial, a decisão é compartilhada através de uma negociação e não há relação de superioridade, e por fim a contratualista, retoma a preservação da autoridade, com a autoridade advinda do conhecimento técnico, havendo troca de informações.

É interessante essa abordagem da relação médico-paciente para entender a dominação dos médicos com relação a seus pacientes, principalmente mulheres em patente estado de vulnerabilidade, ocasião em que profissionais da saúde praticam violência contra elas, seja física, moral ou verbal.

De acordo com o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, em 2012, o Brasil liderava o *ranking* mundial em números de cesáreas, ultrapassando limites toleráveis, sendo que em 2007, 47% dos nascimentos foram por via cirúrgica, desse percentual, 35,0% em hospitais da rede pública e 80,0% em hospitais particulares²⁶.

Uma pesquisa realizada com objetivo de determinar por meio de estudos qualitativos, quantitativos e métodos mistos os maus-tratos de mulheres durante o parto em todos os ambientes geográficos e de nível de renda. No total, 65 estudos foram incluídos a partir de 34 países, foram identificadas 07 formas de abusos sofridos pela mulher, quais sejam: (1) o abuso físico, (2) de abuso sexual, (3) de abuso verbal, (4) estigma e discriminação, (5) não

²⁵ ROCHA, BV, Gazin CC, Pasetto CV, Simões JC. **Relação Médico Paciente**. 2011. p. 03. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/8/13>.

²⁶ CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Disponível em: www.partodoprincipio.com.br. 12/08/2015.

cumprimento de padrões profissionais de cuidado, (6) mau relacionamento entre mulheres e provedores, e (7) as condições do sistema de saúde e restrições²⁷.

Entende-se por violência obstétrica aquelas intervenções danosas que são praticadas durante o parto, pós-parto e no pré-natal, em desacordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS, algumas dessas intervenções podem colocar a mulher e o bebê em situação de risco. Existe também comportamento que não dependem de normas de organizações, nem proibições de lei para serem evitados, dependem apenas do bom senso e ética, pois várias mulheres são agredidas verbalmente em alas obstétricas, por sua raça, por sua condição financeira, por serem fora dos padrões de beleza vigentes ou até mesmo por sua orientação/condição sexual são agredidas²⁸.

No início do ano passado pode-se ver como médicos e até o próprio poder judiciário interveio em uma gestação.

É o caso da moradora da cidade de Torres, há 193 Km de Porto Alegre, a gestante foi até o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, pois sentia dores lombares e no ventre. A médica que lhe atendeu, após exames de praxe quis que, de imediato, fosse realizado a cesariana, alegava que o bebê estava sentado, e isso poderia cominar em asfixia durante um parto normal. A médica disse também que por ela já ter tido duas outras cesarianas, seu útero poderia se romper durante o procedimento.

A gestante estava decidida a fazer o parto normal, por isso recusou-se a ser submetida a cesárea e ficar no hospital, momento em que assinou um termo de responsabilidade e retornou para sua casa.

Diante disso, a médica procurou o Ministério Público, que por sua vez acionou a Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, a juíza concordou com os argumentos médicos e determinou que a gestante voltasse para o hospital, se fosse necessário com apoio policial. E foi o que aconteceu, por volta da 1h30min, a gestante estava em trabalho de parto quando um oficial de justiça, acompanhado de policiais bateram na porta da sua casa, determinando que ela fosse para o hospital em uma ambulância que chegava no local e fosse submetida a uma cesariana. O marido da parturiente diz que foram forçados para tanto.

²⁷ Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>.

²⁸ MUNIZ, M. V; BARBOSA R. M.. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?**. Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012. p. 1.

A gestação era acompanhada por uma doula²⁹, exames preliminares demonstraram que o bebê estava saudável e com batimentos cardíacos dentro dos padrões, diz ainda que apesar de dizerem que seu filho estava em posição pélvica, em momento algum demonstraram isso em ultrassom. O medo de parturiente se concretizou, vez que teria parado de fazer acompanhamento pré-natal em posto de saúde por ter medo de ser induzida a uma cesariana³⁰.

É sabido que o Poder Judiciário não pode intervir na vida das pessoas de forma discricionária, tem que haver legitimidade, mas até que ponto foi legítima a intervenção na vida da gestante? Quais direitos da gestante foram mitigados?

O primeiro deles é a autonomia.

“No Brasil, o código de ética estabelece uma relação do profissional com seu paciente, na qual o princípio da autonomia deve ser exercido, ao determinar que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou responsável, salvo em situações de perigo iminente de vida³¹”.

Além de ser proibida pelo código de ética a intervenção médica sem consentimento do paciente, o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 6º, III, prevê que o paciente deve receber informações claras e adequadas sobre o procedimento que será submetido. Contudo, quando em situação de perigo iminente de vida, a autonomia inerente à grávida pode ser afastada e, seu médico decidir por ela.

Segundo Adriana de Freitas Torres³², autonomia significa:

Autonomia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas a sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Pressupõe existência de opções, liberdade de escolha e requer que o indivíduo seja capaz de agir de acordo com as deliberações feitas. O respeito à autodeterminação fundamenta-se no princípio da dignidade da natureza humana, acatando-se o imperativo categórico kantiano que afirma que o ser humano é um fim em si mesmo. Algumas variáveis contribuem para que um indivíduo torne-se autônomo, tais como condições biológicas, psíquicas e sociais. Podem existir

²⁹ Doula é uma palavra de origem grega que significa servente, escrava. Posteriormente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, segurando o bebê e tudo mais que for necessário. No contexto atual, o termo doula se refere àquela que está ao lado, que interage com, que ajuda a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação. Doula é uma mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com o bebê. Seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, sorrir para ela, prover encorajamento e tranquilidade. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11504.pdf>. Acessado em: 22/11/2015.

³⁰ BALOGH, Giovanna. **Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade**. www.fiocruz.com.br. Acessado em: 22/10/2015.

³¹ TORRES, Adriana de Freitas. **Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido**. *Jornal do CRM-PB* Nº 72, Abril-Junho 2007. Disponível: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20393:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=18. Acessado em: 12/11/2015.

³² *Idem*.

situações transitórias ou permanentes que uma pessoa pode ter uma autonomia diminuída, cabendo a terceiros o papel de decidir. A autonomia não deve ser confundida com individualismo, seus limites são estabelecidos com o respeito ao outro e ao coletivo. Manifestação da essência do princípio da autonomia é o consentimento esclarecido. Todo indivíduo tem direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que tenham potencial de afetar sua integridade físico-psíquica ou social. O consentimento deve ser dado livremente, após completo esclarecimento sobre o procedimento, dentro de um nível intelectual do paciente; renovável e revogável. Para Hewlett, o consentimento apenas é aceito quando possui informação, competência, entendimento e voluntariedade.

Autonomia é a capacidade de escolha que a paciente tem escolhas relacionadas ao seu corpo, seus desejos, sua saúde, ante as informações fornecidas por seu médico, este deve respeitar a recusa de sua paciente quando o procedimento que será submetida for afetar sua integridade física, psíquica ou social. Mas vimos que no caso da gestante citado anteriormente, não foi respeitado o direito da paciente de obter esclarecimento completo e no nível intelectual que pudesse entender, de modo que fosse possível tomar uma decisão pautada nessas informações e não em coação. Aliás, ainda que ela tenha se recusado a fazer uma cesariana, a médica que lhe atendeu acionou o Ministério Público para que ele interpusse medida judicial cabível, circunstâncias em que a juíza determinou imediata internação da gestante. Qual a justificativa?

A justificativa é que não se trata de um direito absoluto, pois toda vez estiver em confronto com outro direito de peso equivalente deve haver uma ponderação entre eles, se o princípio da autonomia for mais relevante, ele prevalece, contudo quando estiver em confronto com outro direito, como o direito a vida, a vida prevalece. Entende o professor Marcelo Novelino³³, que “nesses casos, deve-se analisar a pertinência ou não dos princípios ao ordenamento jurídico, para saber qual deverá ser mantido e qual deverá ser excluído deste”.

Marcelo Novelino³⁴ ainda diz:

O conceito de vida, para fins de proteção constitucional, está relacionado à existência física do ser humano. A inviolabilidade do direito à vida assegurada pela Constituição (CF, art. 5º, *caput*) não se refere, portanto, a toda e qualquer forma de existência, mas tão somente à vida humana em seu sentido biológico, cuja proteção começa antes mesmo do nascimento e termina com a morte.

Segundo Marcelo Novelino o direito à vida é inviolável, no que tange a proteção da vida contra as violações por parte do Estado e de terceiros, e, ainda é irrenunciável, no tocante

³³ NOVELINO, Marcelo. **Manual de direito constitucional** / Marcelo Novelino. – 9. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2014.p. 43.

³⁴ *Idem*.

a disposição do próprio titular do direito, numa acepção negativa do direito à vida. A legislação admite raras exceções quanto a disposição da vida.

No caso da gestante em comento, a médica entendeu que a vida do bebê estaria em risco, por isso procurou o Ministério Público. Mas por que será que no Brasil há essa concepção de que somente o médico é detentor da razão? Tendo em vista que o médico que fez todo acompanhamento no pré-natal da gestante não percebeu nenhuma irregularidade, e a médica, nem ao menos teria comprovado à gestante que seu bebê corria o risco de perder a vida.

Ainda que o bebê e a gestante estivessem correndo risco, e, que esse quadro tivesse mudado após a consulta com o médico do posto de saúde, a atitude mais coerente seria abrir a oportunidade de um segundo parecer médico sobre o caso em questão. A médica de invasiva passaria a diligente, bem como oportunizaria a parturiente a opção escolher após receber todas as informações que fossem necessárias, caso não fosse possível fazer como a gestante gostaria, ao menos, com uma segunda opção a médica teria embasamento técnico neutro, para pugnar pela intervenção ministerial e judicial. Mais à frente será analisado a construção histórica da relação médico-paciente no Brasil, onde é visto basicamente um “endeusamento” destes profissionais.

Salienta-se, que a violência obstétrica não é inerente somente à rede pública de saúde, ao contrário, é percebida tanto na rede pública como no serviço particular de saúde, todavia, a forma com que se manifesta é distinta, nem sempre os abusos praticados em clínicas particulares serão praticadas em um hospital da rede pública de saúde. O relatos de desrespeito são os mais diversos, incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos contra a vontade da parturiente, além daqueles em que não há consentimento, a falta de confidencialidade e privacidade, por exemplo, em hospitais-escola, bem como a eventual recusa de aplicar analgésico em procedimento que o contrário fosse exigível.

1.2.1 Violência obstétrica: agressão verbal

Em reflexo desse endeusamento que os médicos brasileiros recebem, são poucas as denúncias de abusos sofridos no parto, tendo em vista que muitas mulheres nem sabem que sofreram violência obstétrica, acreditando ser plenamente justificável o sofrimento que passam na hora do parto.

De acordo com o mapa de abusos cometidos no parto³⁵, a capital Cuiabá possui apenas 07 (sete) denúncias, e, poucas mulheres fizeram parte do ato que pedia o fim da violência obstétrica, na Praça Alencastro³⁶.

Algumas vezes a violência começa no modo como são dirigidas as palavras à parturientes, seja pela falta de informação ou pela rispidez.

Dentre os casos de violência verbal está o da mãe que chegou ao hospital com 04 (quatro) centímetros de dilatação, e com contrações, em meio ao trabalho de parto, ouviu de alguém da equipe de enfermagem³⁷ que fazia o plantão que se ela gritava daquele jeito sem dilatação completa, ela não teria capacidade de ter um parto vaginal. Ela relata que uma das pessoas que integrava a equipe de enfermagem dizia: “Pode mandar pra faca!”. Ela somente ouvia, pois não tinha condições de responder a nada.

Indignada ela relata o seguinte:

Com muita dor eu não conseguia trocar de maca, quando elas me pediram. Pois brutalmente uma delas me empurrou de uma maca a outra dizendo, vai menina, assim olha. Nas condições em que eu me encontrava, não conseguia nem mexer as minhas mãos. Mas eu só pensava em surrar aquela mulher. Meu marido voltou junto com a médica que estava chegando e quando ela se sentou já me disse que estava vendo a cabecinha da minha filha. Por que diabos então fui obrigada a receber o tal pique? Foram 8 pontos!³⁸

Infelizmente comportamentos como os desses profissionais da enfermagem se tornaram rotina em hospitais da rede pública, é um descaso a saúde de gestantes. Essa mãe diz que além da agressão verbal sofreu outras agressões, contudo, veremos de maneira isolada nos próximos capítulos.

A mulher sofre inúmeras alterações emocionais em decorrência da própria alteração hormonal que ela sofre durante a gestação, nada mais justo que deixá-la escolher a melhor posição e o tempo do parto. Mais a mais, esse era pra ser um momento especial para as mães, momento de nascimento e renascimento, de descoberta, de alegria, felicidade, apesar do

³⁵ Violência Obstétrica. **Mapa de Abusos Cometidos no Parto**. Disponível em: <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>. Acessado em: 13/11/2015.

³⁶ HOLLAND, Carolina. **Mulheres fazem ato em Cuiabá para pedir o fim da violência obstétrica**. Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2014/04/mulheres-fazem-ato-em-cuiaba-para-pedir-o-fim-da-violencia-obstetrica.html>. Acessado em: 20/10/2015.

³⁷ A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação, de acordo com o artigo 2º, parágrafo único, da Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Portanto, pode haver equívoco pelo homem médio ao dizer que foi atendido por um profissional quando na verdade foi atendido por outro.

³⁸ SILVA, Priscila. **Além das dores do parto, mulheres relatam que sofrem agressões físicas e verbais durante nascimento de filhos**. Disponível em: http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Alem_das_dores_do_parto_mulheres_relutam_que_so_frem_agressoes_fisicas_e_verbais_durante_nascimento_de_filhos&id=315905. Acessado em: 14/09/2015.

desconforto físico, onde o respeito dos profissionais que a atende é essencial. Todavia, diante do que foi dito acima, o respeito tem sido cada vez mais raro em alas obstétricas, não que isso seja em todos os lugares, nem por parte de todos os profissionais, existem profissionais que respeitam a dignidade da mulher, existem alas obstétricas que repetem as normas que proporcionam maior conforto das gestantes e de seus bebês.

Existe uma política de assistência e humanização do pré-natal, parto e puerpério que destinada verbas aos hospitais da rede pública para a humanização dos departamentos obstétricos no país, o nome do nome da política é Rede Cegonha, definida na Portaria 1459 de 2011, mais à frente será abordada. Na prática, esse processo de humanização é de suma importância.

Carolina Misrahi, de 28 anos, conta a experiência do nascimento de Lucas para o IG São Paulo³⁹. Carolina há seis anos teve sua primeira filha, fez cesárea e diz ter sido uma experiência sem emoção e um pouco traumática, por isso na gestação de Lucas decidiu que teria um parto natural e humanizado, afirma que essa experiência foi especial. De início foi desencorajada, pois havia feito uma cesárea anteriormente, mas descobriu por sua obstetra que isso não seria um obstáculo.

Com apenas 35 semanas de gestação a bolsa gestacional de Carolina se rompeu, preocupada com a possibilidade de nascimento prematuro de seu filho, ligou para sua médica e para a doula que lhe acompanhava durante a gravidez. Sua família fazia pressão para que ela fosse logo para o hospital, mas ela preferiu esperar sua doula em casa. Quatro horas depois decidiram ir para o hospital, seus familiares novamente a oprimiam, perguntavam se a doula era médica; sua mãe pedia que dessem soro para aumentar a dilatação, nesse momento então, seu marido pediu que todos saíssem do quarto para que ela pudesse ficar mais tranquila⁴⁰.

Por volta das 23h30, passou a ter dores de sete em sete minutos, que foram ficando cada vez mais forte, até ela perder a noção do tempo⁴¹.

Ela diz:

Eu planejava que iria colocar na cabeça pensamentos como o mar, as montanhas, minha filha e minha mãe, mas na hora a dor é tão sobrenatural que você se sente

³⁹ LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>. Acessado em: 14/10/2015.

⁴⁰ LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>. Acessado em: 14/10/2015.

⁴¹ LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>. Acessado em: 14/10/2015.

como um bicho, mesmo. É tão inexplicável que parece que te fará transcender: realmente, iria sair um bebê de dentro de mim⁴².

Já que a ideia do parto humanizado é fazer o que se quiser, a melhor posição que ela encontrava era deitada no chão do banheiro e, ali ela estava. As enfermeiras entravam no quarto e estranhavam e diziam uma para a outra: “ah, é a paciente do parto natural⁴³”.

Ela relata ainda, que as dores chegaram à tamanha intensidade que achou que algo estivesse dando errado, foi quando a médica sugeriu que descessem à sala de parto normal do hospital, porém no meio do caminho, mais contrações, isso fez com que ela se jogasse no chão do elevador devido a dor que sentia, e por um impulso, tirou a camisola. Quando a contração passou estava sendo observada por olhos curiosos de um segurança, uma senhora e uma criança. Ela diz que: “Naquele momento, se me soltassem no meio do mato, tenho certeza que eu sairia correndo sem parar⁴⁴”.

Ela sentia tanta dor que começou a vomitar, ocasião em que sua médica lhe deu um analgésico, isso por volta das 03h00min (três), quando deu 05h00min, Lucas resolveu nascer, mas depois disso Carolina diz que teve que fazer mais força em diversas posições até que às 07h14min, Lucas nasceu. Ela diz: “O Lucas nasceu e veio diretamente para mim, quando a placenta ainda estava dentro de mim. Todos na sala ficaram em silêncio. Eu olhava para ele em um ambiente escuro e pensava: ele nasceu na hora que quis. E me deu até o instinto de lambê-lo quando ele estava ali comigo, todo sujo ainda – mas é lógico que não o fiz⁴⁵”.

A mãe foi separada do filho, somente, 02 (duas) horas depois do nascimento, quando a pediatra o pegou para limpar, pesar e fazer todos os procedimentos necessários. Carolina diz que passaria por tudo isso novamente.

Do relato de Carolina pode-se observar que a violência nos hospitais particulares se dá a medida que é estimulada a cesárea, entretanto não é com fundamento na necessidade da parturiente e do bebê, sendo assim, com que fundamento seria? Aumentar o faturamento? Evitar constrangimentos?

⁴² LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>. Acessado em: 14/10/2015.

⁴³ LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>. Acessado em: 14/10/2015.

⁴⁴ LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>. Acessado em: 14/10/2015.

⁴⁵ LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>. Acessado em: 14/10/2015.

Se analisarmos bem a situação, no mínimo inusitada, de uma mulher despida, dentro de um elevador, em pleno trabalho de parto, alguns hospitais particulares não estão dispostos a dar tamanha liberdade à gestante, um dos motivos pode ser o constrangimento.

Ainda observando o quadro pintado pela gestante, fica evidente que mesmo quando os hospitais fornecem um procedimento mais natural, alguns profissionais ficam receosos, e mesmo assim ofendem a grávida, no entanto não de forma tão explícita, mas ofendem. Se voltarem à atenção para o que as duas integrantes da equipe de enfermagem cochichavam, dá a sensação de menosprezo.

1.2.2. Violência obstétrica: coação moral institucionalizada

A vítima desse tópico é Luana Lopes, mãe de Max Emanuel, em entrevista ao jornal gazeta do povo, Luana diz que entrou em trabalho de parto e foi ao hospital, depois de um longo período de espera, o médico que lhe atenderia entrou na sala e disse: “Vamos fazer esse bebê nascer”. Os enfermeiros que estavam na sala mandaram que ela fizesse força, mas ela não conseguia por causa de um quadro de pressão alta, ocasião em que o médico disse que ela seria única mulher do mundo não conseguir parir um filho. Como se não bastasse, uma enfermeira zombou dela dizendo: “na hora de fazer foi bom” e médico concluiu: “Seu filho vai morrer!”, ela sentindo-se culpada, começou a se desculpar. Então, 03 (três) profissionais da enfermagem empurraram sua barriga até que o bebê foi expulso, assim ele nasceu⁴⁶.

Da mesma forma que Luana, muitas mulheres que sofreram violência obstétrica não sabem que, de fato, foram violadas, uma vez que ainda existe a relação vertical entre médico e paciente, com receio de acontecer algo ruim com seus filhos, a mulher se submete a procedimentos desumanos.

Entre os motivos que estão por trás dos altos números de cesarianas há o receio da dor e a imposição dos médicos assistentes.

Como já vimos, o trabalho de parto é longo, mulheres passam até 20 horas em trabalho de parto, isso para os hospitais é inviável, não pela mulher, mas pelos profissionais que teriam que ser mantidos a disposição. Então, médicos que mantêm dupla jornada de trabalho em clínicas particulares e em hospitais públicos, incentivam as mulheres a fazerem cesáreas. Reafirma-se que, não é que todos os profissionais sejam ruins, essa situação na verdade é resultado da precariedade do sistema, uma vez que submetem seus profissionais a jornadas de

⁴⁶ POMPEO, Carolina. **Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil**. Disponível: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-obstetrica-no-brasil-ee5jkxiutgeb18bwkud2ozhhq>. Acessado em: 11/09/2015.

trabalho desumanas, alguns locais em condições péssimas de trabalho, como falta de recursos, remuneração mínima e com bastante demanda nos atendimentos, além de restringir o número de atendimentos, leitos e etc.

Mulheres que têm certo grau de instrução, trabalho fixo e remuneração suficiente para pagar plano de saúde, normalmente optam por ter seus filhos em clínicas particulares, por meio de cesárea, em vez de tê-los em hospitais públicos, nesse sentido a pesquisa da Fundação Perseu Abramo traçou o perfil das mulheres que dependem do Sistema Único de Saúde, ocasião em que podemos constatar mais uma vez a discriminação⁴⁷.

Estes 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 médica⁴⁸.

No ano de 2006, o jornal “O Globo” veiculou o resultado de uma pesquisa coordenada pela médica Maria do Carmo Leal, vice-presidente da Fundação Oswaldo Cruz, onde analisava 9.633 prontuários de grávidas, brancas e negras, atendidas pelo SUS do Rio de Janeiro, onde ficou comprovado tratamento discriminatório em relação às negras. O resultado da pesquisa foi que apenas 13% das brancas não receberam anestesia durante o parto, contra 21,8% das negras⁴⁹.

Infelizmente, esse quadro se repete em diversos hospitais espalhados no país.

Ocorrem as mais diferentes situações, hospitais omissos, médicos autoritários e um país preconceituoso, e em todas as situações quem perde é a grávida. Mas a grávida que pertence há um determinado grupo de minoria têm sofrido mais, como mostrou a pesquisa, ou seja, mesmo dentro das maternidades são afetadas pelos estigmas sociais que lhes impuseram.

Em caso como esse, a mãe chega a se sentir culpada pela dor. Desde os primórdios foi estabelecida uma relação de confiança e hierarquia entre paciente e médico, onde o paciente confia no poder de “cura” do médico, o médico é hierarquicamente superior nessa relação, pois é dotado da técnica, do conhecimento, até que isso vira objeto de subjugação da gestante em razão de sua vulnerabilidade puerperal.

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas : hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero** / Janaína Marques de Aguiar. -- São Paulo, 2010. p. 15.

⁴⁹ ZAPATER, Maíra. “**E preto não sente dor, meu irmão?**” Disponível em: <http://www.geledes.org.br/e-preto-nao-sente-dor-meu-irmao/#gs.iSC5GLo>. Acessado em: 10/10/2015.

Ampliando novamente o discurso, quando Janaína Marque de Aguiar⁵⁰ diz que há “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”, acredita-se que está a retratar o que o senso comum faz ao rotular a mulher como mãe.

Nem toda mulher tem o desejo de ser mãe, e não se torna menos mulher por isso, inclusive, têm aquelas que não podem ser mães, entretanto, a sociedade exerce controle sobre a sexualidade e o corpo da mulher quando exige isso dela, algumas meninas desde a mais tenra idade são condicionadas à maternidade pela família, e quando não podem ou não querem ter filhos são hostilizadas tanto pela família quanto pela sociedade, configura-se mais um abuso.

1.2.3 Violência obstétrica: agressões físicas

Para se iniciar a discussão da violência obstétrica e as agressões físicas que a mulher sofre, será transcrita a história de Iaperi Araújo, mulher que ficou conhecida como a “comedora de placenta”⁵¹.

Iaperi Araujo desabafa: “Sou um animal ferido, que volta destroçado e ensanguentado para o seu ninho, após sobreviver a uma tentativa quase eficaz de abate. Sou um mamífero em apuros, com sua cria no colo, chorando pelo pouco leite que sai das tetas de sua genitora⁵²”. Diz que assustada se esconde de tudo e de todos, pois apesar de ter sobrevivido ao abate, é agora açoitada e perseguida por seus iguais, mamíferos de mesma ordem, agora robotizados e produzidos por algum processo estranho e sintético, alheio ao processo natural de continuação da espécie, não conhecem o amor, nem o nascimento, nem a maternidade⁵³.

A vítima da vez chegou ao hospital por volta das 20h30min, já estando há mais de 36h00min em trabalho de parto ativo, porém com a bolsa íntegra. Quando subiu para o

⁵⁰ AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas : hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero** / Janaína Marques de Aguiar. -- São Paulo, 2010. p. 15.

⁵¹ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

⁵² SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

⁵³ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

atendimento, ouviu um velho grosseiro gritando: “Por que não fez pré-natal?”. Ela respondeu: “Primeiro, eu fiz pré-natal, mas não trouxe nada comigo, e segundo, o senhor não precisa falar assim comigo, viu?”. Ele respondeu que estava falando em tom normal, que não tinha nada a ver, e saiu sorrindo. Ela havia feito todos os exames de sangue, ultrassons, inclusive no dia 01 de julho tinha feito uma ultra cujo diagnóstico foi excelente, meu líquido estava bom, o bebê encaixado, saudável, maduro. Para seu pai que chegava à sala de atendimento o obstetra foi logo dizendo que não ia atender sua filha, que se precisasse fazer alguma coisa ele não faria, porque estava sozinho, e assim, manifestamente e na presença de todos que com ela estava, lhe violentou pela primeira vez, quando lhe negou atendimento. A gestante diz que: “Pedi a meu pai que fossemos embora, pois a coisa não ia funcionar daquele jeito. Mas ele não concordou, estava muito apreensivo, e cansado. Resolvi ficar”. Ela não sabia que naquele momento, estava praticamente, assinando uma espécie de sentença de morte. Ela ouviu que deveria ir pro quarto. Foi quando pensou: “tudo bem, eu vou parir no quarto, deve estar pertinho e eu só preciso de um quarto. Mas não tinha leito no Papi, e não me encaminharam para outro hospital”. Ela deveria ficar ali mesmo, esperando. Depois de muito tempo, foi então que o doutor resolveu lhe examinar. Ela diz que a segunda violência foi um pouco mais dolorosa. Vejamos o que ela diz: “Ele fez um toque, rompeu minha membrana, gritei de dor. Sua mão saiu de dentro de mim lavada com meu sangue e um pouco da minha integridade, que aos poucos ele terminaria de arrancar de mim nas três horas e meia seguintes”. Ela pediu para ficar nua, e me foi dito que não poderia ficar nua, pois naquele hospital, deveriam ser seguidos os protocolos. Ao insistir, consegui ficar apenas com a bata cobrindo-lhe os peitos. Achando que ia ajudar, aceitei a analgesia. Só que ela não sabia eu que “ali estava o ápice da dominação do ser, pois sem sentir as pernas ela não poderia se defender, sair andando, correndo, não poderia mais fugir do massacre, se tornaria um animal indefeso”. Ocasão em que foram chamar o anestesista⁵⁴.

Entre uma contração e outra, que já havia se tornado mais frequente e forte, gritava: "Cadê o filha da puta do anestesista?". No seu tempo ele já estava demorando muito, ela já estava desesperada, e aquilo era seu grito de socorro. Então, ironizando e debochando de mim, o doutor gritou: "Chamem aí o filha da puta do anestesista!". A cada segundo que se passava ela percebia mais o quanto aquilo estava fadado a não dar certo, “o cara era um estúpido, e não economizava seus deboches e suas grosserias”. Quando o anestesista chegou

⁵⁴ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

ela foi levada para a sala de parto, onde estava a mesa de parto, ela diz: “o aparato onde eu estaria sendo torturada pelas próximas três horas e meia”. Segundo a gestante, a mesa devia ter cerca de um metro de comprimento, por uns 70 cm de largura⁵⁵.

O anestesista lhe disse para sentar com os ombros curvados, ela pediu que ele aproveitasse entre uma contração e outra, pois do contrário, não conseguiria ficar parada naquela posição durante uma contração. Mas ele não deu muita atenção, porque ele estava muito ocupado falando ao celular, então pediu que ela andasse logo⁵⁶.

Ela diz: “depois disso eu tive que deitar em posição de exame ginecológico, a posição da dominação. Eu estava completamente dominada”. Perguntou se poderia ficar em outra posição, de quatro, por exemplo, ou de lado, pois lhe aliviaria a dor, todavia, lhe foi de pronto rebatido com “NÃO” por todos os lados. As instruções eram que ela deveria ficar quieta, segurando em dois ferrinhos que tem do lado das pernas na cadeira de parto. Ela não podia sequer por as mãos nas minhas pernas, aliás, as tentativas foram todas frustradas, ela teria repetidamente voltada suas mãos para os ferros da cadeira. Estavam com ela, seu pai e Daniel, um amigo clínico geral que havia ido com ela ao hospital. Diziam-lhe para fazer força, empurravam sua barriga, ela fazia força até sentir que ia vomitar. A orientação era essa: quando você achar que não vai aguentar e vai vomitar, pare. O anestesista pressionava o estômago dela com seu polegar, era fatal ela vomitava mais. Vomitou inúmeras vezes, após cada contração, após ter seu estômago pressionado repetidamente. Ela diz que apesar das contrações, não tinha vomitado ainda, antes de ir para o hospital. Certa vez, vomitou deitada, quase morreu engasgada com seu próprio vômito e ninguém sequer lhe ajudava a se limpar⁵⁷.

Até seu pai e Daniel, aqueles que ela havia levada para protegê-la, cederam às ordens autoritárias do obstetra e empurraram sua barriga. Segundo o anestesista, todos deveriam obedecer ao obstetra, pois ele era professor de todos⁵⁸.

A gestante diz:

⁵⁵⁵⁵ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

⁵⁶ ENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>.

⁵⁷ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>.

⁵⁸ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>.

Eu sofria com a dor dos empurrões e da mão do obstetra dentro da minha vagina. Me senti estuprada. Diziam que era assim mesmo, e que se eu não me concentrasse ia matar meu bebê, que daquele jeito estava difícil, que eu não ia conseguir. Ouvi isso repetidamente durante as 03h30min em que estive lá. Lembro que eu mantinha em mente sempre que eu não poderia apagar, então controlava a força até um pouco antes do meu limite, com medo de ficar inconsciente e do que poderia vir a me acontecer. Eu estava apavorada, e disposta a tudo para parir meu filho. Eu não iria pra fora, de modo algum eu me submeteria a uma cesárea, ainda com toda aquela oferta⁵⁹.

Como se não bastasse, todo o constrangimento tem o descaso, a gestante conta que via gente entrando e deixando bolsa pessoal na sala de parto, com celular tocando, vi gente entrando com *walk-talking* ligado. Ela diz que reclamava do número de pessoas e do barulho, pois muitas das pessoas estavam ali, nem ajudando estavam. A pediatra, Lívia, disse que aquele parto era uma loucura e, que gestante era louca de querer que os profissionais saíssem do quarto, porque era necessária aquela equipe toda lá dentro, disse que a gestante não era ninguém para discutir a necessidade ou não de todas aquelas pessoas ali.

Nas palavras da gestante:

Na verdade não entendo porque era tão necessário, pois estavam todos (à exceção do obstetra que me violentava com suas mãos carnicieiras e o anestesista que insistia em empurrar minha barriga) apenas observando, gritando comigo, conversando entre si e fazendo da minha vagina aberta e exposta um souvenir de apreciação. Eu implorava, aos prantos, para o obstetra tirar as mãos de dentro de mim, pois ele estava me machucando, me invadindo, e ele repetidamente se negou a me atender, disse-me que se eu tivesse procurado um ginecologista eu não estaria ali atrapalhando a vida dele, disse-me que não estava ali para prestar serviço algum para mim, e que minha vida pouco lhe importava, ele só se importava com o bebê⁶⁰.

O parto estava caótico e a gestante alterada, contudo não fornecer informações a ela só piorou o seu estado emocional. Vejam:

Eu chorava, olhava pro meu pai e pedia ajuda, dizia que estava foda pra mim, e ele então pedia ao médico que calasse a boca, pedia a tal da Lívia que se calasse também. Eu disse que não queria que cortassem o cordão umbilical do meu filho, e o obstetra perguntou com base em quê eu dizia aquilo. Respondi que tudo que eu queria estava no meu plano de parto, que estava lá, que ele deveria ver, e que eu dizia aquilo com base na minha autonomia e no meu direito de escolha. Ele respondeu sagazmente que não aceitava plano de parto, e que nunca tinha ouvido falar naquelas coisas não, que lá aquilo não existia⁶¹.

⁵⁹ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

⁶⁰ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

⁶¹ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em:

Segundo a gestante, o médico ameaçava utilizar o fórceps⁶² e dizia de forma implícita que por estar em um hospital público ele não teria tempo para realizar um parto humanizado, mas que ele já tinha realizado partos humanizados em hospitais particulares.

Dizia: olhe, eu sou muito bom em fórceps, pena que meu equipamento não está aqui. Eu reclamava que ele estava me machucando, que tava doendo, e ele dizia: se você quisesse um parto sem dor faria uma cesárea, quer? Você não quer uma cesárea, ta vendo? Ta reclamando de que? Eu reclamava da luz, do barulho e ele respondia: eu já fiz parto humanizado, com baixa luminosidade, poucas pessoas na sala, mas aqui eu não tenho tempo pra isso não⁶³.

Para um paciente é horrível ouvir que terá um tratamento diferente por discriminação, seja da natureza que for, seja social ou racial, pouco importa, a sensação de inferioridade é a mesma.

Naquela altura do parto, até ela queria que acabasse logo, mas ela não queria ceder a uma cesárea, e também não queria ter seu corpo condicionado à ocitocina sintética. Ela estava disposta a parir seu bebê, a qualquer custo, ainda que lhe custasse sua integridade moral e física.

No finalzinho do processo a bolsa rompeu. O médico ouviu o coração do bebê, estava 130 bpm. O líquido estava límpido. Mas a sensação da mãe era que o bebê estava em sofrimento, entretanto, o líquido começou a se apresentar meconioso⁶⁴, mas para que se comprovasse o sofrimento fetal ele deveria ouvir novamente o coração do bebê, mas quando solicitado a fazer isso, o obstetra respondeu que não iria mais ouvir, já tinha ouvido uma vez (antes da ruptura da bolsa).

Quando o líquido mudou de cor toda a pressão psicológica se intensificou. Logo a mãe foi coagida a aceitar, sob pena de “matar seu bebê”, uma episiotomia, que segundo o médico seria só um cortezinho pequenininho.

Sobre a episiotomia a gestante diz:

Meu pai disse que ele cortou com a tesoura e terminou de rasgar com a mão. Há uns dois dias tive coragem de me ver, e descobri uma episiotomia que me rasgou até o anus, e que me dói para sentar, para andar, dói muito na hora de ir no banheiro, mas

<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

⁶² O fórceps, instrumento cirúrgico que funciona como uma pinça, é usado para auxiliar a saída da criança do útero e finalizar o parto com segurança. O vácuo-extrator é como uma ventosa e também tem a função de ajudar o bebê a sair. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/partos-podem-ser-realizados-em-qualquer-hospital-ou-maternidade-do-sistema-unico-de-saude>.

⁶³ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

⁶⁴ Líquido amniótico com as primeiras fezes do bebê, normalmente apresenta coloração esverdeada.

a dor maior que eu sinto é na alma. Nem sei se um dia vou ter coragem de abrir as pernas de novo⁶⁵.

O bebê então nasceu, roxinho, cheio de mecônio, respirando bem e chorando bravamente! Ficou por um tempo nos braços da mãe, A pediatra então pediu o bebê para levar ao berçário e fazer os exames de praxe, mas a mãe queria ficar com ele, foi quando novo embate começou, vejamos.

Pegaram ele que nem uma trouxa de panos e o aspiraram. De nada adiantou o pacto com meu pai, pois ele ainda assim se foi. Saiu para buscar um pote para a placenta. Nessa hora olhei e vi o obstetra puxando minha placenta, o anestesista preparando uma injeção anti-hemorrágica e uma pessoa de bata azul cinicamente levando meu bebê para o berçário enquanto eu gritava para ele não ir. Desde o primeiro momento eu havia confiado a Daniel a tarefa de não deixar levá-lo, mas ele também cedeu. Essa talvez seja a parte que mais me dói. Quando minha placenta saiu eu gritei: A placenta é minha! O médico ia jogá-la no lixo. Ele ainda ironizou querendo me apresentar à minha placenta, mas nessa hora eu só pensava em ir buscar meu filho. Pedi panos limpos, e me negaram. Pedi uma escada para descer da mesa. Negaram-me. O anestesista olhou pra mim e disse: "Mas você não pode andar, não sente suas pernas". Bati com força na minha panturrilha, dei vários tapas, com força, queria sentir o sangue circular, bati nas pernas dizendo que podia sim andar, e que se não me dessem uma escada eu ia pular dali, sangrando como estava, jorrando sangue. Eu era um animal ferido, mutilado, ensanguentado, que teve sua cria tomada. Eu estava transtornada. Queria sair dali e me recolher, eu precisava me proteger, eu iria morrer sangrando ali, ninguém me daria meu filho para que ele pudesse mamar e estancar a hemorragia. Tentaram me impedir de sair da sala de parto, pois eu estava nua. Foi então que me deram meus trapos sujos de sangue, vesti ali no corredor mesmo, e fiquei gritando na frente do berçário, de portas trancadas, gritando que queria meu filho comigo. Foi o ápice do espetáculo. Um ser abatido, lutando para ter sua cria de volta, e uma plateia imensa e inerte assistindo, me dizendo para tomar banho, me limpar, e então eu poderia ver meu filho, pois eu estava desequilibrada e ele não era propriedade minha. Eu não vou nem mencionar o quanto eu queria exterminar cada uma daquelas pessoas que se interpunham entre mim e meu filho, mas eu estava muito fraca, perdendo muito sangue.

Esse cenário se estendeu até o momento em que o pai da gestante, que havia saído, voltou ao lhe ouvir gritar, desesperada. Quando ele chegou à porta do berçário esbravejou pelo bebê, mas foi ignorado. Somente cederam quando ele ameaçou arrombar a porta, foi então que entregaram o bebê. Finalmente mãe e bebê juntos.

Ela conclui essa história desastrosa da seguinte forma: "O que me foi arrancado jamais terei de volta. Foi o dia mais pavoroso da minha vida. Espero um dia poder fechar os olhos para dormir em paz, sem que os ecos dessa tortura me atormentem".

Em toda essa história podemos constatar abusos cometidos, mas o que mais nos importa, nesse tópico, é o uso da episiotomia.

⁶⁵ SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>. Acessado em: 14/11/2015.

O que é episiotomia? Cláudio Basbaum, ginecologista e obstetra, define: “A episiotomia é um corte cirúrgico, com cerca de cinco a seis centímetros, realizado na região do períneo, a partir da vagina e que pretende ampliar o canal do parto para facilitar a passagem do bebê na última fase do expulsivo, evitando uma possível laceração irregular⁶⁶”.

Nas décadas de 40 e 50, com a transferência do parto para o hospital, esse procedimento ganhou destaque entre os profissionais do parto, chegou ao ponto de ser efetuada em cerca de 90% das gestantes. Mas esse método tem sido desestimulado, pois a Organização Mundial da Saúde recomenda apenas o uso da episiotomia em apenas 10% dos partos, ainda que a margem suba um pouco, o ideal era que não ultrapassasse 30%.

Em decorrência do número absurdo de episiotomia que chega atualmente a 53,5%, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em resposta a Consulta de nº 94.869/2014⁶⁷, respondeu as seguintes perguntas: 1) Implica em erro médico o ou violência obstétrica a realização de episiotomia? 2) Deve a paciente no momento da admissão, assinar documento permitindo a realização de episiotomia, caso o obstetra considere necessário?

Para a primeira pergunta, a resposta foi que não dá pra se falar em erro médico, mas há cerca de 25 (vinte e cinco) anos o valor real da episiotomia vem sendo questionado e estudos indicam não haver justificativas para ser realizada de forma rotineira e sim seletiva. Pois, os benefícios que, em tese, teria a episiotomia, como proteção fetal e prevenção de lesões perineas, além de preservação da função sexual não encontra sustentação em ensaios clínicos de diversos países. Entretanto, há casos em que é expressamente prevista e, nesses casos constitui prática obstétrica reconhecida.

O cerne da questão é que o número de episiotomia realizada supera em muito que a Organização Mundial Saúde sugere, pois tem sido feita de forma discricionária e rotineira, por esse motivo configura-se uma prática abusiva. Ainda que não seja plausível exigir dos profissionais da saúde que no momento da coroação peçam autorização para realizarem a episiotomia, de modo a evitar uma laceração, a episiotomia não é nem citada como uma possibilidade nas consultas de pré-natal, mesmo que seja necessária e não seja uma medida de urgência, a parturiente tem o direito de saber que talvez ela vá necessitar dessa intervenção. Outro fator que vale frisar é que a episiotomia divide opiniões dentro da própria categoria médica.

⁶⁶ BASBAUM, Cláudio. **Episiotomia: Entenda quando o corte do períneo é mesmo necessário no parto normal**. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/familia/materias/18403-episiotomia-entenda-quando-o-corte-do-perineo-e-mesmo-necessario-no-parto-normal>. Acessado em: 01/12/2015.

⁶⁷ Disponível em: www.cremesp.org.br. Acessado em: 13/10/2015.

A enfermeira especializada em obstetrícia e mestre em enfermagem Jaqueline de Oliveira Santos realizou um estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa em um Hospital Escola, localizado no interior do Estado de Minas Gerais, credenciado pelo Sistema Único de Saúde, onde ficou constatado que:

Para a maioria das mulheres entrevistadas, a intervenção deve ser realizada para benefício do binômio mãe-filho, idéia defendida há séculos pela obstetrícia, que foi desbancada pelas evidências científicas recentes. A maioria das mulheres entrevistadas respondeu que não recebeu qualquer tipo de informação em relação à intervenção durante seu processo de parturição, enquanto uma minoria referiu que foi informada. Entretanto, por meio da observação participante, a pesquisadora observou que as mulheres não foram esclarecidas com relação à questão. Na verdade, houve apenas uma comunicação proveniente do profissional que as assistia, realizada somente durante o período expulsivo do trabalho de parto ou após sua realização, e não permitindo questionamentos. Revelou-se no estudo a omissão de informações sobre a episiotomia, suas indicações, vantagens e desvantagens, e possíveis complicações, assim como a não solicitação do consentimento informado às mulheres. Isto contribuiu para a manutenção da desigualdade de poder existente entre o binômio médico-cliente, pois impede a tomada de decisões da parturiente em relação a sua realização⁶⁸.

Ao retirar da mulher seu arbítrio, desrespeitam direitos humanos, bioéticos, sexuais e reprodutivos, todavia, mesmo com o passar dos anos e o resplandecer de algumas conquistas femininas, há uma insistência em mitigar certa autonomia feminina sobre seu próprio corpo. Será que existe algum reflexo da cultura machista na episiotomia? Será que o receio do afrouxamento da vagina tem algum receio velado da perda do prazer masculino?

Para a segunda pergunta formulada ao CRM-SP, a resposta é que a relação entre médico e paciente deve ser pautada na bioética, de modo que o consentimento deve ser livre e esclarecido, ocasião em que seja zelado e defendida a autonomia do paciente.

Conforme previsão expressa do Código de Ética Médica, artigos 22, 24 e 31⁶⁹.

Vamos falar sobre a que ponto chega o machismo e a subjugação do gênero em nossa cultura.

Já foi dito sobre a episiotomia, todavia há que ser acrescido um ponto interessante, quando a parturiente é submetida à episiotomia é necessário fazer a sutura da região cortada, acontece que ao fazer a sutura, os profissionais que acompanham o parto dão pontos a mais ou apenas dão pontos com a finalidade de fazer com que a entrada da vagina fique mais apertada,

⁶⁸ SANTOS & SHIMO, Jaqueline de Oliveira Santos e Antonieta Keiko Kakuda Shimo. **Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008. p. 650.

⁶⁹ É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

É vedado ao médico: Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

para maior satisfação sexual no pós-parto, pois a sutura diminui o diâmetro do diafragma vulvovaginal, no entanto, para a mulher ocorre é exatamente o inverso, pois são frequentes as complicações, como dor na vulva ou vagina, cicatrizes e deformidades que muitas vezes necessitam de correção cirúrgica⁷⁰.

Paulo Alexandre de Souza São Bento diz:

Autores argentinos, colombianos, portugueses, americanos, ingleses, franceses, italianos, entre outros, colocam que a episiotomia é realizada de forma errada quando de rotina, uma vez que seu uso generalizado é desnecessário. Afora os problemas de indicação, respaldo científico, benefícios e riscos, critérios, taxas de utilização, pesquisas realizadas e crenças, a episiotomia é, acima de tudo, uma questão de gênero. Esta afirmação se fundamenta quando analisamos os significados atribuídos ao restabelecimento da musculatura vaginal e quando se levanta a questão do “ponto do marido”, ou seja, a episiotomia quando suturada, diminui o diâmetro do diafragma vulvovaginal, “apertando” a entrada da vagina. Na concepção do “ponto do marido”, traz-se a condição virginal à mulher e supõe-se que isto seja aprazível ao homem, um procedimento realizado na mulher para satisfazer o homem. Como ficam as mulheres nesta história? A partir deste raciocínio, elas obtêm satisfação, pois se tornam “virgens” de novo e assim sendo, mantém “seu homem” feliz e para si. Esta questão também esbarra na ideologia de que o corpo feminino é pouco funcional e, portanto, necessita de reajustes para voltar ao estado “normal”. Obviamente, a episiotomia utilizada com este propósito se torna absolutamente desnecessária, afinal a vagina é composta por músculos⁷¹.

Sobre a episiotomia e o ponto do marido:

A episiotomia é associada a vários efeitos adversos, tais como a lesão ou a extensão de lesões do esfíncter anal ou do reto; resultados anatômicos insatisfatórios, como a assimetria da vulva (jocosamente chamada pelos informantes como “AVC de vulva”, em analogia à assimetria da face naquela doença) e o estreitamento excessivo do introito vaginal; perda de sangue excessiva, hematoma, infecção, deiscência; dor e edema; além de disfunção sexual (Enkin, 2000, 295). Segundo os informantes, o chamado ponto do marido é freqüentemente associado a queixas das mulheres de dor à relação sexual por ficarem “muito apertadas”⁷².

Da mesma forma que a episiotomia tem sido feita de forma discricionária o ponto do marido também tem sido, com base puramente no fato de que sem esses pontos a mais os maridos reclamariam da frouxidão.

O exemplo da insatisfação do ponto do marido tem o caso de Milena⁷³.

⁷⁰ DINIZ, Simone G; CHACHAM A. S.. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** p. 8. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhml/revista1/80-91.pdf. Acessado em: 11/11/2015.

⁷¹ BENTO, Paulo Alexandre de Souza São. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão.** Esc Anna Nery R Enferm 2006. p. 554.

⁷² DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** p. 115. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>. Acessado em: 13/11/2015.

⁷³ LISAIUSKAS, Rita. **“Não me corta!” Mulheres imploram, mas mesmo assim são mutiladas durante parto normal.** Disponível em: <http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/ser-mae/nao-me-corta-mulheres-imploram-mas-mesmo-assim-sao-mutiladas-durante-parto-normal/>. Acessado em:

Milena depois de parir, ouviu de sua médica uma ordem um pouco estranha, deem “o ponto do marido”, só que esse ponto a mais, custou a cicatrizar e deixou consequências desastrosas no casamento dela. Depois do “ponto do marido” ela só tinha relações sexuais insatisfatórias, pois sentia muitas dores, ocasião em que ela passou a não se interessar mais pelo sexo, o marido passou a sentir ciúmes, acreditava que ela o traísse, após três anos o casal se separou.

Há relatos de mulheres desenvolverem as mesmas características de mulheres abusadas sexualmente, por tamanha invasão.

1.3 A mulher é vulnerável no período gestacional?

Para discutir uma possível responsabilidade jurídico-penal de médicos por abusos cometidos no parto, necessário é estudar o seu estado físico e emocional da gestante durante a gestação e logo após essa gestação. Para responder essa questão, iremos abordar aspectos mais relevantes para chegar a uma conclusão justa.

1.3.1 A transformação fisiológica da mulher na gestação

Algumas mulheres sonham em serem mães desde crianças, seja pela pressão familiar e social ou apenas por que querem. Todavia, não é todo núcleo familiar que aborda a sexualidade de maneira aberta, do mesmo modo acontece com o preparo para o processo de parturição, algumas informações que chegam aos ouvidos das gestantes já estão contaminadas por toda aprendizagem sociais relacionadas com o gênero.

Há relatos de mulheres que desejam a maternidade e ficam preocupadas com o passar dos anos, pois à medida que o tempo passa, há toda uma alteração hormonal que influencia na gestação.

Quando grávidas, sofreram vários desconfortos, desde físico ao emocional. Choram sem motivo aparente, enjoam de cheiros e comidas, e ainda ficam inchadas.

No Brasil o índice de adolescentes grávidas têm aumentado a cada ano⁷⁴, essas meninas que no início da gestação precisam de cuidados, pois são apenas adolescentes, passados 09 (nove) meses, precisam amadurecer para cuidar de sua prole e também sofrem na hora de parir pela ausência de informação.

De acordo com Rezende:

⁷⁴ Fundo de População das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>

A gravidez significa para a mulher mudanças no corpo e no viver. Há a perspectiva de um filho, um pai e a constituição de uma família, há deveres de mãe impostos por uma sociedade e pela cultura e da vivência psicossomática da mudança do corpo que passa a conter outro corpo⁷⁵.

A mulher no período gestacional pode querer um ambiente em que ela se sinta segura, confortável e que tenha seus direitos sexuais e reprodutivos bem resguardados.

Contudo na prática, isso tem perdido o significado e o ambiente de gestação como o do parto tem sido afetado por inúmeros fatores externos, que tem implicação direta na mulher e no feto, conforme Rezende diz:

Os sentimentos despertados pela gestação, tanto na gestante como na família e no médico e que haverão de compor a integridade harmônica do ciclo grávido-puerperal, perdem hoje sua importância, embora tenham influência marcante no desempenho do organismo que se reproduz⁷⁶.

A alteração hormonal do primeiro trimestre é a responsável pelos desconfortos iniciais.

Alguns autores preconizavam programa mais amplo de preparação com temas específicos divididos pelos três trimestres da gestação e no pós-parto. Os temas tratados em função das demandas das clientes formaram a base do pré-natal atual, no qual abordamos sistematicamente, a partir do diagnóstico de gravidez, medo de aborto, sintomas iniciais, náuseas e vômitos, polaciúria, uso de remédios, dieta, ganho ponderal, mudanças corporais, cuidados com as mamas, com o abdome (estrias), movimentos fetais, orientação sobre retenção fisiológicas de líquido, a mudança na postura e finalmente os sinais do trabalho de parto, as contrações e seu ritmo e a rotura das membranas etc. É necessário alertar para a episiotomia⁷⁷.

Superado em partes o mal estar dos primeiros meses, além do receio de ter sua gestação interrompida precocemente, por meio de um aborto espontâneo, somente a partir do segundo trimestre é que surgem as mudanças mais significativas, ganho mais significativo de peso.

Ainda de acordo com Rezende:

A percepção das gestantes sobre as modificações provenientes da gravidez está direcionada ao aumento do peso, das mamas e do abdome, sendo que estas modificações são destacadas de forma distinta por cada mulher, de acordo com o período gestacional em que se encontram. O segundo e terceiro trimestres forma ressaltados como períodos em que ocorrem as mais significantes modificações corporais⁷⁸.

⁷⁵ MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa, 1941-**Rezende, obstetrícia** / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. – 11 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 211.

⁷⁶ MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa, 1941-**Rezende, obstetrícia** / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. – 11 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 211.

⁷⁷ MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa, 1941-**Rezende, obstetrícia** / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. – 11 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 213.

⁷⁸ COSTA, Edina Silva e *tal.* **Alterações Fisiológicas na Percepção de Mulheres Durante a Gestação**, p. 4.

Nos últimos dias da gestação o corpo feminino está “explodindo” em hormônios e, esses hormônios têm a função de cuidar do corpo feminino para a chegada do bebê, como por exemplo, o aleitamento, o DSC II demonstra que o aumento do volume das mamas na gravidez está diretamente associado ao processo de amamentação⁷⁹.

De acordo com o Código Penal a mulher no período puerperal é semi-imputável.

Guilherme Nucci⁸⁰ diz que o estado puerperal é aquele que envolve a parturiente no processo de expulsão da criança do ventre materno, ele defende que nesse momento, há intensas alterações psíquicas e físicas, que chegam a transformar a mãe, deixando sem a plena condição de distinguir o que faz, razão pela qual é considerada semi-imputável. Entendendo-se por puerpério o período que se estende do início do parto até a volta da mãe em condições pré-gravidez, que varia de mulher para mulher.

Tamanha é a importância do estado puerperal que é considerado como elemento objetivo do tipo penal do crime de infanticídio.

1.3.2 Alteração hormonal durante a gestação

Os hormônios que essencialmente fazem parte da gestação desde a concepção são o estrogênio e a progesterona, antes da ovulação é o estrogênio que predomina, depois, esse hormônio da lugar a progesterona e ela menstruará, quando a mulher engravida esse hormônio não baixa⁸¹.

O hormônio progesterona é o responsável pelos vômitos e o inchaço do início da gravidez, ainda provoca sono, salivação e alteração de humor.

Enquanto o estrogênio atua no sistema circulatório, favorecendo a dilatação dos vasos no corpo da mulher e em consequência aumenta o volume de sangue em veias e artérias que gera os sintomas de renite, a gestante sente mais dores de cabeça e calor, bem como tem a função de dilatar e fazer crescer as glândulas mamárias, aqui há um aumento da libido.

A gonadotrofina coriônica é o hormônio responsável pela manutenção da gravidez no primeiro trimestre⁸².

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 2ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006. p. 233.

⁸¹ AGMONT. Giuliano. **Hormônios da gravidez: Entenda de que maneira eles oscilam durante a gestação e saiba como lidar com as profundas mudanças que acarretam no seu corpo**. Disponível em: <http://mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/hormonios-da-gravidez>.

⁸² PESSOA, Adriana. **Alterações Hormonais na Gestação**. Disponível em: <http://www.adrianapessoa.com.br/endocrinologia.php?id=13>.

Já a prolactina que é produzida pela placenta, começa a aumentar no segundo trimestre de gravidez e tem a responsabilidade de deixar as glândulas mamárias para a recepção do leite, um reflexo interessante é que há uma redução considerável da libido e ressecamento da vagina, reflexo que se intensifica durante a amamentação.⁸³

Com toda essa alteração hormonal a gestante tem que tomar cuidados com o índice de glicose e triglicérides, tendo em vista que há possibilidade de ocorrer diabetes gestacional.

Não é necessário a formação na área da saúde para ter uma ideia do que a mulher passa nesse momento, com o inchaço vem o desconforto nos seios, com o aumento da região do abdômen há elevação do peso nas costas, que é mais um desconforto, esse peso é resultado do crescimento do bebê, isso quer dizer que ele está mais forte e o espaço no interior de sua mãe já é pouco, causando um mal estar na região das costelas.

1.3.3 Alteração psicológica da gestante

Quando se fala em psique a questão é um pouco mais complexa, tendo em vista que a mulher busca desenvolver um vínculo com o profissional que vai lhe atender, gerando uma espécie de idealização pelo médico, esse quadro somado à ambivalência que algumas mulheres vivem pode resultar em uma experiência um tanto quanto traumática.

Ora, temos visto que a mulher contemporânea tem feito caminho inverso de suas antepassadas, apesar da medicina galgar em passos largos, a gestante quer voltar para suas casas, seus quartos, suas banheiras. Por esse motivo, entendemos que a técnica é boa, mas quando falamos em nascimento, a técnica não é tudo, o respeito ao corpo e a individualidade da mulher, é igualmente essencial.

Nesse sentido:

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em Obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais ao médico, permitindo-lhe a prática de um atendimento que gera, realmente, um estado de confiança maior na paciente. No entanto, as condutas médicas baseadas somente nas habilidades técnicas não são suficientes, pois elas necessitam ser potencializadas, especialmente, por uma compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal. O médico deve, portanto, acrescentar à sua habilidade essencial, alguma avaliação de sua paciente como pessoa, com sua história de vida, seus sentimentos e suas ansiedades⁸⁴.

⁸³ FISCHER, Bruno. **Bebês e Gravidez - Ponto de Vista Alterações fisiológicas durante a gestação.** Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=1266.

⁸⁴ SARMENTO, R. G; SETÚBAL, M. S. V. **A Abordagem Psicológica Em Obstetrícia: Aspectos Emocionais Da Gravidez, Parto E Puerpério.** Rev. Ciênc. Méd., Camoinas. jul/set. 2003. p. 2.

Há mulheres que até o final da gestação querem e não querem a gravidez, já outras querem tanto que quando vão a procura de seus médicos obstetras pela primeira vez após a descobrir a gestação, vão cheias de dúvidas e prontas para dirimir essas dúvidas, nesse momento buscam estabelecer um vínculo de confiança que deve ser respeitado pelo médico, não somente por ser direito da mulher à informação, mas por que é ético e moralmente o mais correto a se fazer.

É o que diz Regina Sarmiento e Maria Silvia Vellutini:

Ao procurar o médico para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde realizar uma série de elaborações diante do impacto do diagnóstico da gravidez. Nesse momento, de certa maneira, já ocorreram decisões mais conscientes quanto a dar continuidade à gestação. No entanto, existem inseguranças e no primeiro contato com o médico a gestante busca: confirmar sua gravidez; amparo nas suas dúvidas e ansiedades; certifica-se de que tem um bom corpo para gestar; certificar-se de que o bebê está bem; e apoio para seguir nessa “aventura”⁸⁵.

Nos primeiros meses da gestação é comum a mulher ter medo de abortar, nesse período ela corre mais riscos do que nos demais, além desse medo que permeia sua mente de forma constante, ela ainda tem que lidar com as modificações hormonais, que pode resultar em uma angústia, ocasião em que ela pode ficar um pouco mais retraída, introspectiva e irritada.

Bárbara Daniel Vieira e Ana Patrícia Alves Parizotto dizem:

Assim, no primeiro trimestre são frequentes a ambivalência (querer e não querer a gravidez), o medo de abortar, as oscilações do humor (aumento da irritabilidade), as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço e os desejos e aversões por determinados alimentos. No segundo trimestre a ansiedade é de caráter quanto a introversão e passividade, a alteração do esquema corporal, e a percepção dos movimentos fetais e seu impacto (presença do filho é concretamente sentida)⁸⁶.

O parto pode ser a primeira experiência traumática do ser humano, quando o indivíduo passa por ele não tem capacidade de expressar seus desejos. As mulheres têm a oportunidade de refazer esse caminho, todavia, nem sempre é diferente do que foi no seu próprio nascimento. A mulher chega ao parto cheia de medos, dentre eles está o medo de não conseguir parir, de ver seu filho morrer, de ser cortada, bem como tem que lidar com o medo de ficar inconsciente e repetir os traumas sofridos no seu próprio nascimento.

⁸⁵ SARMENTO, R. G; SETÚBAL, M. S. V. **A Abordagem Psicológica Em Obstetrícia: Aspectos Emocionais Da Gravidez, Parto E Puerpério.** Rev. Ciênc. Méd., Camoinas. jul/set. 2003. p. 3.

⁸⁶ VIEIRA, B. D; PARIZOTTO, A. P. A. **Alterações Psicológicas Decorrentes do Período Gravídico.** Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun. 2013. p. 8.

Infelizmente, traumas ainda mais graves têm infringido algumas grávidas, como a coação, a episiotomia, a cesárea não consentida, o parto normal não desejado, o “ponto do marido”, dentre outras.

Para corroborar nesse sentido:

É um período curto em tempo, mas longo em vivências e expectativas. Algumas das fantasias da gestante em incluem o receio de não reconhecer o trabalho de parto e de não ser capaz de saber quando procurar o médico. A mulher teme a dor; teme não suportá-la, sucumbir a ela, perder o controle. Além do medo da morte, existe o medo de ser dilacerada, de que o bebê ao nascer a rasgue e a destrua na sua feminilidade e genitalidade. A sensação de não ser capaz de fazer o bebê nascer, ligada à autoestima da mulher e às suas experiências pessoais ao longo de sua vida e da gestação é uma angústia muito frequente no momento do parto, pois a paciente encontra-se muito vulnerável. Aparecem desejos e fantasias em relação aos vários tipos de parto, decorrentes da sua história pessoal e dos fatores culturais. Teme procedimentos médicos que possa lhe causar vivências negativas (como tricotomia, lavagem), além de medo do ambiente hospitalar que lhe é desconhecido e assustador, fora do seu contexto habitual. Existem expectativas quanto ao seu desempenho e à saúde do bebê, no contexto de uma experiência emocionalmente intensa em que permeia um misto de ansiedade e alegria⁸⁷.

Para concluir, deve ser dito que a gestante tem expectativas para a hora do parto que as tornam vulneráveis. Elas têm medo de perder seus filhos e também tem medo de serem rasgadas, essas mulheres cedem facilmente às coações de profissionais do parto, quando eles dizem que é necessária a episiotomia ou que suas condições físicas não comportam um parto natural, seja por quais forem as justificativas que eles derem, porque elas nutrem o medo de tudo isso.

Toda essa carga emocional e cultural torna a mulher vulnerável diante da violência que a espreita no parto.

⁸⁷ SARMENTO, R. G; SETÚBAL, M. S. V. **A Abordagem Psicológica Em Obstetrícia: Aspectos Emocionais Da Gravidez, Parto E Puerpério.** Rev. Ciênc. Méd., Camoinas. jul/set. 2003. p. 4.

CAPÍTULO II – PROPOSTAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 Propostas internacionais de combate à violência obstétrica

O enfrentamento a violência obstétrica já tem sido feita pela Venezuela⁸⁸ e a Argentina, aliás, encontra-se bem mais maduro o combate nesses países do que aqui no Brasil, tendo em vista que há nesses países legislação específica.

Na Argentina, em 17 de setembro de 2004, foi promulgada a Lei Nacional n.º 25.929⁸⁹, também conhecida como Lei do Parto Humanizado, onde traz previsão expressa para que o Poder Executivo, através de organismo próprio, inicie campanhas de conscientização da sociedade sobre a importância do acompanhante da mulher durante o parto e dos benefícios que dessa atitude para mãe e bebê.

Além de estabelecer que a referida lei se aplique a todas as entidades, sejam elas públicas, privadas ou obras sociais, estabelece ainda que, toda mulher gestante, em trabalho de parto e pós-parto, tem direito de ser informada sobre as várias intervenções médicas que poderão ocorrer durante estes processos, facultando à parturiente a escolha do que melhor atenda o seu quadro clínico e a sua personalidade. Ao ter previsão expressa, já é uma forma de coibir certas práticas que acontecem em países em que não há legislação específica, dentre elas coíbe-se a episiotomia de rotina; o constrangimento de ser submetida a “exame de toque” coletivo (médicos e residentes); ser submetida a uma cesárea ou a um parto natural sem o seu consentimento, entre outros.

A Lei traz previsão expressa de que a mulher deve ser tratada com respeito, esse respeito deve ser individual e personalizado, garantindo a intimidade durante todo o processo assistencial, de acordo com seus padrões culturais, além de ser considerada uma pessoa sã, para fins de que agir com protagonismo no seu próprio parto. Tem direito também, ao parto natural, respeitoso dos tempos biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e ministração de medicação que não estejam justificados pelo estado de saúde da parturiente ou da pessoa esta por nascer. A parturiente tem o direito de estar acompanhada, por uma pessoa de sua confiança e escolha, durante o trabalho de parto e pós-parto; é assegurado a mulher ter

⁸⁸ 13.- **Violencia obstétrica:** Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

⁸⁹ Disponível em: <http://www.partohumanizado.com.ar/ley25929.html>.

a seu lado seu filho ou filha durante a permanência no estabelecimento sanitário, sempre que o recém-nascido não requeira de cuidados especiais⁹⁰.

Por fim, no artigo 6º, prevê que o não cumprimento das obrigações decorrentes da presente lei, por parte das obras sociais e instituições médicas privadas, bem como o não cumprimento por parte dos profissionais de saúde e seus colaboradores em que prestam serviços, será considerado falta grave aos fins punitivos, sob pena de responsabilidade civil ou penal que possa corresponder⁹¹.

Em março de 2009, a República Argentina sancionou a Lei nº 26.485 de “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvam suas Relações Interpessoais”, tipificando seis tipos de violência contra a mulher, sendo: a violência doméstica, institucional, laboral, violência contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática⁹².

Ainda nesse sentido:

Em 25 de novembro de 2006, ao celebrar-se o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembléia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Esta substituiu a Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família de 1998 e foi publicada na Gazeta Oficial nº 38.647, de 19 de março de 2007. Esta nova lei tipifica 19 formas de violência contra a mulher, tendo a mais nova a **violência obstétrica** (GUERRA, 2008), sendo as demais: violência psicológica, assédio ou intimidação, ameaça, violência física, violência doméstica, violência sexual, acesso carnal violento, prostituição forçada, escravidão sexual, assédio sexual, violência laboral, violência patrimonial e econômica, esterilização forçada, violência

⁹⁰ **Artículo 2º.-** Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales; c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto; d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales; f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética; g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto;. h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar; j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña; k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

⁹¹ **Artículo 6º.-** El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

⁹² CIELLO, Cariny. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. p. 27.

midiática, violência institucional, violência simbólica, tráfico de mulheres, meninas e adolescentes e, por fim, “la trata”⁹³ de mulheres, meninas e adolescentes⁹³.

Todavia, para se chegar onde chegou os dois países também passaram pelo que o Brasil passa. Semelhante as outras áreas do conhecimento, a difusão da violência obstétrica nesses países também se deu a partir de escritos acadêmico, o Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos, por exemplo, é resultado de um processo de pesquisa que começou em julho de 2001, com base em declarações de mulheres que tinham seus direitos violados em hospitais públicos, de acordo com Paula Quevedo⁹⁴:

Observatório de Saúde Gênero e Direitos Humanos é o resultado de um processo de pesquisa que começou em junho de 2001, quando chega ao conhecimento de CLADEM INSGENAR os maus-tratos sofridos por uma jovem mulher em serviços de saúde reprodutiva na cidade de Rosario. De lá, um estudo sobre o assunto foi iniciada com base em declarações de pacientes do sexo feminino tratados em hospitais públicos. Pelas informações colhidas, verificou-se que as mulheres em sua consultas ginecológicas ou obstétricas tinham sido vítimas de: Violação do direito à privacidade por interferência não-consensual em sua privacidade por meio da exibição e / ou revisão maciça do corpo e genitais. Em muitas ocasiões, as mulheres são revistas por um e um grupo de médicos e estudantes, sem qualquer explicação, ou respeito ao seu pudor e sem ser consultado sobre se concordam com a ser examinado, palpada, e investigado em lugares sem privacidade para múltiplos pessoas. Quem também fez muitas vezes entre os comentários burlescos eles. Transcrevemos o testemunho que ajuda a entender a magnitude do humilhação "colocou-me a mão mais ou menos 13 alunos, senti vergonha, raiva, cobriu o rosto com o lençol para que eles não olham para mim"⁹⁵.

Antes desse processo de estudo e levantamento de casos de violência que as mulheres sofriam em atendimento obstétrico e ginecológico em hospitais públicos era comum à violação dos direitos de informação e intervenção consentida, porque muitas vezes as mulheres não eram informadas sobre seu estado de saúde e, os médicos só avisavam o que iriam fazer quando já estavam fazendo, por exemplo, “vou ligar suas trompas”, “tenho que fazer uma cesárea em você”, ou seja, havia intervenção, mas não consentimento.

⁹³ *Idem.*

⁹⁴ QUEVEDO, Paula. “Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género”. Disponível em: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf.

⁹⁵ Texto Original: El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos es el resultado de un proceso de investigación que comenzó en Junio de 2001 cuando llega a conocimiento de INSGENAR y CLADEM los malos tratos recibidos por una joven en un servicio de salud reproductiva de la Ciudad de Rosario. A partir de allí se inició un estudio del tema sobre la base de las declaraciones de pacientes femeninas atendidas en hospitales públicos. De la información recogida surgió que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de: Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos. Transcribiremos un testimonio que ayuda a comprender la magnitud de la humillación “me metieron mano mas o menos 13 estudiantes, sentí vergüenza, bronca, me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran”.

Conforme o texto de Paula Quevedo, reproduzido no Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Violência Obstétrica: “Parirás com dor”⁹⁶:

Violação do direito à informação e tomada de decisão. Nas pacientes são feitas práticas, em muitos casos, sem prévia consulta, em outras ocasiões sem se quer para fornecer informações sobre o seu estado de saúde, nem sobre as características das intervenções que serão feitas. Em consequência, se lhe nega a possibilidade de tomar decisões alternativas, em algo tão íntimo e pessoal como é sua saúde, saúde sexual e reprodutiva. Dessas declarações ao relatório, em muitas ocasiões surge às frases como “assine aqui”, “tenho que ligar suas trompas”, “você tem que fazer cesárea” sem que estas frases venham acompanhadas por qualquer informação apropriada⁹⁷.

Insatisfeitos com tantos abusos, a resposta foi a altura, pois possui legislação louvável, tendo em vista os detalhes insculpidos em sua lei, como já frisamos alguns pontos, além de outros que seguem nesse momento.

A Lei traz ainda aqueles que têm legitimidade para produzir violência obstétrica, veja que ela pode ser exercida por profissionais da saúde, sendo todos os profissionais que trabalham em serviço de assistência sanitária, tanto profissionais (médicos/ enfermeiros/ voluntários/ psicólogos), como também as zeladoras e o administrativo⁹⁸.

Por fim, faz uma análise das ações que configuram violência obstétrica, sendo elas ações físicas e psíquicas. A violência física se configura quando realizam práticas invasivas

⁹⁶CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. p. 31.

⁹⁷Texto Original: “Violación del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones. A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva. De las declaraciones del Reporte DDHH; Rosario 2003, en muchas ocasiones surgen frases como “firma acá”, te tengo que ligar las trompas”, “te tengo que hacer cesárea”, sin que estas locuciones vayan acompañadas de ninguna información adecuada.

⁹⁸ **5. Legitimados activos**

Este tipo de violencia solo puede ser ejercida por “el personal de la salud”. Una lectura simple de la norma podría hacer pensar que se limita a quienes se desempeñan en servicio ginecológico u obstétrico de un Hospital o Clínica, sin embargo el ámbito de los legitimados activos es más amplio. Entendemos que deben considerarse legitimados activos para producir violencia obstétrica: **a)** todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etc. **b)** todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud. **c)** quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales. **d)** aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular. **e)** quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estados. **f)** las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas.

ou ministrado medicamento que comprometa a saúde da parturiente, bem como lhe seja respeitado seu tempo⁹⁹.

Já a violência obstétrica psíquica está relacionada com o tratamento desumano e grosseiro e discriminação quando a mulher pedir assessoramento no parto, o que requer atenção, durante todo o período do parto e da prática obstétrica. Estende-se também a omissão de informações sobre a evolução do seu parto, qual o estado do seu filho ou filha¹⁰⁰.

Omissões também configuram violência obstétrica, falta de anestesia; omissão de informações; omissão de intimidade e omitir considerações de normas culturais¹⁰¹.

As legislações da Argentina e da Venezuela são bem semelhantes, no tocante a violência obstétrica, a lei Venezuelana complementa o conceito com as consequências e as causalidades, pois traz a previsão de sanções impostas àqueles que cometerem o crime.

Ademais, a lei venezuelana entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e do processo reprodutivo das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em tratamento desumano, em abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres.

A lei venezuelana traz em seu bojo também a definição e proibição de esterilização forçada; violência médica; violência institucional; violência simbólica; tráfico de mulheres, crianças e adolescentes, conforme se observa em nota de rodapé¹⁰².

⁹⁹ **Violencia obstétrica física.** Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

¹⁰⁰ **Violencia obstétrica psíquica.** Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica, obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

¹⁰¹ **7. Las omisiones configurativas de violencia obstétricas.**

7.1 Falta de anestesia en los legrados. Una de las conductas omisivas mas frecuentes en violencia obstétrica está constituida por la omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto auto provocado;**7.2** Omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; **7.3** Omisión de intimidad. Cabe recordar que la ley de parto humanizado garantiza la intimidad durante todo el proceso asistencial, la que lógicamente debe ser prestada dentro de los medios con los que se cuentan; **7.4** Omisión de consideración de las pautas culturales.

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

15.- Violencia mediática: Se entiende por violencia mediática la exposición, a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.

16.- Violencia institucional: Son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano u ente público que

Outro fator distintivo é que a lei venezuelana criminaliza as práticas supracitada, podendo o agente infrator inclusive ser penalizado¹⁰³. Isso desestimula a prática reiterada de abusos contra a mulher, neste caso, principalmente contra a grávida.

2.2 Violência obstétrica versus direito à saúde

Nem sempre a obrigação foi do Estado em prover assistência à saúde. Inicialmente a Igreja era quem socorria a comunidade ao prestar assistência pública fundada na caridade, com o passar do tempo algumas instituições públicas também passaram a prestar auxílio aos mais necessitados.

A Inglaterra, em 1601, foi a primeira nação que desvinculou o necessitado e caridade quando Isabel I editou o *Act of Relief of the Poor* – Lei dos Pobres. No bojo da lei reconheceu-se que cabia ao Estado amparar os comprovadamente necessitados. Surgiu, então, a assistência pública ou assistência social, onde cabia à Igreja administrar um fundo, criado com a arrecadação de uma taxa obrigatória, de. Algumas categorias de profissionais

contrariamente al debido ejercicio de sus atribuciones, retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley, para asegurarles una vida libre de violencia.

17.- Violencia simbólica: Son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

18.- Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes: Son todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, coerción o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material de carácter ilícito.

19.- Trata de mujeres, niñas y adolescentes: Es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza o de otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

¹⁰³ Artículo 51. Violencia obstétrica. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- 1.- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- 2.- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- 3.- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- 4.- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- 5.- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Artículo 52. Esterilización forzada. Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón medica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de dos a cinco años. El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

constituíram caixas de auxílio, com caráter mutualista, que dava direitos caso o profissional se acidentasse ou morresse semelhante aos seguros de vida.¹⁰⁴

No Brasil Colônia em decorrência das novas moléstias (varíola) o Conselho Ultramarino Português criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, dada a escassez dos médicos, em razão de haver apenas 06 (seis) médicos graduados em universidades europeias, por esse motivo aliado a precariedade da assistência e o alto número de enfermos, muitos optavam pelos curandeiros negros e indígenas. As intervenções médicas eram aceitas apenas em épocas de epidemias¹⁰⁵.

A primeira Constituição brasileira foi outorgada pelo Imperador Dom Pedro I, e vigorou por 67 anos, a assistência pública veio prevista na Constituição de 1824, no art. 179, § 31, ao garantir os socorros públicos, a Constituição assim rezava: “nenhum genero de trabalho, de cultura, insdustria, ou comercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes públicos, á segurança, e saúde dos Cidadãos”¹⁰⁶.

Já a República Velha, com novo regime de governo em 1889, fundamentada em Augusto Conte e sua filosofia positivista de “ordem e progresso”, contudo o progresso não alcançou todas as classes, sendo privilégio de alguns o gozo da modernização do Estado, enquanto a maioria da população se manteve em situação precária, ocasião em que tinham que se valer do amparo das Casas de Misericórdias. Depois da Revolta da Vacina o Estado e a medicina tiveram que se relacionar com toda a sociedade de forma equânime¹⁰⁷.

Entre os anos de 1930 e 1945, que compreende a “Era Vargas”, ocorreram grandes transformações no país, cita-se a ascensão da classe operária (Bloco Operário Camponês), com o objetivo de enfraquecer a aliança “café-com-leite”, por esse motivo a Constituição de 1943, trazia no artigo 10, III, que compete a União e aos Estados cuidar da saúde e assistência públicas. Dispõe ainda que é obrigatório em todo o território nacional, o amparo à maternidade e à infância. Assim, a saúde pública tornou-se institucionalizada, compartilhando com a educação um ministério: o Ministério da Educação e da Saúde Pública¹⁰⁸.

¹⁰⁴ SANTOS, Marisa Ferreira dos **Direito previdenciário esquematizado** / Marisa Ferreira dos Santos; coord. Pedro Lenza. – 3. ed. de acordo com a Lei n. 12.618/2012 – São Paulo : Saraiva, 2013.p. 52.

¹⁰⁵ CARVALHO, H. H. N; PINTO, M. A. S. **A evolução do direito à saúde da cidadania brasileira**. p. 04. 2011. Disponível em: www.seer.ufu.br >

¹⁰⁶ CARVALHO, H. H. N; PINTO, M. A. S. **A evolução do direito à saúde da cidadania brasileira**. p. 05. 2011. Disponível em: www.seer.ufu.br >

¹⁰⁷ CARVALHO, H. H. N; PINTO, M. A. S. **A evolução do direito à saúde da cidadania brasileira**. 2011. . p. 06.. Disponível em: www.seer.ufu.br >

¹⁰⁸ CARVALHO, H. H. N; PINTO, M. A. S. **A evolução do direito à saúde da cidadania brasileira**. 2011. . p. 09.. Disponível em: www.seer.ufu.br >

Após o fim da Era Vargas, em 25 de julho de 1953, com a Lei n.º 1.920 foi criado o Ministério da Saúde (desdobrou-se o Ministério da Educação e Saúde), com verba ainda irrisória não conseguiu satisfazer as necessidades existentes, mas ainda assim o texto Constitucional de 1946, trazia a preocupação com a saúde do trabalhador ao garantir assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva ao trabalhador e à gestante”, Artigo 157, XIX¹⁰⁹.

Durante a Ditadura Militar e por consequente nas Constituições de 1967 e 1969, o direito à saúde só apareceu no artigo 158, inciso XV, da Constituição de 1967, ao assegurar ao trabalhador assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva. Insta salientar que, o Estado só entendia como dever oferecer atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada, ao demais da população não consideravam dever, mas sim um mero favor¹¹⁰.

Atualmente com a Constituição de 1988, o artigo institui que “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 a promoção, proteção e recuperação”.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde houve a implantação do Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (SUDS), que justamente depois da Constituição de 1988, passou a ser Sistema Único de Saúde (SUS), observando a saúde como direito de todos, sendo universal, integral e equitativa, descentralizada, regionalizada e com a participação popular, devidamente regulado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que organiza a estrutura e o funcionamento, além da Lei 8.142/90, que trata da participação dos usuários do SUS, e a transferência de recursos financeiros intergovernamentais, bem como a Emenda Constitucional 29 de 2000¹¹¹.

Vimos que a responsabilidade Estatal em fornecer saúde à todos é fruto de um longo processo histórico, até mesmo para quem opte pelo atendimento particular, esse direito é resguardado, ao passo que as despesas médicas ou de hospitalização são dedutíveis do Imposto de Renda¹¹².

¹⁰⁹ *Idem*

¹¹⁰ CARVALHO, H. H. N; PINTO, M. A. S. **A evolução do direito à saúde da cidadania brasileira**. 2011. . p. 11.. Disponível em: www.seer.ufu.br >

¹¹¹ PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito fundamental à saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito do Sul de Minas. Programa de Pós-Graduação em Direito, Pouso Alegre. p. 15.

¹¹² Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaFisica/IRPF/2015/perguntao/assuntos/deducoes-despesas-medicas.htm>

2.2.1 Princípio do Sistema Único de Saúde: Universalidade¹¹³

Observa-se que no decorrer da história houve um rompimento de barreiras de acesso à saúde, tendo em vista que em dado período, somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada era objeto da tutela estatal.

A universalidade é um princípio finalístico do SUS, um ideal que deve ser alcançado, estendendo a cobertura de serviços¹¹⁴.

Em aspectos gerais quando houver restrição de atendimento a mulheres estará diante de uma patente afronta ao princípio da universalidade. De forma mais específica, o SUS reconhece a possibilidade de o parto domiciliar, inclusive é uma medida de humanização do parto¹¹⁵, no entanto, algumas regiões não permitem tal prática¹¹⁶, isso também viola o princípio da universalidade.

2.2.2 Princípios do Sistema Único de Saúde: equidade e integralidade

Com auspício em tratar os iguais de forma igual e os desiguais de modo desigual, à medida de sua desigualdade, o princípio da igualdade para reduzir a desigualdade diante do adoecer, engravidar, morrer e nascer.

Deve ser observado que tal princípio também se aplica com relação aos investimentos em determinadas regiões e para determinados grupos de minorias, de acordo com a necessidade apresentada¹¹⁷.

Nesse mesmo sentido podemos falar do princípio de integralidade, pois atua para fomentar políticas de acesso, de prevenção e recuperação. Após índice alarmante de cesáreas, o Ministério da Saúde tem proposto alguns meios para a redução desses números, dessa forma atua o princípio da integralidade.

¹¹³ **Artigo 25.** I) Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. II) A maternidade e a infância tem direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social. (Declaração dos Direitos Fundamentais).

¹¹⁴ TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde.** Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. p.03.

¹¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4), p. 236.

¹¹⁶ Em julho de 2012, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou uma resolução (Resolução 265/2012) que proíbe a participação de médicos em partos domiciliares e na assistência perinatal que não seja realizada em ambiente hospitalar. Essa resolução torna pública a perseguição sofrida por parturientes, enfermeiras, obstetras e médicos.

¹¹⁷ TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde.** Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. p.06.

2.2.3 Outros princípios fundamentais no atendimento de saúde

Estes princípios servem para todas as instituições que prestam atendimento de saúde.

A preservação de sigilo é um direito fundamental, pois a pessoa tem direito a ter resguardado informações pessoais, desde que essas informações não coloquem em risco terceiros ou a saúde pública, essas informações serão tanto as verbais quanto as constantes do prontuário médico, além de garantia de privacidade visual e auditiva¹¹⁸.

Com relação ao direito à intimidade deve ser lembrado o caso de um cantor de sertanejo universitário que faleceu em decorrência de um acidente de trânsito. Enquanto o corpo era arrumado para o sepultamento, dois funcionários da Clínica Oeste fizeram *selfies* com o corpo do cantor, passado alguns dias mais situações semelhantes surgiram na mídia¹¹⁹, em resposta o Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução n.º 2.126, de julho de 2015, alterou as alíneas “c” e “f” do artigo 3º, do artigo 13 e o anexo II da Resolução CFM n.º 1.974/11, circunstâncias em que ficou da seguinte forma:

Art. 2º O artigo 13 da Resolução CFM n.º 1.974/11 passa vigorar com a seguinte redação: Art. 13 As mídias sociais dos médicos e dos estabelecimentos assistenciais em Medicina deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame).

§1º Para efeitos de aplicação desta Resolução, são consideradas mídias sociais: sites, blogs, Facebook, Twiter, Instagram, YouTube, WhatsApp e similares.

§2º É vedada a publicação nas mídias sociais de autorretrato (selfie), imagens e/ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal.

§ 3º É vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do “antes e depois” de procedimentos, conforme previsto na alínea “g” do artigo 3º da Resolução CFM n.º 1.974/11. §4º A publicação por pacientes ou terceiros, de modo reiterado e/ou sistemático, de imagens mostrando o “antes e depois” ou de elogios a técnicas e resultados de procedimentos nas mídias sociais deve ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Importa dizer que não haveria necessidade de normatização por meio da resolução supracitada se houvesse observância de um direito tão singular que é a intimidade.

Já sobre o consentimento informado importa dizer que, é o princípio que prevê que qualquer procedimento deve ser informado, esclarecido em suas finalidades, formas/características, riscos etc. Tendo a parturiente autonomia para escolher depois de compreender o que será feito.

É importante citar que a parturiente tem direito de saber qual é a qualificação do profissional que lhe atendendo, pois num ambiente hospitalar pode haver médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, parteira e doula.

¹¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), p. 33.

¹¹⁹Disponível em: <http://g1.globo.com/goias/musica/noticia/2015/06/juiz-do-caso-das-fotos-do-corpo-de-cristiano-araujo-foi-vizinho-do-cantor.html>.

Nesse tópico é interessante utilizar mais casos de abusos sofridos por parturientes, segue o caso de A.F.G.G, atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG:

Senti meu corpo totalmente exposto, me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos me usando para demonstração. O médico mal falou conosco, abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira¹²⁰.

Casos como dessa parturiente ocorrem constantemente em hospitais universidades, quando são submetidas a procedimentos por vezes desnecessários, dolorosos, que acabam expondo essas mulheres a riscos e complicações quando feitos em excesso ou de maneira errada sem supervisão de profissionais com mais experiência. Ao submeter parturientes a exames com fins didáticos sem informá-las dos nomes, da qualificação dos alunos são violados os direitos da intimidade e os reprodutivos¹²¹.

Mais um caso interessante:

Uma gestante de alto risco teve procedimento ginecológico negado pelo Hospital Universitário Miguel R. Corrêa Junior porque impediu que estudantes de medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) acompanhassem o exame. O Ministério Público Federal moveu ação civil pública, julgada improcedente tanto pela Vara Federal de Rio Grande quanto pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4). Agora, a Procuradoria Regional da República da 4ª Região (PRR4) apela para que o Supremo Tribunal Federal (STF) mude o entendimento¹²².

O procurador que ingressou com a ação civil pública defende que o caso transcende o interesse subjetivo da causa e afirma que o pedido não é para que não haja acompanhamento, mas que ao negar atendimento por que o usuário não quer a companhia dos estudantes é afrontar o princípio da intimidade e a dignidade da pessoa humana. A ação civil pública foi julgada improcedente pela Vara do Rio Grande como também pelo Tribunal Federal da 4ª Região, com fundamento que o bem maior a ser protegido é o da excelência do ensino médico, pois também tem interesse publico ao passo que atende necessitado de cuidados hospitalares¹²³.

¹²⁰ CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. p. 93.

¹²¹ CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. p. 93.

¹²² CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. p. 95.

¹²³ *Idem*

Insta salientar, que o direito à informação não é apenas direito da parturiente, mas trata-se de um dever do médico, inclusive levado em consideração em uma eventual responsabilização.

2.3 Violência obstétrica versus Direitos Fundamentais

Antes de falarmos de Direito Fundamental em espécie, necessário é que se diga um pouco sobre os Tratados Internacionais que o Brasil é signatário, onde os Direitos Humanos .que são feridos pela violência obstétrica recebem guarida, esses mesmos Direitos Humanos quando internalizados recebem o status de Direitos Fundamentais, ou seja:

Para melhor compreensão e delimitação do tema, se faz mister diferenciar direitos fundamentais e direitos humanos com o escopo de conhecer o alcance de cada uma destas expressões. Bastos denomina os direitos humanos, como “liberdades públicas”, há ainda, quem as chame de liberdades individuais, garantias individuais, entre outras. Bobbio cita outros três empecilhos à “ilusão” do fundamento absoluto, que se referem: os direitos dos homens constituírem uma classe invariável, por ser heterogênea; e, finalmente, por revelar uma antinomia entre os direitos invocados. Por simples divisão, direitos fundamentais são aqueles que decorrem da ordem jurídica positivada, são os direitos positivados a nível interno, conforme ensina Luño¹²⁴.

Dessarte, os direitos infringidos são duplamente maculados, uma vez que à nível internacional e outra nacional como transgressão a direitos fundamentais do nosso Estado de Direito.

De acordo com o Superior Tribunal Federal, a Convenção Americana de Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, foi assinada em 22 de novembro de 1969, em San José da Costa Rica, ratificado pelo Brasil em setembro de 1992, internalizado por meio do Decreto nº 678, de 06 de Novembro de 1992. A convenção internacional tem por finalidade garantir entre os países americanos signatários um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito aos direitos humanos essenciais, independente do país que a pessoa resida ou tenha nascido.

O pacto está baseado na Declaração Universal de Direitos Humanos, que por sua vez tem fundamento no ideal de ser humano livre, que lhe assegure meios de gozar dos seus direitos econômicos, sociais e culturais, bem como direitos civis e políticos.

Sua composição é a seguinte:

O documento é composto por 81 artigos, incluindo as disposições transitórias, que estabelecem os direitos fundamentais da pessoa humana, como o direito à vida, à

¹²⁴ RUIZ, Thiago. **O direito à liberdade: uma visão sobre a perspectiva dos direitos fundamentais**. REVISTA DE DIREITO PÚBLICO, LONDRINA, V. 1, N. 2, P. 137-150, MAIO/AGO. 2006.

liberdade, à dignidade, à integridade pessoal e moral, à educação, entre outros. A convenção proíbe a escravidão e a servidão humana, trata das garantias judiciais, da liberdade de consciência e religião, de pensamento e expressão, bem como da liberdade de associação e da proteção a família¹²⁵.

Em 2004, os tratados internacionais relacionados a direitos humanos passaram a vigorar de imediato e a ser equiparados às normas constitucionais, bastando serem aprovados em dois turnos, por ao menos 3/5 (três quintos) dos votos na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, graças a Emenda Constitucional 45/2004.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos foi criada com a finalidade de julgar casos que violem os direitos humanos, ocorridos nos países integrantes da Organização dos Estados Americanos - OEA.

A maioria de nós já ouviu falar da Corte Interamericana, não pelo fato de que entre os membros da Corte Interamericana figurar o professor Antônio Augusto Cançado, mas porque o Brasil já foi condenado por duas vezes pela Corte, a primeira condenação foi no caso da bioquímica Maria da Penha, o que deu origem a Lei 11.340/2006, e, na segunda vez foi no caso Ximenes Lopes VS. Brasil, nesse último o Brasil foi condenado pela Corte a reparar os familiares de Damião Ximenes, morto por maus tratos em uma clínica psiquiátrica do Ceará conveniada ao Sistema Único de Saúde¹²⁶.

O Brasil apesar de já ter sido condenado 02 (duas) vezes pela Corte de Interamericana de Direitos Humano, como vimos, não adotou qualquer medida que coibisse de fato a violência obstétrica, observe que já foi condenado por abusos praticados por profissionais da saúde, ocasião em que a Corte entendeu que os Estados são obrigados a respeitar os direitos reconhecidos na Convenção e a organizar o poder público para garantir às pessoas sob sua jurisdição o livre e pleno exercício dos direitos humanos, estendendo-se essa obrigação a todos os níveis da administração, bem como a outras instituições a que os Estados deleguem autoridade.

Na condenação do caso Maria da Penha, a Corte entendeu que o Brasil é responsável pela violação dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial, assegurados pelos artigos 8 e 25 da Convenção Americana, além de ter obrigação geral de respeitar e garantir tramitação e apuração diligente em casos de violência doméstica no Brasil.

Corte decidiu da seguinte forma:

¹²⁵ STF. **Pacto de San José da Costa Rica sobre direitos humanos completa 40 anos**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116380>.

¹²⁶ STF. **Pacto de San José da Costa Rica sobre direitos humanos completa 40 anos**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116380>.

Que, com fundamento nos fatos não controvertidos e na análise acima exposta, a República Federativa do Brasil é responsável da violação dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial, assegurados pelos artigos 8 e 25 da Convenção Americana em concordância com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos, prevista no artigo 1(1) do referido instrumento pela dilação injustificada e tramitação negligente deste caso de violência doméstica no Brasil.

3. Que o Estado tomou algumas medidas destinadas a reduzir o alcance da violência doméstica e a tolerância estatal da mesma, embora essas medidas ainda não tenham conseguido reduzir consideravelmente o padrão de tolerância estatal, particularmente em virtude da falta de efetividade da ação policial e judicial no Brasil, com respeito à violência contra a mulher.

4. Que o Estado violou os direitos e o cumprimento de seus deveres segundo o artigo 7 da Convenção de Belém do Pará em prejuízo da Senhora Fernandes, bem como em conexão com os artigos 8 e 25 da Convenção Americana e sua relação com o artigo 1(1) da Convenção, por seus próprios atos omissivos e tolerantes da violação infligida¹²⁷.

Em uma análise superficial, podemos antever que num possível julgamento de casos relacionados a violência obstétrica, a Corte decidiria por responsabilizar o Brasil pela tolerância estatal, particularmente em virtude da falta de efetividade de ação coibidora a prática de violência obstétrica, além de entender que o Brasil é responsável pelos atos dos profissionais da saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde, pois com os dois julgamentos citados abre-se precedentes para isso.

Por fim e não menos importante, a violência obstétrica macula direitos fundamentais, como a autodeterminação da mulher sobre seu próprio corpo, mitigando a liberdade, igualdade, dignidade e diversidade.

2.3.1 Dignidade da Pessoa Humana

Logo após a Segunda Guerra Mundial passamos a nos preocupar com direitos humanos, dos quais a Dignidade da Pessoa Humana faz parte. A dignidade humana afirma direitos específicos de cada um, sem distinções de gênero, raça, cor, crença, sexo e outras.

Destarte, os Estados passaram a internalizar esse princípio em suas constituições, circunstâncias em que a Magna Carta dispõe, no seu artigo 1º, III, a dignidade da pessoa humana é fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro.

O princípio da dignidade da pessoa humana evoca a valorização do homem frente aos seus pares e o Estado, por este motivo inúmeros instrumentos internacionais trataram de reconhecê-lo internacionalmente, a fim de que os países seguissem a mesma orientação no plano interno. Neste sentido, pode-se afirmar que após a segunda guerra mundial com a elaboração dos documentos internacionais e o

¹²⁷ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Relatório Anual 2000. Caso nº 54/01.** Disponível em: http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/299_Relat%20n.pdf

surgimento da noção do Estado Social é que ocorreu a vinculação do princípio da dignidade da pessoa humana nas Constituições Federais¹²⁸.

É com fulcro nesse princípio que deve ser norteada as ações dos entes estatais e seus agentes. Desse modo, deve fazer valer para as gestantes, que constantemente veem violados seus direitos, o que traz a Declaração da Conferência do Ano Internacional da Mulher, celebrado na cidade do México em 1975, qual seja: “o corpo humano, independentemente de ser de um homem ou de uma mulher, é inviolável e o respeito por ele é um elemento fundamental da liberdade e da dignidade humanas”.

Pois, se trata do mínimo que todo o ser humano deve ter resguardado para si, conforme Helena Braga Avancini diz:

Apesar de a dignidade da pessoa humana ser conceito sujeito a múltiplas interpretações, há certo consenso, na doutrina, acerca de tratar-se de princípio de direito fundamental, o qual determina interpretação sobre os direitos da pessoa, revelando um *minimum* jurídico invulnerável que todo estatuto político deve assegurar. O texto constitucional busca assegurar a possibilidade de o indivíduo encontrar meios para promover o pleno desenvolvimento de sua personalidade¹²⁹.

Perez Luño destaca:

(...) que a dignidade da pessoa humana possui duas dimensões constitutivas: uma negativa e outra positiva. Aquela significa que a pessoa não venha a ser objeto de ofensas ou humilhações. Daí o nosso texto constitucional dispor, coerentemente, que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (art. 5º, III). Com efeito, “a dignidade – ensina Jorge Miranda – pressupõe a autonomia vital da pessoa, a sua autodeterminação relativamente ao Estado, às demais entidades públicas e às outras pessoas¹³⁰”.

O texto corrobora com o nosso entendimento de que o Estado deve promover políticas públicas de conscientização ao parto humanizado, bem como tal política deve ser regulamentada por lei, de modo a coibir práticas abusivas dos médicos, justamente por conta das dimensões constitutivas negativa e positiva.

O modelo técnico de parto que vivenciamos tem violado frontalmente as parturientes e seu controle sobre o seu corpo. Esse modelo de parto, como já dissemos, tirou a mulher do centro das atenções e colocou o médico, o conforto é somente para os médicos, pois colocam as mulheres em posições extremamente desconfortáveis que de certo modo lhes tornam mais vulneráveis, para que ele possa estar mais confortável. Essa atitude é mais uma infinidade de

¹²⁸ AVANCINI, Helena Braga. **A dignidade da pessoa humana e a incorporação do direito internacional dos direitos humanos no direito interno luso-brasileiro**. A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A INCORPORAÇÃO DO DIREITO INTERNACIONAL - ISSN ELETRÔNICO 2316-8080. p. 79-80.

¹²⁹ DIMOULIS, Dimitri. Dicionário brasileiro de direito constitucional / coordenador- geral Dimitri Dimoulis. — 2. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012. p. 48

¹³⁰ PEREZ, Luño. *Apud* DIMOULIS, Dimitri. Dicionário brasileiro de direito constitucional / coordenador- geral Dimitri Dimoulis. — 2. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012. p. 48.

abusos, deixa aquém do mínimo que deve ser despendido nos tratos às mulheres em trabalho de parto.

2.3.2. Liberdade

Os direitos relacionados às liberdades individuais surgiram com as revoluções francesa e norte-americana, ocorridas no final do Século XVIII, onde a principal reivindicação da burguesia era a limitação dos poderes do Estado, nessa época surgiram as primeiras Constituições escritas, consagrando direitos fundamentais ligados ao valor liberdade, os chamados direitos civis e políticos. Por isso, a liberdade está classificado para fins didáticos como direitos de primeira geração, tendo caráter negativo, pois força o Estado a abster-se de algumas relações civis¹³¹.

A liberdade é inerente ao ser humano desde a sua concepção, ao menos é que deveria ser, mas quando o ser humano decide viver em sociedade ele devolve para o Estado a possibilidade de ser tolhido dela em razão de outro direito fundamental, afastando-se assim o gozo da liberdade. Exemplo, quando uma pessoa cumpre uma pena e é tolhido do seu direito de ir e vir, ou em estado de sítio, onde o que está em jogo é o princípio da Soberania. Essa é a concepção de Cesare Beccaria entendendo então: “Eis, então, sobre o que se funda o direito do soberano de punir os delitos: sobre a necessidade de defender o depósito da salvação pública das usurpações particulares. Tanto mais justas são as penas quanto mais sagrada e inviolável é a segurança e maior a liberdade que o soberano dá aos súditos¹³²”.

Por todo o exposto, podemos constatar que o direito a liberdade é de raras exceções, ocasião em que o ser humano possui liberdade de ir, vir, permanecer, dentre outras, todavia como vimos no caso de Adelir sua vontade foi ignorada, ante o fato de uma liminar lhe obrigar a SS submeter a uma intervenção cirúrgica. Têm casos que não chegam a esse ponto, mas acabam relativizando a capacidade da mulher de decidir qual procedimento a ser utilizado, qual a posição mais confortável, qual o momento biológico adequado, nomeando ali, no consultório ou na sala de parto, o médico como curador, e, mais uma vez a mulher fica em segundo plano e o que se efetiva é a vontade do médico e não a vontade da paciente. Isso é o que leva o Brasil ao topo no *ranking* de cesáreas realizadas.

Como vimos quando falamos das alterações hormonais e o impacto da gravidez no psicológico da mulher, a mulher chega ao consultório nos primeiros meses, cheia de dúvidas,

¹³¹ NOVELINO, Marcelo. **Manual de direito constitucional / Marcelo Novelino**. – 9. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2014. p.102.

¹³² BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas**. Trad. José Cratella Júnior e Agnes Cretella. 2.ed. 2.tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 28-29.

algumas querendo muito e outras com um sentimento ambivalente, passado alguns meses, quando ela já está concluindo a gestação, algumas ficam tomadas por medo e ansiedade. Ao buscar atendimento técnico, a mulher não vai à busca da sua interdição temporária, transferindo ao médico poder de decidir por ela, como se ela fosse relativamente incapaz. O que deve ser estabelecido é uma parceria entre a parturiente e o médico, a técnica trabalhando para garantir a efetivação dos direitos da paciente e do bebê.

O ideal nesse momento é que o médico informe bem a mulher, dando a possibilidade dela de forma consciente escolher o melhor método e, alertar-lhe das possíveis complicações, bem como fornecer-lhe um parto mais natural, um parto humano.

2.3.3. Igualdade

No tocante a igualdade há possibilidade de análise por dois ângulos, o da igualdade entre homem e mulher, mas como o homem não gesta, é desnecessária essa abordagem, ainda que defendamos haver discriminação pelo simples fato de ser mulher e vulnerável. Por outro lado, há ainda, igualdade entre mulheres e mulheres¹³³.

Para ilustrar a desigualdade entre mulheres transcrevo a pesquisa feita pela Fiocruz, Nascer no Brasil¹³⁴ – Inquérito Nacional sobre partos e nascimentos no Brasil. A pesquisa foi feita em 266 (duzentos e sessenta e seis) hospitais, em 191 (cento e noventa e um) municípios e com 23.894 (vinte e três mil oitocentas e noventa e quatro) mulheres. Constatou-se que as taxas de cesariana são mais baixas no setor público e na região sudeste; quanto mais novas as mulheres mais dependentes são do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo que até os 20 (vinte) anos 51,4% das mulheres usam o SUS, 45,1% usam o Setor Misto¹³⁵ e apenas 3,5% usam serviços privados. Mulheres entre 20 (vinte) e 34 (trinta e quatro) anos de idade frequentaram mais o setor misto, sendo no percentual de 44,4% , enquanto 44,4% usam o SUS e 16,1% fazem uso de clínicas e hospitais particulares. Já as mulheres acima de 35 (trinta e cinco) anos aumentou expressivamente a utilização do setor privado, ocasião em que subiu para 26,7%, o setor misto ficou em 39,6% e a dependência do SUS caiu para 33,7%.

¹³³ CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência Obstétrica: Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais.** Brasília. Junho/2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. p. 37.

¹³⁴ PESQUISA NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.** Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/10/infografico_6.pdf

¹³⁵ SETOR MISTO – **Setor privado conveniado com o Sistema Único de Saúde.**

Analisando agora o uso de serviços de saúde de acordo com a cor da pele materna, as mulheres com a da pele preta/negra são as que menos usam os serviços privados de saúde, vejamos.¹³⁶

As indígenas frequentam em sua maioria o SUS, no *quantum* de 64,6% o SUS, 27,3% no setor misto e apenas 8,1% das indígenas pesquisadas frequentam os serviços privados de saúde.¹³⁷

As mulheres brancas frequentam em sua maioria as clínicas/hospitais privados que têm convênio com o SUS, no percentual de 48,1%, enquanto 28,8% frequentam o SUS e 23% frequentam o setor privado.

As mulheres amarelas que frequentam o SUS estão num percentual de 49,4%, que frequentam o setor misto é 44,8% e apenas 5,8 frequentam o setor privado.

Já as mulheres negras e pardas dependem em sua maioria do SUS, sendo que 48% dependem do SUS, 43,8% frequentam o setor misto e apenas 8% delas usam os serviços do setor privado de saúde.

O reflexo disso está na avaliação de que a classe D e E, em sua maioria, dependem dos SUS; enquanto a classe C depende mais do setor misto e 39,7% da classe A e B usam os serviços ofertados pelo setor privado.¹³⁸

Ante a pesquisa apresentada, observa-se que as usuárias do SUS são as negras, pobres e sem instrução escolar, sendo alvos fáceis de violência obstétrica (física e verbal), enquanto as usuárias do setor privado são cada vez mais encorajadas a fazer um cesárea para evitar a dor desnecessária, cenário que leva o Brasil ao topo no número de cesáreas.

É com base nesses dados que afirmamos que os hospitais têm praticado desigualdade flagrante, ocasião em que mulheres menos estigmatizadas sofrem menos violências, todavia o perfil que depende do SUS sofre horrores no parto. Ainda que a cesárea em larga proporção não seja indicada, as mulheres que frequentam hospitais particulares ao menos têm conhecimento dos riscos das cesarianas eletivas.

Ainda que legisle sobre violência obstétrica o Brasil tem muito a fazer para dirimir essa situação de desigualdade, de modo a encontrar um equilíbrio entre os membros

¹³⁶ PESQUISA NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/10/infografico_6.pdf

¹³⁷ PESQUISA NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/10/infografico_6.pdf

¹³⁸ PESQUISA NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/10/infografico_6.pdf

(mulheres) da sociedade, de forma a assegurar, mesmo que indireta e parcialmente, a efetivação do ideal de justiça¹³⁹.

2.3.4 Diversidade

Como já foi dito no tópico anterior, a igualdade fática, que é tratar os iguais na sua igualdade e os desiguais de forma desigual para que seja reduzida sua desigualdade, comum nos julgados do Supremo Tribunal Federal, ao mesmo tempo que deseja a igualdade, admite a desigualdade para que essa desigualdade seja superada.

Segundo Marcelo Monteiro Torres:

Em que pese os vários acenos contidos na Constituição da República de 1988 para que a igualdade de oportunidade seja promovida no mais profundo de seus significados, as resistências não são poucas e, a cada dia, parecem ganhar mais força e mais adeptos, sempre dispostos a manter, ou mesmo agravar, as desigualdades ilegítimas que permeiam a sociedade contemporânea. Pouco se tem feito diante das discriminações, históricas e atuais, em relação a determinados grupamentos humanos socialmente excluídos por questões inatas ou sociais, tais como etnia, cor da pele, sexo, idade, deficiências (física, mental, econômica, etc.), origem, concepções (religiosa, política, filosófica, etc.), além de tantas mais¹⁴⁰.

No âmbito do assunto discutido, a diversidade vem sendo suplantada a medida em que não se compreende a diferença entre mulheres e mulheres, circunstâncias em que tornou-se rotineira a aplicação de ocitocina sintética¹⁴¹ não respeitando a singularidade do corpo de cada mulher. Vimos que as legislações do México, da Argentina e Venezuela já legislaram nesse sentido, circunstância em que proibiu aplicação de medicamento que acelere o trabalho de parto, a fim de que seja respeitado o tempo biológico e psicológico de cada mulher.

2.4 O combate à violência obstétrica no Brasil

No Brasil não há legislação específica como tem o México, a Argentina e a Venezuela. Aqui existem portarias que regulamentam alguns setores da saúde, como a Portaria n.º 1.067, de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências, tem também a Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009¹⁴², que dispõe

¹³⁹ DIMOULIS, Dimitri. **Dicionário brasileiro de direito constitucional** / coordenador-geral Dimitri Dimoulis. — 2. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012.

¹⁴⁰ TORRES, Marcelo Monteiro. **Direito Fundamental à Diferença**. Revista Eletrônica do CEAF. Porto Alegre - RS. Ministério Público do Estado do RS. Vol. 1, n. 2, fev./maio 2012. p. 21.

¹⁴¹ Hormônio utilizado para iniciar o trabalho de parto.

¹⁴² Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html.

sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde; além da Resolução Normativa – RN n.º 388, de 21 de outubro de 2013¹⁴³.

Há também legislações regionais, sendo elas: a Lei 3363/2013¹⁴⁴, parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Diadema; em São Paulo (capital), há a Lei Municipal n.º 15.894/2013, que institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo¹⁴⁵; no Estado de São Paulo há o Projeto de Lei n.º 738/2013¹⁴⁶ que pretende instituir o Programa de Orientação em Saúde e Atendimento Social às Gestantes e implanta medidas de informação sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no Estado; por fim em Minas Gerais tem o Projeto de Lei n.º 4.783/2013 que dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes no Estado de Minas Gerais¹⁴⁷.

Quanto a leis, temos a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990¹⁴⁸, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente; além da Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005¹⁴⁹, que alterou a Lei n.º 8.080/90, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A nível nacional, há o projeto de lei 7633/2014 que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, mas como disse ainda é um projeto de lei.

Todos os dispositivos mais importantes dos supracitados serão analisados no próximo tópico. Desde se adianta que enquanto não houver legislação especial, os abusos cometidos por profissionais continuarão a cair na impunidade, diante da dificuldade de coletar provas e enquadrar a conduta médica em algum dispositivo legal, assunto esse que será discutido no terceiro capítulo, momento em que discutiremos a responsabilidade civil, administrativa e penal.

Apesar da omissão do estado, a violência obstétrica ganhou destaque há aproximadamente 03 anos, tal afirmação se dá pela análise das datas dos artigos acadêmicos

¹⁴³ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/legislação>.

¹⁴⁴ Disponível em: http://www.cmdiadema.sp.gov.br/leis_integra.php?chave=336313.

¹⁴⁵ Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/sinasc/Lei_15894-2013.pdf.

¹⁴⁶ Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1163131>.

¹⁴⁷ Disponível em: <http://ws.mpmg.mp.br/biblio/informa/250419795.htm>.

¹⁴⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

¹⁴⁹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

que têm sido utilizados como referência nesse trabalho, pois mulheres vítimas de violência obstétrica se encontraram na internet, através de canais no *youtube*, grupos de discussão no *facebook*, com isso até foi destaque em uma das últimas edições da revista *Época*¹⁵⁰. Depois que vítimas passaram a se manifestar na rede, outras mulheres que não tinham noção que também foram vítimas passaram a multiplicar essa voz¹⁵¹.

Mais uma vez, essa afirmação se dá, pois assim que se começou a escrever este trabalho, foi criado um grupo no *facebook*, apesar da vergonha, muitas mulheres comentaram sobre suas experiências.

Infelizmente, essas mulheres têm que se mobilizar muito mais para que surjam efeitos concretos, pois falhas legislativas, que serão abordadas no tópico 2.4 e 2.5 tornam leis inaplicáveis.

2.5 Direitos sexuais¹⁵² e reprodutivos¹⁵³

A priorização da saúde sexual e da saúde reprodutiva na Atenção Básica está dentre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos na Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas – ONU, em setembro de 2000, com a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde

¹⁵⁰ LAZZERI, Tais e Harum Viscontie. **Violência obstétrica: por que as mulheres ficam sozinhas no parto? A lei do acompanhante antes durante e depois do parto completou dez anos em abril. Mas segue descumprido nas maternidades** Disponível em: <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/violencia-obstetrica-por-que-mulheres- ficam-sozinhas-no-parto.html>.

¹⁵¹ LUZ, Lia Hecker & Vânia de Vasconcelos Gico. **Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 475-484, 2015 <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0622>. p. 08.

¹⁵² A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações, 2006, p. 45).

¹⁵³ A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil.

No Brasil, desde 2006, quando foi firmado entre os gestores do SUS, o Pacto pela Saúde, é objetivo a redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica¹⁵⁴.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica produzido pela Secretaria de Saúde conceitua saúde sexual e saúde reprodutiva da seguinte forma:

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos¹⁵⁵.

Desde a declaração Universal dos Direitos Humanos, firmada em 1948, a comunidade internacional, através da Organização das Nações Unidas, tem firmado convênios internacionais que preveem a cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam os Direitos Humanos, visando sempre o respeito a diferença¹⁵⁶.

Existem marcos internacionais que definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, dentre eles está a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que abandonou a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focando nos direitos humanos, que foram reafirmados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim¹⁵⁷.

São direitos reprodutivos: O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

São direitos sexuais: O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a); o

¹⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), p. 10.

¹⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), p. 12.

¹⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), p. 13.

¹⁵⁷ *Idem*

direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; o direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; o direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física; o direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; o direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade; o direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução; o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids; o direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação; o direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

2.6 Legislação Brasileira de combate à violência obstétrica

Não há no Brasil legislação que regule os direitos das mulheres durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério. Entretanto, há um Projeto de Lei de autoria do Deputado Jean Wyllys, que dispõe sobre a matéria.

O artigo 1º do Projeto de Lei dispõe que 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 artigo 2ª garante 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.

No artigo 3º estão os princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento, sendo: 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.

No artigo 4º estão estipulados os direitos que todas as mulheres têm durante a gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e puerpério, sendo eles: I - ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura; II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto; III – ao parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas sem que haja uma justificativa clínica de acordo com o processo de saúde-doença da parturiente ou do concepto; IV – a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto; V - a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas; VI – a ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da lactação e receber apoio para amamentar o recém-nascido desde a primeira meia hora de vida; VII - a não ser submetida a exames e procedimentos cujos propósitos sejam investigação, treinamento e aprendizagem, sem que estes estejam devidamente autorizados por Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; VIII – a estar acompanhada por uma pessoa de sua confiança e livre escolha durante o pré-parto, parto e puerpério, nos termos da Lei nº 11.108/2005; IX – a ter a seu lado o recém-nascido em alojamento conjunto durante a permanência no estabelecimento de saúde, e a acompanhá-lo presencial e continuamente quando este necessitar de cuidados especiais, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal.

Diagnosticada a gravidez, a mulher terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade, nele devendo constar: I - as equipes responsáveis e os estabelecimentos onde será prestada a assistência ao pré-natal e ao parto, nos termos da Lei 11.634/2007; II - o local ou estabelecimento de saúde de sua escolha onde o parto deverá ocorrer; III - a equipe responsável pelo parto, quando possível, ou as diferentes equipes disponíveis em regime de plantão; IV - a contratação de profissionais que prestam serviços de auxílio ao parto e/ou à assistência ao parto, ou sua participação voluntária, que terão autorização para executar ações complementares às da equipe de atendimento ao trabalho de parto no estabelecimento de saúde, conforme previsão do artigo 5º. 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.

No artigo 7º é formalizado o dever de informação, 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. E só poderão ser feitas 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 conceito em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher. 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. O artigo 10 dispõe que ficam obrigatoriamente sujeitas à justificativa clínica, com a respectiva anotação no prontuário: I - a administração de enemas; II - a administração de ocitocina sintética; III - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo; IV - a amniotomia; V - a episiotomia; VI - a tração ou remoção manual da placenta; VII – a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto.

Na lei ficam vedadas aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde, os procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS; vedado também 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 conceito; 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.

Fica assegurado pelo artigo 12, que durante o parto é permitido à mulher movimentar-se livremente, devendo ser estimulada a deambular e verticalizar; escolher a posição que lhe pareça mais confortável; ingerir líquidos e alimentos leves.

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. 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, conforme previsão do artigo 13.

Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras as seguintes condutas: 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; 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; 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, pelos, estrias, evacuação, dentre outros; 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; 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; 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); 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); 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.

Considera-se ofensivo ainda, 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; 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; 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.

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, também são considerados abusivos.

É abusivo 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. Observa-se que realização de episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal.

Na nova Lei a realização de episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia, configurará abuso.

Abusivo nos efeitos da Lei 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; manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade.

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; 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; 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; 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; além de 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.

O mesmo atendimento deve ser desprendido em relação à mulher em situação de abortamento.

As crianças recém-nascidas tem direito ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida; 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; 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; 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; 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; 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.

A Lei ainda traz políticas de erradicação da violência obstétrica e o controle dos índices de cesarianas e das boas práticas.

2.7 O que é a rede cegonha? Que diferença faz?

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, há 04 (quatro) anos instituiu-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS- a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha, conforme dispõe seu artigo 1º.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica¹⁵⁸:

É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

De acordo com o artigo 2º da Portaria nº 1.459/2011, a Rede Cegonha tem como princípios: I -o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III - a promoção da equidade; IV - o enfoque de gênero; V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e

¹⁵⁸ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php.

adolescentes; VI - a participação e a mobilização social; e VII -a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Os objetivos de acordo com o artigo 3º são: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal¹⁵⁹.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes: I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; III -garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e V -garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.¹⁶⁰

A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) componentes, quais sejam: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.¹⁶¹

Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

Componente pré-natal receberá 02 (duas) parcelas anuais, que se dará de acordo com o número de gestantes acompanhadas, esse repasse será destinado há: a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; d) realização dos

¹⁵⁹ Portaria nº 1.459/2011

¹⁶⁰ Portaria nº 1.459/2011

¹⁶¹ Portaria nº 1.459/2011

exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; f) qualificação do sistema e da gestão da informação; g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e, i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.¹⁶²

Já o financiamento do componente parto e nascimento se destinarão a dar: a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e, g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização. De modo que o custeio das casas de gestante, bebê e puérpera e leito canguru será em 100%, enquanto a ampliação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), será de 80%.¹⁶³

O componente puerpério e atenção integral à saúde da criança servirá para incentivar: a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; c) busca ativa de crianças vulneráveis; d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e, f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.¹⁶⁴

Tendo em vista o fator surpresa do parto, a rede cegonha criou um componente de sistema logístico, ou seja, de transporte sanitário e regulação. Dando ênfase na: a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os

¹⁶² Portaria nº 1.459/2011

¹⁶³ Portaria nº 1.459/2011

¹⁶⁴ Portaria nº 1.459/2011

recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e, c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).¹⁶⁵

A portaria também prevê que as fases de implantação, sendo elas: I) adesão e diagnóstico; II) desenho regional da Rede Cegonha; III) contratualização dos pontos de atenção; IV) qualificação dos componentes e por fim a certificação.

Observa-se que tanto os recursos como a própria implantação efetiva da Rede Cegonha se dá com base em índices, quanto melhores os índices de uma determinada região, maior será seu repasse.

Dispõe ainda que para operacionalização da Rede cegonha cabe ao Estado, por meio da Secretaria de Saúde: apoio à implantação, coordenação do Grupo Condutor da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

A Rede Cegonha será implementada nacionalmente, com prioridade de implantação nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste, devido as altas taxas de mortalidade infantil e razão de mortalidade materna; e nas regiões metropolitanas, representando 68,48% da população brasileira. O Ministério da Saúde pretende que até 2016, todos os componentes da rede cegonha sejam implementados no Brasil¹⁶⁶.

Acontece que só o fato de haver uma efetiva observância do que estipula a Portaria 1.459, de 24 de Junho de 2011, já significaria em uma grande redução nos números de casos

¹⁶⁵ Portaria nº 1.459/2011

¹⁶⁶ BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

de abusos cometidos por profissionais da saúde, tendo em vista a abordagem mais humanista do parto, bem como a reorganização das alas obstétricas.

CAPÍTULO III- RESPONSABILIZAÇÃO MÉDICA PELA PRÁTICA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3. 1 Responsabilidade civil

A responsabilidade civil é o meio pelo qual aquele que teve seu direito mitigado obter reparação, ainda que essa reparação não faça com que o bem lesionado volte à situação que era antes da lesão.

Nesse tópico se discutira sobre a possibilidade do médico ser responsabilizado civilmente por seus atos, abordando as mais diversas possibilidades responsabilização.

De acordo com Pablo Stolze e Rodolfo Pamplona Filho¹⁶⁷, conceitua-se responsabilidade da seguinte forma:

(...) a *noção jurídica de responsabilidade* pressupõe a atividade danosa de alguém que, atuando *a priori* ilicitamente, viola uma norma jurídica preexistente (legal ou contratual), subordinando-se, dessa forma, às consequências do seu ato (obrigação de reparar).

Uma pessoa que teve seus direitos lesados, a princípio por atividade ilícita (ainda que haja a possibilidade de ser responsabilizado por abuso de direito), tem direito a uma compensação pecuniária¹⁶⁸. Acontece, que nem sempre essa compensação faz com que os traumas de parto violento sejam apagados de sua memória. Mas é importante saber que a mulher que sofreu qualquer espécie de abuso no pré-natal, parto ou no pós-parto tem direito a essa compensação.

Pablo Stolze e Rodolfo Pamplona Filho concluem:

Trazendo esse conceito para o âmbito do Direito Privado, e seguindo essa mesma linha de raciocínio, diríamos que a *responsabilidade civil* deriva da agressão a um interesse eminentemente particular, sujeitando, assim, o infrator, ao pagamento de uma compensação pecuniária à vítima, caso não possa repor *in natura* o estado anterior de coisas¹⁶⁹.

Contudo, para ter seu pleito satisfeito, a mulher deve comprovar em juízo que o médico lhe causou um dano, e que esse dano foi causado por imperícia, negligência ou imprudência (mediante culpa) e que entre a conduta do médico e o resultado do dano que ela sofreu tenha havido nexo de causalidade.

¹⁶⁷ GAGLIANO, Pablo Stolze. **Novo curso de direito civil, volume 3: Responsabilidade civil** / Pablo Stolze Gagliano, Rodolfo Pamplona Filho. — 10. ed. rev., atual. e ampl. — São Paulo : Saraiva, 2012. pp. 78 e 79.

¹⁶⁸ Indenização em dinheiro.

¹⁶⁹ *Idem*.

Conforme explica Afranio Lyra:

A responsabilidade civil se assenta, segundo a teoria clássica, em três pressupostos: um dano, a culpa do autor do dano e a relação de causalidade entre o fato culposo e o mesmo dano¹⁷⁰

Com relação a responsabilidade é importante que se diga que ela pode ser tanto objetiva quanto subjetiva.

A responsabilidade objetiva é aquela da qual não é necessário que se prove a culpa, tendo em vista que o sujeito assume o risco de sua ação. Mudando um pouco o foco, há exemplo de responsabilidade objetiva se tem a do empregador, que assume o risco em caso de acidente de trabalho, raras exceções, assim como, no caso do direito do consumidor.

Corroborando com esse entendimento Carlos Roberto Gonçalves, ocasião em que diz:

A responsabilidade objetiva funda-se num princípio de equidade, existente desde o direito romano: aquele que lucra com uma situação deve responder pelo risco ou pelas desvantagens dela resultantes (*ubi emolumentum, ibi onus; ubi commoda, ibi incommoda*). Quem auferir os cômodos (ou lucros) deve suportar os incômodos (ou riscos). No direito moderno, a teoria da responsabilidade objetiva apresenta-se sob duas faces: a teoria do risco e a teoria do dano objetivo¹⁷¹.

Entretanto, apesar do médico prestar serviços, ele é exceção ao princípio da responsabilidade objetiva que estipula o artigo 14, § 4º, do Código do Consumidor, vez que “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”, como já foi dito, para caracterizar culpa a vítima tem que comprovar que o agente tenha agido em imprudência¹⁷², imperícia¹⁷³ ou negligência¹⁷⁴¹⁷⁵.

¹⁷⁰ LYRA, Afranio, **Responsabilidade civil**, Bahia, 1977, p. 30. *Apud* GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012. pp. 72 e 73.

¹⁷¹ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012. p. 79.

¹⁷² Falta de cuidado por conduta comissiva.

¹⁷³ Falta de habilidade técnica.

¹⁷⁴ Falta de cuidado por conduta omissiva.

¹⁷⁵ RESPONSABILIDADE CIVIL. NEGLIGÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR. PARALISIA OBSTÉTRICA. LESÃO CAUSADA NO MOMENTO DO PARTO. FALTA DE CUIDADOS E ACOMPANHAMENTO MÉDICO INDISPENSÁVEIS APÓS O DIAGNÓSTICO. DEVER DE INDENIZAR EXISTENTE. 1. PRELIMINAR DE NULIDADE DA SENTENÇA. Rejeito a preliminar de nulidade de sentença por cerceamento de defesa, com base no art. 243, parte final do CPC. 2. DO REGIME DE RESPONSABILIDADE. A responsabilidade do estabelecimento médico-hospitalar, mesmo sendo objetiva, depende da comprovação de que houve efetivamente uma falha na prestação de seus serviços. E isso ocorre pela prova da atuação culposa do médico ou de algum outro preposto do hospital. 3. DO CASO CONCRETO. A prova pericial revelou que houve negligência dos prepostos do hospital que prestaram atendimento ao autor, por ocasião de seu nascimento. Após o parto, foi feito o diagnóstico de paralisia obstétrica decorrente de lesão no plexo braquial. Essa lesão, se não for adequadamente tratada desde o início da vida do bebê, faz com que a pessoa sofra restrições motoras nos membros superiores. No caso dos autos, a negligência vem introduzida justamente pela circunstância de que os prepostos do hospital fizeram o diagnóstico da lesão logo após o parto, porém, deram alta ao bebê, sem enfatizar e informar sobre a indispensabilidade de acompanhamento médico e outras medidas terapêuticas necessárias. Hoje, anos após a lesão havida no parto, a vítima apresenta restrição irreversível nos membros superiores. Daí a caracterização do ato ilícito civil. 4. Mantido o julgamento de parcial procedência do pedido indenizatório.

Em nota de rodapé consta o caso de uma negligência no momento do parto que resultou em restrições irreversível nos membros superiores da vítima, o que caracterizou o ilícito civil, de que condenou em dever de indenizar.

Com isso, a responsabilidade civil do profissional da Medicina deriva da culpa no sentido amplo, esta engloba o dolo, ou seja, a vontade premeditada de causar dano, e a culpa em sentido estrito, ambos também previstos no Direito Penal. Inicialmente, há que se verificar a real ocorrência de algum dano ao paciente. Entende-se por dano a ofensa a bens ou interesses alheios protegidos pela ordem jurídica; resumidamente, há uma afronta à norma jurídica, há o caráter de antijuridicidade e um prejuízo¹⁷⁶.

Sendo a responsabilidade médica subjetiva e ainda facultando ao juiz inverter o ônus da prova com fundamento no artigo 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor¹⁷⁷, ainda é um problema para o paciente, tendo em vista que quem elabora os prontuários foram eles mesmos ou enfermeiros¹⁷⁸.

PRELIMINAR REJEITADA. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. Apelação Cível Nº 70037514452, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Iris Helena Medeiros Nogueira, Julgado em 25/08/2010.

¹⁷⁶ UDELSMANN, Artur. **Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos**. Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas, SP. Revista da Associação de Medicina Bras 2002; 48(2): 172-82.

¹⁷⁷ Tribunal de Justiça de São Paulo: “*Erro médico – Inversão do ônus da prova – Saneador que afasta preliminar de ilegitimidade passiva e que, ao inverter os ônus da prova em ação de ressarcimento de danos por erro médico, não só valoriza a função do Judiciário no quesito ‘perseguição da verdade real’, como faz absoluto o princípio da igualdade substancial das partes, suprimindo a inferioridade da parte hipossuficiente (artigos 125, I, do CPC; 5º, LV, da Constituição Federal; e 6º, VIII, da Lei n. 8.078/90)” (AgI 099.305.4-6-SP, 3ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Ênio Zuliani, j. 2-3-1999)*

¹⁷⁸ AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO - ACORDO INICIAL - DILATAÇÃO DE PRAZO PEREMPTÓRIO - IMPOSSIBILIDADE - CONTESTAÇÃO A DESTEMPO - EXTINÇÃO DA PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO - SUCESSÃO PROCESSUAL PELO ESTADO DE SANTA CATARINA NA FASE EM QUE SE ENCONTRA - DESNECESSIDADE DE RENOVAR A CITAÇÃO - INAPLICABILIDADE DOS EFEITOS DA REVELIA - DIREITOS DA FAZENDA PÚBLICA INDISPONÍVEIS - INTELIGÊNCIA DO INC. II DO ART. 320 DO CPC - NECESSIDADE DE DILAÇÃO PROBATÓRIA. AÇÃO DE REPARAÇÃO CIVIL - MENOR SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA - DIAGNÓSTICO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL (PCA) - LESÃO AÓRTICA - NECESSIDADE DE CLAMPEAMENTO PARA SUA CORREÇÃO - SEQÜELAS ADVINDAS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E EM QUASE SUA TOTALIDADE IRREVERSÍVEIS. MÉDICO PERTENCENTE AO CORPO CLÍNICO DE HOSPITAL PÚBLICO - TRATAMENTO JURÍDICO DIVERSO DESLOCADO PARA O ÂMBITO DO DIREITO PÚBLICO ESPECIFICAMENTE ADMINISTRATIVO - DESNECESSIDADE DE AVERIGUAÇÃO DA CULPA - RESPONSABILIDADE OBJETIVA - NEXO CAUSAL DEMONSTRADO À SACIEDADE - INOCORRÊNCIA DE CASO FORTUITO, FORÇA MAIOR OU CULPA EXCLUSIVA DA VÍTIMA - INDENIZAÇÕES MORAL E MATERIAL DEVIDAS - OBRIGAÇÃO PELO ESTADO DE SANTA CATARINA DE PRESTAR TRATAMENTO ADEQUADO PARA A REABILITAÇÃO APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA - PENSÃO DEVIDA À VÍTIMA ENQUANTO NÃO OCORRER A RECUPERAÇÃO OU ATÉ ENQUANTO VIVER - RECURSO PROVIDO - DESPROVIMENTO DA REMESSA. Impossível é a redução ou a prorrogação de prazo peremptório pela convenção das partes, como é o da contestação, ex vi do art. 182 do CPC. Embora revel, não se pode aplicar os efeitos da revelia contra a Fazenda Pública, porque indisponíveis seus direitos - inc. II do art. 320 do CPC. "É sempre difícil apurar-se, no pretório, responsabilidade médico hospitalar; a prova fica na dependência dos relatórios de enfermagem e das anotações e prescrições médicas, bem como nos laudos de peritos médicos que podem estar inconscientemente dominados pelo *sprit de corps*. Resta pouca margem de prova aos testemunhos leigos, de regra, incompetentes, ou impressionados. Acresce que a medicina não é ciência exata, e a arte de curar

Carlos Roberto Gonçalves leciona nesse sentido:

A realidade, entretanto, é que se tem procurado fundamentar a responsabilidade na ideia de culpa mas, sendo esta insuficiente para atender às imposições do progresso, tem o legislador fixado os casos especiais em que deve ocorrer a obrigação de reparar, independentemente daquela noção. É o que acontece no direito brasileiro, que se manteve fiel à teoria subjetiva no art. 186 do Código Civil. Para que haja responsabilidade, é preciso que haja culpa. A reparação do dano tem como pressuposto a prática de um ato ilícito. Sem prova de culpa, inexistente a obrigação de reparar o dano¹⁷⁹.

Apesar do médico responder apenas por responsabilidade subjetiva que decorre de culpa, ele tem para com seu cliente o dever de lhe informar sobre os procedimentos os quais ele será submetido, com previsão expressa no artigo 31 do Código de Defesa do Consumidor¹⁸⁰. O que não ocorre em muitos casos de violência obstétricas, pois no momento em que deveriam alertar a mulher sobre os riscos que ela corre, se é uma gestação de risco os profissionais da saúde mantêm discurso lacônico. Explica-se.

Há parte da classe obstétrica que defende o uso da episiotomia, dizendo que em certos casos é meio mais adequado para assegurar a vida do bebê e até de certa forma a integridade

requer muitas vezes, dom divino" (CF René Savetier de La Responsabilite Civile, 2a ed., T. II, n. 778, in voto vencido Desembargador Geraldo Roberto, TJSP, RJTJ, SP, 61/180). "A prova de regularidade do comportamento, está em mãos do hospital, que deve sempre cuidar de ser preciso nos relatórios, fichas de observação, controle, tratamento, remédios ministrados e tudo o mais que possa ilustrar cada aspecto. Seria absurdo que o paciente houvesse de ter o ônus da prova de que as falhas do hospital, foram mesmo falhas e não presunção de inexistência de culpa. Na análise global dos elementos probatórios, também as falhas indicativas do acompanhamento de cada caso pelo hospital responsável"(voto vencedor Desembargador Vila da Costa, TJSP, RJTJ, SP, 61/180)."... quando a saúde e a vida humana estão em jogo, o descuido mais leve, adquire uma dimensão especial que lhe confere uma singular paridade. Não há no caso, lugar para culpar 'pequenas' (cf. Felix A. Trigo Regasas, Responsabilidade Civil de los profesionales, Buenos Aires, Ed. Astra, 1978, pág. 15). "Na responsabilidade objetiva, ou pelo risco, prescinde-se de indagações sobre a culpa do responsável: basta que o dano tenha acontecido durante a atividade realizada no interesse ou sob seu controle. Aqui, a imputação do ato ou fato lesivo ao responsável tem por base não a culpa, mas o risco que ele próprio criou, ou que, pelo menos, acontece dentro da sua esfera de ação (Responsabilidade civil de pessoas jurídicas (em especialidades) e de seus administradores, por atos destes" (Professor Fernando Noronha, in Revista da Escola Superior da Magistratura, v. II, Florianópolis : Obra Jurídica, 1996, pág. 70). Ao não se evidenciar um fato imprevisível, irresistível e externo, porque o clampeamento aórtico está amplamente divulgado e fartamente documentado pela medicina, descaracterizado está o caso fortuito ou de força maior, ainda que tenha o profissional laborado sem culpa, com conduta lícita, todos os cuidados necessários, prudência e diligência em todas as etapas de sua atuação e com as melhores técnicas. A pensão vitalícia, faz-se devida, pois apesar de a vítima (menor) ter sido adotada, necessita de acompanhamento integral e, mesmo quando adulta, as seqüelas se não impedirão totalmente o exercício laborativo, dificultarão e criarão adversidades, que no mais das vezes se traduzem em baixa ou inexistente remuneração pelo trabalho. Os danos psíquicos e sensoriais decorrentes de ato injusto que a vítima experimenta são indenizáveis como dor moral, embora não sirvam para apagá-la. A indenização por dano moral deve representar uma penalidade ao infrator, servindo de reprimenda para que se evite ao máximo a repetição do fato lesivo; ao mesmo tempo não pode causar enriquecimento sem causa. (TJ-SC, Relator: Alcides Aguiar, Data de Julgamento: 31/08/2000, Primeira Câmara de Direito Público)

¹⁷⁹ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012. p. 80.

¹⁸⁰ **Art. 31.** A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.

da mãe, contudo só avisam a mulher que já havia pedido aos médicos para que eles que não realizassem a episiotomia, na sala de parto, onde ela não poderia de nenhuma forma se defender daquilo. Isso afronta circunstancialmente o dever de informação que os médicos devem aos seus pacientes.

Além de afrontar o dever de informação, abre precedentes para o que chama a doutrina de abuso do direito, que também gera o dever de indenizar, conforme leciona Carlos Roberto Gonçalves:

A doutrina do abuso do direito não exige, para que o agente seja obrigado a indenizar o dano causado, que venha a infringir culposamente um dever preexistente. Mesmo agindo dentro do seu direito, pode, não obstante, em alguns casos, ser responsabilizado¹⁸¹.

Com isso, “também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes”¹⁸².

Inclusive, nos casos em que coloque em risco a vida do paciente o Código Civil dispõe em seu artigo 15, que: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

Novamente Carlos Roberto Gonçalves aduz:

A regra obriga os médicos, nos casos mais graves, a não atuarem sem prévia autorização do paciente, que tem a prerrogativa de se recusar a se submeter a um tratamento perigoso. A sua finalidade é proteger a inviolabilidade do corpo humano. Vale ressaltar, *in casu*, a necessidade e a importância do fornecimento de informação detalhada ao paciente sobre o seu estado de saúde e o tratamento a ser observado, para que a autorização possa ser concedida com pleno conhecimento dos riscos existentes¹⁸³.

Cita-se em nota de rodapé mais um pleito de responsabilidade civil, ocasião em que um erro médico na contagem da idade gestacional, aliado a falha no dever de informar que cominou em parto prematuro em hospital que não dispunha de CTI neonatal, diante disso o bebê veio a óbito, restando evidente o dever de indenizar¹⁸⁴.

¹⁸¹ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012. p. 177.

¹⁸² Artigo 187 do Código de Defesa do Consumidor.

¹⁸³ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012. p. 1004.

¹⁸⁴ APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO. ERRO NA CONTAGEM DA IDADE GESTACIONAL. REALIZAÇÃO DE PARTO PREMATURO EM HOSPITAL QUE NÃO DISPUNHA DE CTI NEONATAL. COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA RECÉM-NASCIDA. MEMBRANA HIALINA. ÓBITO. FALHA NO DEVER DE INFORMAR. DESRESPEITO À AUTONOMIA DA VONTADE. DANO MORAL CONFIGURADO. DEVER DE INDENIZAR. Falha na prestação do serviço médico em razão de erro cometido por obstetra que, ao se equivocar no cálculo da idade gestacional da autora, antecipou o parto, mediante a realização de cesariana, sem considerar

Antes de encerrar, pertinente é destacar que a obrigação por parte do médico é subjetiva, todavia, a obrigação do hospital é objetiva, cabendo no máximo para o hospital uma ação de regresso em face do médico que tenha causado o dano a parturiente e seus familiares.

Nesse sentido, Carlos Roberto Gonçalves cita Antônio Herman de Vasconcellos e Benjamin que diz:

Profissional liberal há que se entender o prestador de serviço ‘solitário, que faz do seu conhecimento uma ferramenta de sobrevivência’. A exceção – prossegue – aplica-se, por conseguinte, apenas ao próprio profissional liberal, não se estendendo às pessoas jurídicas que integre ou para as quais preste serviço. O Código é claro ao asseverar que só para a ‘responsabilidade pessoal’ dos profissionais liberais é que se utiliza o sistema alicerçado em culpa. Logo, se o médico trabalhar para um hospital, responderá ele apenas por culpa, enquanto a responsabilidade civil do hospital será apurada objetivamente¹⁸⁵.

Vimos que na seara do direito civil a responsabilização do médico ainda que de difícil caracterização, em virtude da necessidade de culpa e sua comprovação, todavia ainda é mais vista do que a responsabilização de um médico em matéria de direito penal. No direito civil já temos posicionamentos importantes dos tribunais superiores no sentido de determinar a responsabilidade objetiva para os hospitais e subjetiva para os médicos, bem como a possibilidade de responsabilizar o Estado por atos omissivos de seus agentes¹⁸⁶, tendo em vista que o Estado tem o dever de vigiar sua inércia lhe custa o dever de indenizar.

Nesse sentido é o que leciona José Cretella Júnior:

Omitindo-se, o agente público também pode causar prejuízos ao administrado e à própria administração. A omissão configura a culpa ‘in omittendo’ e a culpa ‘in vigilando’. São casos de ‘inércia’, casos de ‘não atos’. Se cruza os braços ou se não

os riscos decorrentes do nascimento prematuro do bebê, que veio a falecer em decorrência de complicações respiratórias. Recém-nascido que, em razão da prematuridade, apresentou deficiência respiratória e por isso necessitava de atendimento em CTI neonatal, que não havia no hospital demandado. Necessidade de remoção um dia após o nascimento para outra unidade hospitalar, tendo lá desenvolvido infecções que levaram ao óbito. Ao avaliar que a gestante estava com 39 semanas, a médica antecipou o parto sem considerar a falta de condições de o hospital abrigar recém-nascido que, na realidade, contava com 36 semanas de gestação. Ausência de comprovação de esclarecimentos que deveriam ter sido prestados à autora acerca dos riscos da doença diagnosticada e do nascimento prematuro do bebê. Desrespeito à autonomia da vontade, que, aliado à comprovação do erro de avaliação da médica e o nexo de causalidade entre o nascimento prematuro e o óbito do recém-nascido, configuram o dever de indenizar. Responsabilidade objetiva do hospital pela falha do serviço por médico integrante de seu corpo clínico. [...]. DERAM PROVIMENTO À APELAÇÃO. Apelação Cível Nº 70056595937, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: André Luiz Planella Villarinho, Julgado em 14/05/2014.

¹⁸⁵ BENJAMIN, Antonio Herman de Vasconcellos. Comentários ao Código de Proteção ao Consumidor, p. 79-80. *Apud* GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012. p. 1014.

¹⁸⁶ Houve alteração da Constituição de 1988, em relação à anterior, no tocante à responsabilidade civil da Administração Pública. Estendeu-se essa responsabilidade, expressamente, às pessoas jurídicas de direito público e às de direito privado, prestadoras de serviços públicos. E substituiu-se a expressão “funcionários” por outra mais ampla: “agentes”. Essas inovações trouxeram à discussão dois temas ainda não inteiramente pacificados no âmbito do direito público: o de serviço público e o de agente público. GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012. p. 472.

vigia, quando deveria agir, o agente público omite-se, empenhando a responsabilidade do Estado por 'inércia' ou 'incúria' do agente. Devendo agir, não agiu. Nem como o 'bonus pater familiae', nem como o 'bonus administrator'. Foi negligente, às vezes imprudente e até imperito. Negligente, se a solércia o dominou; imprudente, se confiou na sorte; imperito, se não previu as possibilidades da concretização do evento. Em todos os casos, culpa, ligada à ideia de inação, física ou mental¹⁸⁷

3.2 Responsabilidade penal

Ante de qualquer coisa, deve-se ficar claro que a intenção não é criminalizar condutas médicas e dos demais profissionais da saúde, a única intenção é estudar as possibilidades de responsabilização do médico no âmbito do direito penal.

É sabido de todos, a grande relevância dessa profissão em nossa sociedade, contudo, quando houver abusos cometidos, é necessário que haja uma resposta pelos diversos ramos que cuidam da sociedade, seja do direito, da sociologia, da psicologia e até mesmo da medicina como educação a ponto de rever suas grades curriculares e inserir nelas disciplinas mais sociais.

Voltando ao tema responsabilidade do médico, a responsabilidade criminal do médico é extremamente difícil de ser comprovada, mas que deve ser analisadas bem a fundo para que não haja protecionismo de uma determinada classe profissional em detrimento de uma sociedade.

Nesse sentido Núria Derviche Prates e Marcelo Marquardt dizem que:

A responsabilidade criminal do médico, decorrente de atos cometidos no exercício de sua atividade profissional, invariavelmente configura questão de difícil solução. Apesar de representarem apenas uma pequena fatia do montante de ações judiciais que envolvem a questão da responsabilidade médica, as de cunho criminal não podem ser ignoradas, pois são várias as situações que podem tipificar uma conduta mantida nesse campo de atuação¹⁸⁸.

Como foi dito na introdução desse tópico, a intenção não é “responsabilizar criminalmente o médico infrator não significa perseguir bons profissionais, nem tampouco reprimir erros humanos compreensíveis e escusáveis. Significa, sim, um direito da sociedade e um dever do Estado¹⁸⁹”.

Já que há em nosso ordenamento jurídico algumas possibilidades de tipificação da conduta do médico, tais possibilidades devem ser analisadas.

São crimes próprios de acordo com o Código Penal a violação de segredo

¹⁸⁷ CRETELLA, José Jr. **Tratado de direito administrativo**, 1 ed., Ed. Forense, vol. 8, p.210.

¹⁸⁸ PRATES, Núria Derviche Prates, Marcelo Marquardt. **A responsabilidade penal do médico e o processo penal**. p.241. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-241.pdf>.

¹⁸⁹ PRATES, Núria Derviche Prates, Marcelo Marquardt. **A responsabilidade penal do médico e o processo penal**. p.241. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-241.pdf>.

profissionais; omissão de notificação de doença contagiosa; o exercício ilegal da medicina e a falsidade de atestado médico. Apesar de estar fora do Código Penal, o crime que analisaremos em espécie é o previsto no artigo 229 do Estatuto da Criança e do Adolescente que traz a previsão de que deixar o médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante de identificar corretamente o neonato e a parturiente, por ocasião do parto, bem como deixar de proceder aos exames previstos no art. 10 desta Lei, está sujeito a pena de detenção de seis meses a dois anos. Sendo o crime culposo, a pena poderá ser de dois a seis meses, ou multa.

Segundo Feliciano Pontes Júnior¹⁹⁰, o objeto jurídico do crime é a correta identificação materno-infantil, sendo sujeito passivo a pessoa identificada de forma incorreta, mesmo que passado o período puerperal e a o bebê tenha passado da fase recém-nascido, ambos mantêm-se como titulares dessa proteção, justamente porque os efeitos dessa troca terá efeitos para o restante de suas vidas.

Já na segunda parte do citado dispositivo legal, diz que haverá crime quando não for ofertado ao recém-nascido os exames e procedimentos que visem o "diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido" (art. 10, III, do ECA), cujo resultado deve constar na declaração de nascimento fornecida à parturiente ou a seu responsável, por ocasião da alta médica, sob pena de ser enquadrado o agente no art. 228 do Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁹¹.

Além dos crimes supracitados, o médico também pode incorrer em outras tipificações, como por exemplo, homicídio culposo.

Todavia, não há uma jurisprudência consolidada neste quesito, sendo muitas vezes arquivados os inquéritos que apuram possíveis ilícitos penais de médicos, principalmente os relacionados à obstetrícia e ginecologia.

Nesse sentido são os julgados:

ERRO MÉDICO. INTERCORRÊNCIA EM PARTO QUE CULMINOU COM A PERDA DO ÚTERO DA PARTURIENTE E SOFRIMENTO DO NASCITURO. ANALISADO O PRONTUÁRIO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, NÃO SE VERIFICOU ERRO QUE JUSTIFIQUE A INSTAURAÇÃO DE UMA AÇÃO PENAL. ARQUIVAMENTO POR FALTA DE JUSTA CAUSA. ARQUIVAMENTO HOMOLOGADO. Súmula nº 21 do CICCR – ERRO MÉDICO. AUSÊNCIA DE RELAÇÃO DE CAUSALIDADE. Não comprovada a relação de causalidade entre o fato alegado e o resultado, à vista do contido nos autos, não há que se falar em crime culposo decorrente de erro médico. Súmula nº 22 do CICCR – erro médico.

¹⁹⁰PONTES, Feliciano Jr. **ECA- Comentado: Artigo 229/Livro 2- Tema: Dos Crimes**. Disponível em:<http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/eca-comentado-artigo-229livro-2---tema-dos-crimes>

¹⁹¹PONTES, Feliciano Jr. **ECA- Comentado: Artigo 229/Livro 2- Tema: Dos Crimes**. Disponível em:<http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/eca-comentado-artigo-229livro-2---tema-dos-crimes>

inocorrência de culpa. Não comprovada a ocorrência de imperícia, imprudência ou negligência nas práticas médicas adotadas, não há que se falar em crime culposo decorrente de erro médico. (PIC nº 08190.030476/10-51)¹⁹².

No caso supracitado, o Ministério Público entendeu que não houve relação de causalidade entre o parto e a perda do útero pela paciente, bem como não se verificou dos prontuários a ocorrência de erro médico, desse modo, requereu o arquivamento por ausência de justa causa.

O Ministério Público quando recebe o inquérito policial pode formular denúncia; requer mais diligência; ou pode de plano requerer o arquivamento para o Juiz, desde que fundamentado o pedido de arquivamento. É comum é hipóteses de manifesta atipicidade, ocorrência de causas extintivas da punibilidade, falta de materialidade, dentre outras o Ministério Público optar pelo arquivamento, frisa-se que há corrente que discorda, fundamentando que há situações em que o investigado tenha agido sob a égide de excludente de ilicitude ou de culpabilidade, pois acreditam que elas devem ser enfrentadas pelo juiz em esfera judicial, por sentença, ou até mesmo em julgamento antecipado do processo, conforme previsão dos artigos 397 e 415 do Código de Processo Penal.

Outro julgado:

EMENTA: ERRO MÉDICO. SUSPEITA DE ERRO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE EM ATENDIMENTO PRESTADO A PACIENTE QUE DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DE SÃO SEBASTIÃO APRESENTANDO DORES ABDOMINAIS. DIAGNÓSTICO DE PROBLEMA RENAL. PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO E LIBERAÇÃO DO PACIENTE, QUE MOMENTOS DEPOIS RETORNOU AO NOSOCÔMIO DESFALECIDO E VEIO A ÓBITO. CAUSA DA MORTE ATESTADA COMO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. REGISTRO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA 30ª DP PARA APURAR A CONDUTA DO MÉDICO. NECROPSIA DETERMINANDO COMO CAUSA DA MORTE SEPTICEMIA DECORRENTE DE PNEUMONIA. ADOÇÃO DE CONDUTAS ACEITÁVEIS PELA LITERATURA MÉDICA, EM VISTA DO QUADRO APRESENTADO PELO PACIENTE AO SER EXAMINADO E DIANTE DA FALTA DE RECURSOS TECNOLÓGICOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO NA UNIDADE MISTA. PRESENÇA DE PATOLOGIA RENAL CONSTATADA NO EXAME NECROSCÓPICO. INEXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O ATENDIMENTO MÉDICO DISPENSADO AO PACIENTE E A SUA MORTE. AUSÊNCIA DE CRIME A SER PROCESSADO. APLICAÇÃO DAS SÚMULAS Nº 21 E Nº 22 DO CICCR. HOMOLOGAÇÃO DO ARQUIVAMENTO. SÚMULA Nº 21: ERRO MÉDICO. AUSÊNCIA DE RELAÇÃO DE CAUSALIDADE. Não comprovada a relação de causalidade entre o fato alegado e o resultado, à vista do contido nos autos, não há que se falar em crime culposo decorrente de erro médico. (antiga súmula 14) SÚMULA Nº 22: ERRO MÉDICO. INOCORRÊNCIA DE CULPA. Não comprovada a ocorrência de imperícia, imprudência ou negligência nas práticas médicas adotadas, não há que se falar em crime culposo decorrente de erro médico. (antiga súmula 15)¹⁹³.

Como foi dito no tópico de responsabilidade civil, a grande dificuldade em comprovar

¹⁹² Disponível: http://www.mpdft.mp.br/pdf/unidades/camaras/Informativos_crim1/Informativojulgados14.pdf.

¹⁹³ Disponível: http://www.mpdft.mp.br/pdf/unidades/camaras/Informativos_crim1/Informativojulgados14.pdf.

a violação de bens jurídicos tutelados pelo direito penal por médicos e profissionais da saúde é que os prontuários que servem como provas são lavrados por eles mesmos. Com isso, há o arquivamento dos autos, pois entendem as searas criminais, cíveis e administrativas são independentes e autônomas, não havendo vinculação automática entre elas, razão pela qual ainda que não haja responsabilidade administrativa pelo fato, isso não impede responsabilização em outra esfera de aferição da mesma conduta.

Contudo, ao observar que o próprio Conselho Regional de Medicina não reconhece como imprudente/negligente/imperita a conduta de alguns médicos, com maior razão não se tem observado qualquer responsabilidade penal.

De modo que há arquivamento por total atipicidade na forma de proceder dos médicos, ocasião em que julgam não merecer, portanto, qualquer punição nesta esfera criminal. Entende-se, que por vezes suas condutas, sejam reprováveis, mas ainda não atingiu o âmbito do Direito Penal, devendo tal situação ficar restrita, no máximo, conforme dito acima, à seara administrativa e/ou cível.

Ademais, entende-se pelo caráter fragmentário do Direito Penal, ocasião em que não se pode conceber como crime, a conduta adotada por certos profissionais da saúde, pois tal disciplina deve agir em último caso, como apaziguador das tensões sociais, e, pelo que contata-se dos casos, sua atuação é totalmente desnecessária, destarte, caso haja alguma contenda judicial, a mesma deverá ficar restrita a outros ramos do Direito¹⁹⁴.

Há quem entenda que o médico pode se valer do instituto do estrito cumprimento do dever legal, tal instituto é uma excludente de ilicitude.

Causa excludente de ilicitude se traduz na possibilidade do agente realizar um fato típico, por força do desempenho de uma obrigação imposta por lei, de forma direta ou indireta, sendo assim, não há crime quando o agente pratica o fato no estrito cumprimento do dever legal, de acordo com o artigo 23, III, 1ª parte, do Código Penal. A excludente dirige-se aos funcionários ou agentes públicos, que agem por ordem da lei, uma vez reconhecida para o autor do fato, o partícipe e o coautor, em regra, também não podem ser responsabilizados¹⁹⁵.

Contudo, outro instituto se amolda melhor à situação, sendo o exercício regular de direito, pois não existe Lei que obrigue a atuação médica, contudo o que existe é o exercício de uma prerrogativa conferida a alguém, de um fato típico.

¹⁹⁴ BITTENCOURT, Cezar Roberto Código penal comentado / Cezar Roberto Bitencourt. — 7. ed. — São Paulo: Saraiva, 2012.

¹⁹⁵ CAPEZ, Fernando. Curso de direito penal, volume 1, parte geral : (arts. 1º a 120) / Fernando Capez. — 16. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012. p. 75.

Graf Zu Dohna¹⁹⁶, diz que “uma ação juridicamente permitida não pode ser, ao mesmo tempo, proibida pelo direito. Ou, em outras palavras, o exercício de um direito nunca é anti-jurídico”.

O artigo 5º, II, da Constituição Federal dispõe que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei.

O Código Penal por sua vez traz expresso em seu texto os casos específicos de exercício regular de direito, como a imunidade judiciária (CP, art. 142, I) e a coação para evitar suicídio ou para a prática de intervenção cirúrgica (art. 146, § 3º).

Nesse sentido:

Intervenções médicas e cirúrgicas: para a doutrina tradicional, há exclusão da ilicitude pelo exercício regular de direito. É indispensável o consentimento do paciente ou de seu representante legal. Ausente o mesmo, poderá caracterizar-se o estado de necessidade em favor de terceiro (CP, art. 146, § 3º, I). Desse modo, as lesões provocadas no paciente no decorrer do procedimento cirúrgico como meio necessário ao seu tratamento não configuram o crime em estudo, por ser um fato permitido pelo ordenamento jurídico; portanto, é lícita, por exemplo, amputação de membros (mãos, pés, pernas etc.), cortes na barriga etc. Do mesmo modo que na violência desportiva, concebemos o fato como atípico na intervenção cirúrgica, por influência da teoria da imputação objetiva. O Estado não pode dizer aos médicos que operem e salvem vidas e ao mesmo tempo considerar a cirurgia um fato descrito em lei como crime. A conduta é permitida e, se o é, não pode ser antinormativa¹⁹⁷.

Observa-se que o consentimento do ofendido é indispensável, salvo em casos de emergência ou nas hipóteses de caso fortuito e de força maior, quando estiver nessa situação existe a possibilidade do médico evocar o estado de necessidade em favor de terceiro.

3.3 Responsabilidade administrativa

A maioria dos profissionais têm seus conselhos, ordens, enfim entidades que exerçam a função de representar e de fiscalizar a atividade exercida pelo profissional de determinada categoria, do mesmo modo, são com os médicos e demais profissionais da saúde. Destarte, os médicos além de responderem em esfera cível e criminal por seus atos, também respondem administrativamente perante seus respectivos conselhos.

Segundo Augusto Pereira¹⁹⁸:

A responsabilidade não é um fenômeno exclusivo da vida jurídica, mas encontra-se em todos os domínios da sociedade. De forma simples, o termo responsabilidade

¹⁹⁶ DOHNA, Graf Zu. *Apud* Capez, Fernando. Curso de direito penal, volume 1, parte geral : (arts. 1º a 120) / Fernando Capez. — 16. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012. p. 78.

¹⁹⁷ CAPEZ, Fernando. Curso de direito penal, volume 1, parte geral : (arts. 1º a 120) / Fernando Capez. — 16. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012. p. 78.

¹⁹⁸ PEREIRA, Luiz Augusto. **Responsabilidade ética e o processo ético-profissional dos conselhos de medicina do Brasil**. Disponível em: <http://jornalvascularbrasileiro.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-237.pdf>.

tem a sua origem na palavra *response*, que significa “resposta”. A responsabilidade médica é baseada em atos profissionais e deve ser entendida como o dever do médico de responder pelos atos cometidos, enfrentando os seus efeitos.

Os Conselhos¹⁹⁹ apreciam as condutas dos profissionais médicos, ocasião em que dispõe o artigo 21, que o poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional, em que estavam inscritos ao tempo do fato punível, ou em que ocorreu, nos termos do art. 18, § 1º. Sendo que, a jurisdição disciplinar estabelecida neste artigo não derroga a jurisdição comum quando o fato constitua crime punido em lei.

As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros, previstas no artigo 22, são: a) advertência confidencial em aviso reservado; b) censura confidencial em aviso reservado; c) censura pública em publicação oficial; d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal.

Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave a imposição das penas obedecerá à seguinte gradação: a) Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de oficial ou em consequência de representação de autoridade, de qualquer membro, ou de pessoa estranha ao Conselho, interessada no caso; b) A deliberação do Comércio precederá, sempre, audiência do acusado, sendo-lhe dado defensor no caso de não ser encontrado, ou for revel; c) Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspenso salvo os casos das alíneas c , e e f , em que o efeito será suspensivo; d) Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que forem devidas; e) As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhadas da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

“Para concluir o Guia sobre erro médico resume da seguinte forma:

“A sindicância, que é conduzida pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais, pode resultar em:

1. arquivamento da denúncia, caso se conclua pela inexistência de indícios do cometimento de infração ética por parte do médico; 2. homologação de acordo entre denunciante e denunciado; 3. instauração de processo ético disciplinar, caso sejam constatados indícios de infração ética. Da decisão que determinar o arquivamento da sindicância cabe recurso, no prazo de 30 dias, para as Câmaras de Sindicância do

¹⁹⁹“Os Conselhos de fiscalização do exercício profissional foram tradicionalmente definidos como autarquias federais, pois exercem atividade que, em princípio, seria do Estado. Assim, a Lei 3,268/57, que instituiu os Conselhos Federais e Regionais de Medicina, define-os como autarquias dotadas de autonomia administrativa e financeira (art. 1º), gozando de personalidade jurídica de direito público”.

Conselho Federal de Medicina²⁰⁰”.

Insta salientar, que pode haver conciliação de denúncias de possíveis infrações ao Código de Ética Médico, bem como pode haver reabilitação, decorridos 05 (cinco) anos após o cumprimento da pena.

Na grande maioria não há punição para médicos, nem em esferas administrativas, tampouco em esferas judiciais, o que tem maior efetividade no judiciário são as indenizações decorrentes da esfera cível, mesmo assim, a reparação que a mulher sofre não tem o quinhão de fazer com que tudo volte como era antes dos abusos (*status quo ante*). A luta não é por indenização, é para que outras mulheres nem seja submetida a qualquer humilhação.

Com relação a competência dos Conselhos, o mais vantajoso é pensar em uma formação mais humana do que girar em torno de penas.

3.4 Princípios da bioética

O valor vital é extremamente zelado, desse modo à importância da bioética.

O conceito terminológico de bioética é ética da vida, Cunha²⁰¹ conceitua como sendo a ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações”.

São princípios da bioética o respeito à autonomia; a beneficência; não maleficência; justiça e equidade.

Entende-se por respeito à autonomia a observância das disposições de vontades das parturientes. Beneficência é a obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo, enquanto justiça e equidade é tratar todas as pessoas com a mesma consideração e carinho, sem distinção de situação socioeconômica, cultural, étnica, orientação sexual, religião, profissão²⁰².

²⁰⁰IDC. **Guia sobre erro médico – orientações ao consumidor**. Disponível em: http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/guia_erro_medico.pdf

²⁰¹ LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J.T. (Coords.). **Dicionário de Bioética**. *Apud* Cilene Rennó Junqueira. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. São Paulo, 2011. p. 8.

²⁰² BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), p. 33.

CONCLUSÃO

Inicialmente, deve-se consignar que a intervenção cirúrgica se faz necessária em nossas vidas, diferente não seria no momento do parto, em momentos que um bem jurídico de menor valor estiver em confronto com um bem jurídico tutelado de suma importância, como por exemplo, a vida, nos é permitido optar pela vida.

O trabalho não teve a pretensão de taxar a parturiente como vítima em todos os procedimentos, muito menos rechaçar a evolução técnica que batem as portas das maternidades, de forma alguma. O objetivo é demonstrar que a mulher tem direito de expressar sua vontade sempre que condizente com seu estado clínico.

Os direitos de liberdade, autonomia e informação devem ser garantidos à todas as mulheres em trabalho de parto, pré-natal e puerpério, e também as mulheres que perderam seus filhos.

Verificou-se no trabalho que alto número de cesáreas em hospitais particulares também é uma forma de violência, pois algumas vezes as mulheres são induzidas ao parto sem lhe ser ofertado o parto natural.

Da mesma forma viram-se nos hospitais públicos que as reclamações mais recorrentes se dão no sentido de serem submetidas a um longo período de espera, bem como falas pejorativas, pela recorrência de determinada mulher no serviço de atendimento ao parto.

Com relação a hospitais universitários, a grande queixa é ausência de privacidade e de informações, algumas mulheres se sentiam tratadas como um mero objeto de aprendizagem, não rara às vezes em que, de tanto, serem submetidas à exames com fins didáticos, ficaram machucadas.

Uma alternativa a todos esses abusos, é a humanização no parto. No Brasil, os estudos mostram que a presença de enfermeiras obstetras reduz o excesso de cesarianas desnecessárias, chegando a uma redução de 78%, em maternidades onde os partos são assistidos por enfermeiros ou obstetras, conforme apontou a pesquisa feita pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Inclusive, a Organização Mundial da Saúde - OMS reconhece que os enfermeiros obstetras desempenham de forma mais adequada e com menor custo à assistência aos partos normais²⁰³.

A humanização do parto é conveniente não só para os que necessitam desse trabalho, mas é vantajosa também para o Estado, pois reduz o número de natimortos, o número de

²⁰³ BATAHA, Elisa. **O lugar das enfermeiras e obstetras**. Revista RADIS. 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/148/reportagens/o-lugar-das-enfermeiras-e-obstetras>.

mulheres que necessitam de UTI, bem como os bebês que também necessitariam, para isso a política de humanização conhecida como rede cegonha tem sido difundida em todo território brasileiro.

Outros meios que também auxiliariam a defesa dos direitos das parturientes é a criação ou efetivação de canais de comunicação, onde as mulheres pudessem esclarecer seus direitos e os procedimentos pelos quais possivelmente seriam submetidas.

Importante é pensar na educação como um meio preventivo, por isso, seria interessante a implantação nos cursos que formam profissionais da saúde, matérias voltadas para comunicação, sexualidade, gênero e a saúde, podendo ser a sociologia da saúde, ao fazer isso estariam evitando uma serie de transtornos.

Conclui-se que além da repressão devem ser observados meios preventivos, pois a exemplo da ineficácia de normas já positivadas, temos a lei do acompanhante, que em vários locais é desrespeitada, por falar em acompanhante, será que existe violência contra o (a) acompanhante da mulher ao proibir o acompanhamento na hora do parto?

REFERÊNCIAS

AGMONT, Giuliano. **Hormônios da gravidez: Entenda de que maneira eles oscilam durante a gestação e saiba como lidar com as profundas mudanças que acarretam no seu corpo.** Disponível em: <http://mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/hormonios-da-gravidez>.

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero** / Janaína Marques de Aguiar. -- São Paulo, 2010.

AVANCINI, Helena Braga. **A dignidade da pessoa humana e a incorporação do direito internacional dos direitos homem no direito interno luso-brasileiro.** A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A INCORPORAÇÃO DO DIREITO INTERNACIONAL - ISSN ELETRÔNICO 2316-8080. 2008.

BALOGH, Giovanna. **Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade.** Disponível em: www.fiocruz.com.br.

BARAZAL, Neuza Romero. **Sobre violência e ser humano in *Convenit Internacional 15 mai-ago 2014 Cemoroc-Feusp / Ppger-Umesp / IJI*** – Univ. do Porto. 2014.

BARROSO, Luís Roberto Barroso. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida.** Disponível em: http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/themes/LRB/pdf/a_morte_como_ela_e_dignidade_e_autonomia_no_final_da_vida.pdf.

BASBAUM, Cláudio. **Episiotomia: Entenda quando o corte do períneo é mesmo necessário no parto normal.** Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/familia/materias/18403-episiotomia-entenda-quando-o-corte-do-perineo-e-mesmo-necessario-no-parto-normal>.

BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas.** Trad. José Cratella Júnior e Agnes Cretella. 2.ed. 2.tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

BENJAMIN, Antonio Herman de Vasconcellos. Comentários ao Código de Proteção ao Consumidor, p. 79-80. *Apud* GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil** / Carlos Roberto Gonçalves. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012.

BOBBIO, Norberto, Teoria geral da política. A filosofia política e as lições dos clássicos. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Editora Campus. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BUGLIONE, Samantha. **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/reprodu%C3%A7%C3%A3o-e-sexualidade-uma-quest%C3%A3o-de-justi%C3%A7a>

CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Relatório Anual 2000. Caso nº 54/01**. Disponível em: http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/299_Relat%20n.pdf.

COSTA, Edina Silva et al. **Alterações Fisiológicas na Percepção de Mulheres Durante a Gestação**. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf.

CRETELLA, José Jr. **Tratado de direito administrativo**, 1 ed., Ed. Forense, vol. 8, 2000.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência Obstétrica: Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Brasília. Junho/2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. p. 37.

DIMOULIS, Dimitri. **Dicionário brasileiro de direito constitucional / coordenador- geral Dimitri Dimoulis**. — 2. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012.

DINIZ, Simone G. e Alessandra S. Chacham. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf.

FISCHER, Bruno. **Bebês e Gravidez - Ponto de Vista Alterações fisiológicas durante a gestação**. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=1266.

GAGLIANO, Pablo Stolze. **Novo curso de direito civil, volume 3: Responsabilidade civil / Pablo Stolze Gagliano, Rodolfo Pamplona Filho**. — 10. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo : Saraiva, 2012.

GIRARD, René. **A violência e o Sagrado in A vítima expiatória redescoberta**. São Paulo. Revista Eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo (NEPP) da Escola Superior de Teologia. Volume 03, jan.-abr. de 2004 – ISSN 1678 6408.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil / Carlos Roberto Gonçalves**. – 14. ed. - São Paulo. Saraiva, 2012.

GOTTSCHALL, Cam. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois**. Porto alegre: Ed. Conselho Regional de Medicina; 2007. APUD OLIVEIRA, Mariana Silva de. **A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética / Mariana Silva de Oliveira**. Salvador: 2013.

Guia sobre erro médico – orientações ao consumidor . Disponível em: http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/guia_erro_medico.pdf.

HANAMI. **A História do Parto**. Disponível em: <http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/>.

LAZZERI, Tais e Harum Viscontie. **Violência obstétrica: por que as mulheres ficam sozinhas no parto? A lei do acompanhante antes durante e depois do parto completou dez anos em abril. Mas segue descumprido nas maternidades** Disponível em: <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/violencia-obstetrica-por-que-mulheres-ficam-sozinhas-no-parto.html>.

LOSSO, Renata. **Depoimento sobre parto natural: “Você se sente como um bicho, mesmo”**. <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-05-08/depoimento-sobre-parto-natural-voce-se-sente-como-um-bicho-mesmo.html>.

LYRA, Afranio, **Responsabilidade civil**, Bahia, 1977, p. 30. *Apud* GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade civil / Carlos Roberto Gonçalves*. – 14. ed. - São Paulo : Saraiva, 2012.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa, 1941-**Rezende, obstetrícia** / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. – 11 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa, 1941-**Rezende, obstetrícia** / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. – 11 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MUNIZ, Maia de Vasconcelos, Ruth Machado Barbosa. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?**. Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8.

NOVELINO, Marcelo .**Manual de direito constitucional / Marcelo Novelino**. – 9. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO , 2014.

NOVELINO, Marcelo. **Manual de direito constitucional / Marcelo Novelino**. – 9. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO , 2014.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 2ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

OLIVEIRA, Mariana Silva de. **A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética** / Mariana Silva de Oliveira. Salvador: 2013.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA, 2008.

PEREIRA, Luiz Augusto. **Responsabilidade ética e o processo ético-profissional dos conselhos de medicina medicina do Brasil**. Disponível em:<http://jornalvascularbrasileiro.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-237.pdf>.

PEREZ, Luño. *Apud* DIMOULIS, Dimitri. Dicionário brasileiro de direito constitucional / coordenador- geral Dimitri Dimoulis. — 2. ed. — São Paulo : Saraiva,2012.

FIOCRUZ. Pesquisa Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/10/infografico_6.pdf.

PESSOA, Adriana. **Alterações Hormonais na Gestação.** Disponível em: <http://www.adrianapessoa.com.br/endocrinologia.php?id=13>.

POMPEO, Carolina. **Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil.** Disponível: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-obstetrica-no-brasil-ee5jkxiutgeb18bwkud2ozhhq>.

PONTES, Feliciano Jr. **ECA- Comentado: Artigo 229/Livro 2- Tema: Dos Crimes.** Disponível em:<http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/eca-comentado-artigo-229livro-2---tema-dos-crimes>.

PRATES, Núria Derviche Prates, Marcelo Marquardt. **A responsabilidade penal do médico e o processo penal.** p.241. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-241.pdf>.

QUEVEDO, Paula. **“Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género”.** Disponível em:http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf.

SARLET, Ingo Wolfgang. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr._Ingo_Sarlet__titular_da_PUC_.pdf.

SARMENTO e SETÚBAL, Regina Sarmento e Maria Silvia Vellutini Setúbal. **A Abordagem Psicológica Em Obstetrícia: Aspectos Emocionais Da Gravidez, Parto E Puerpério.** Rev. Ciênc. Méd., Camoinas. jul/set. 2003.

SENA, Lígia Moreiras. **Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>.

SILVA, Priscila. **Além das dores do parto, mulheres relatam que sofrem agressões físicas e verbais durante nascimento de filhos.** Disponível em: http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Alem_das_dores_do_parto_mulheres_relata_m_que_sofrem_agressoes_fisicas_e_verbais_durante_nascimento_de_filhos&id=315905.

STF. **Pacto de San José da Costa Rica sobre direitos humanos completa 40 anos.** Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116380>.

STJ – Cidadão. Entrevista com Maria da Penha. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBU-nJNInd0>.

SUPER INTERESSANTE. Os cientistas entram em conflito: o homem é violento por natureza ou a sociedade é que o faz assim? .Disponível em: www.superinteressante.com.br.

TEIXEIRA, C. F. O SUS e a Vigilância da Saúde. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

TORRES, Adriana de Freitas. **Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido.** Jornal do CRM-PB Nº 72, Abril-Junho 2007.

TORRES, Adriana de Freitas. **Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido.** Jornal do CRM-PB Nº 72, Abril-Junho 2007. Disponível em:http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21917:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=483.

TORRES, Marcelo Monteiro. **Direito Fundamental à Diferença.** Revista Eletrônica do CEAF. Porto Alegre - RS. Ministério Público do Estado do RS. Vol. 1, n. 2, fev./maio 2012.

VIEIRA e PARIZOTTO. Barbara Daniel Vieira; Ana Patrícia Alves Parizotto. **Alterações Psicológicas Decorrentes do Período Gravidico.** Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun. 2013.

PESQUISA. Violência Obstétrica. **Mapa de Abusos Cometidos no Parto.** Disponível em: <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>.

ZAPATER, Maíra. **“E preto não sente dor, meu irmão?”** Disponível em: <http://www.geledes.org.br/e-preto-nao-sente-dor-meu-irmao/#gs.iSC5GLo>.