

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO

EVELYNE SEVI ABRANTES MARQUES

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PARTO: REFLEXO NA DIGNIDADE DA
PESSOA HUMANA E POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO PELO DANO
CAUSADO

SOUSA – PB

2015

EVELYNE SEVI ABRANTES MARQUES

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PARTO: REFLEXO NA DIGNIDADE DA
PESSOA HUMANA E POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO PELO DANO
CAUSADO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Ciências Jurídicas e Sociais, da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Iranilton Trajano da Silva

SOUSA – PB

2015

EVELYNE SEVI ABRANTES MARQUES

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PARTO: REFLEXO NA DIGNIDADE DA
PESSOA HUMANA E POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO PELO DANO
CAUSADO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Ciências Jurídicas e Sociais, da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Iranilton Trajano da Silva

Data da aprovação: ____/____/____

Banca examinadora:

Orientador: Prof. Prof. Dr. Iranilton Trajano da Silva

Examinador(a)

Examinador(a)

À Deus, fundamental em mais uma vitória, ao meu avô Pretinho (*in memoriam*), meu exemplo de determinação e luta, aos meus pais, por todo o empenho para que eu concluísse mais uma etapa de minha vida e à minha família, por sempre acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida, por sempre me acompanhar em cada passo, por nunca me abandonar nas horas mais difíceis e sempre me mostrar o melhor caminho a seguir, livrando-me de tudo o que não me faz crescer.

À minha mãe Suely, por todo o amor que me transmite, por ser minha melhor amiga e me apoiar em todas as decisões. Por ser aquela que supre minha carência me enchendo de mimos, aquele ombro amigo na hora da tristeza, aquela vibração e alegria nas conquistas, aquela força na insegurança e no desânimo. Obrigada por todos os esforços e renúncias para que eu chegasse até aqui e por estar ao meu lado compartilhando essa vitória que sempre acreditou que eu conseguiria.

Ao meu pai Everaldo, por toda a educação proporcionada. Por ter dentro de casa um exemplo de caráter, amor verdadeiro e respeito, o que me fez uma pessoa melhor. Por sempre acreditar em meu potencial, o que me esforçou mais para ser uma vitoriosa. É com imensa alegria que compartilho esse momento.

À minha bisavó Nutinha e avó Vânia, que são exemplos de simplicidade e de boas energias. Agradeço por todo o carinho e por sempre acreditarem em mim. Minha maior felicidade é ser motivo de orgulho para vocês.

Aos meus tios por todo o carinho, cada palavra de ânimo e cada esforço sempre que foi preciso. Sou imensamente grata.

Aos meus primos, meus verdadeiros irmãos, pelo companheirismo, pelos melhores momentos e melhores risadas.

Aos meus amigos, que estando presentes ou não, sempre estiveram ao meu lado, dando-me forças e fazendo-me perceber o real sentido da amizade.

Ao meu orientador Iranilton Trajano da Silva, por ter se disposto a trabalhar comigo nesta pesquisa e pelas orientações fornecidas que servirão para toda a vida.

“Corpos cheio de dedos, corpos cheio de tato
E o brilho tentando, avançando, lutando
Louça de fino trato, quer mostrar seu barato
Jogo de paciência com tempero de pressa
Alquimia da braba pra que tudo aconteça
Na tensão no esforço, movimento no quarto
No desejo da luz no trabalho de parto
É o trabalho de parto
E a tensão e o esforço
É o desejo da luz, é o trabalho de parto.”

(Gonzaguinha – Trabalho de parto)

RESUMO

A violência obstétrica é uma categoria de violência contra a mulher, ainda pouco conhecida e combatida no Brasil. Trata-se de uma agressão silenciosa praticada por profissionais de saúde em instituições públicas ou privadas, através de procedimentos e atos desnecessários e desumanos na realização do parto. É direito de toda mulher ter um bom tratamento do pré-natal ao parto, sendo conservadas as integridades físicas e psicológicas. Esse tipo de violência é caracterizado por atos de caráter físico, psicológico, institucional, material e midiático, como também por procedimentos desnecessários que intervêm abusivamente no corpo e no processo reprodutivo da mulher. Como exemplos de procedimentos caracterizadores da violência obstétrica temos a episiotomia, as intervenções com finalidades “didáticas”, a tricotomia, a lavagem intestinal, o uso da ocitocina, exames frequentes de toque, a manobra de Kristeller, o rompimento da bolsa artificialmente e a posição da mulher na hora do parto. São objeto de discussão entre os profissionais de saúde envolvidos no parto e pela população em geral. Muitas parturientes questionam tais condutas, afirmando não serem baseadas em evidências científicas, conforme muitos profissionais da saúde debatem. O objetivo da pesquisa é levar ao conhecimento da população seus direitos, em especial às parturientes. Mostrá-las que são amparadas por dispositivos legais e que caso sejam desrespeitadas, podem requerer uma reparação no âmbito cível ou uma responsabilização para o agressor no âmbito penal, como também as duas simultaneamente. Para o alcance dos objetivos, será utilizado como método de abordagem científica o dedutivo, com uma análise de leis, doutrina e outros dispositivos legais.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Parto. Direitos fundamentais. Reparação.

ABSTRACT

The obstetric violence is a violence against women category still little known and fought in Brazil. It is a silent aggression practiced by health professional in public or private institutions through inhuman acts and unnecessary procedures performed in the labor execution. It is every women right to have a good prenatal treatment, being conserved the physical and psychological integrity. This kind of violence is characterized by physical, psychological, institutional, material and media acts, also by unnecessary procedures that abusively intervene in the woman body and reproductive process. As examples of procedures that show obstetric violence there are the episiotomia, the interventions with didactic finalities, the tricotomia, the enema, use of oxytocin, frequent touch exams, the Kisteller maneuver, the artificial break of the placenta and the woman position in labor time. They are argument objects among health professionals involved in labor and by the general population. A lot of women in labor questions those conducts, stating that they are not based on scientific evidences, as many health professionals debate. This research aim is to take knowledge to the population about their rights, specially the women in labor. To show them they are supported by legal devices and if they are disrespected, they can request a civil reparation, or the aggressor to be criminally responsible for his acts, or both simultaneously. To achieve those goals, it will be used as scientific approach the deductive method, with an law analysis, doctrine and other legal devices.

Key-words: Obstetrical violence. Labor. Fundamental rights. Reparation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS -Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEDAW – Comitê de Acompanhamento da Implementação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CF – Constituição Federal

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ANÁLISE EVOLUTIVA SOBRE O PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	14
2.1 HISTÓRICO E CONCEITO DE PARTO	14
2.1.1 <i>Tipos de parto</i>	17
2.1.2 <i>Profissionais envolvidos no parto</i>	20
2.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	21
2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONSIDERAÇÕES E CONCEITO.....	22
3 DO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	25
3.1 DOS ATOS CARACTERIZADORES	26
3.2 DOS PROCEDIMENTOS CARACTERIZADORES EM ESPÉCIE	27
3.2.1 <i>Episiotomia</i>	27
3.2.2 <i>Intervenções com finalidades “didáticas”</i>	31
3.2.3 <i>Manobra de Kristeller</i>	36
3.2.4 <i>Outros procedimentos</i>	37
4 REFLEXO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO PELO DANO CAUSADO	45
4.1 DIREITOS DAS MULHERES NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	45
4.2 DA POSSIBILIDADE DE REPARAÇÃO NO ÂMBITO CÍVEL	50
4.3 DA POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO PENAL	58
4.3.1 <i>Lesão corporal</i>	59
4.3.2 <i>Constrangimento ilegal</i>	60
5 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

Vários são os tipos de violência praticadas contra a mulher, previstas em rol exemplificativo no art. 7º da Lei 11.340/2006: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. O presente estudo visa refletir sobre a categoria violência obstétrica, termo pouco conhecido no Brasil e que tem sido destaque em mídias sociais. Em 2003, na Venezuela, a *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* reconheceu a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher, intitulada como crime, devendo ser prevenido, punido e erradicado. Na Argentina, em 2009, foi promulgada a Lei Nacional nº 26.485, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais que também trata da violência obstétrica, mas não tipifica os delitos. Nosso ordenamento jurídico não a prevê como tipo penal.

Trata-se de uma violência identificada por atos exercidos por profissionais da saúde vistos como desumanizados, com intervenções abusivas ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres.

Toda mulher tem direito a um pré-natal de qualidade, de ser tratada durante o parto com dignidade e ter a sua integridade física e psicológica garantida. O parto é um momento único e inesquecível, que deve ser o mais humano possível, repleto de cuidados por parte dos profissionais da saúde, que devem aplicar seus conhecimentos, práticas e atitudes com o escopo de garantir a parturição e nascimento saudáveis.

A mulher vítima da violência é alvo de autoritarismo, tendo seu corpo sob o poder do profissional que aplica procedimentos com discricionariedade, omitindo informações, ignorando emoções, sentimentos e tem uma limitação ou anulação no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Tudo isso torna o sonho de um parto saudável num trauma que ela carregará para toda a vida. Um sentimento de impotência, angústia e desrespeito.

A violência obstétrica é caracterizada por atos praticados contra a mulher ao exercer sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ter como sujeitos ativos os profissionais de saúde, servidores públicos e os profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas. Tais atos se apresentam em diversos caracteres,

dentre eles: caráter físico (incidindo sobre o corpo da mulher, de uma maneira que sua intervenção cause dor ou dano físico de variáveis graus, quando não são feitos com bases científicas); caráter psicológico (quando as ações, sejam verbais ou comportamentais, transmitam à mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, perda de dignidade, dentre outros); caráter sexual (quando a ação seja capaz de violar sua intimidade, integridade sexual e reprodutiva, havendo ou não o acesso às partes íntimas de seu corpo); caráter institucional (quando as ações ou modos de organização dos setores público ou privados dificultem ou impeçam o exercício dos direitos da mulher); caráter material (condutas com o fim precípua de obter recursos financeiros das parturientes); e, por fim, o caráter midiático (quando as condutas praticadas pelos profissionais através de meios de comunicações violam direitos da mulher em processo reprodutivo).

Assim sendo, o presente trabalho analisará a violência obstétrica durante o parto e seu reflexo na dignidade da pessoa humana, partindo da seguinte problemática: que categorias são reconhecidas como violência contra a mulher e em que medida certos procedimentos obstétricos são classificados como violentos?

Como objetivo geral têm-se a busca do reconhecimento social de uma violência onde de um lado existem vítimas que afirmam terem sido submetidas a condutas contra sua vontade, fazendo com que se sentissem violentadas, feridas e maltratadas e de outro lado, perpetradores que afirmam serem elementos constitutivos e normais de um parto. E como objetivos específicos serão apresentados caracteres da violência obstétrica; a exposição de procedimentos realizados pelos profissionais da saúde que atentam à saúde da parturiente; analisar direitos fundamentais presentes no artigo 5º da Constituição Federal que são violados com a prática da violência obstétrica, bem como a responsabilidade civil e penal do sujeito ativo de tal violência.

A pesquisa em comento mostra-se de suma importância no campo jurídico e social uma vez que analisará um problema que atinge a todos que vivem em sociedade: a violência obstétrica, um tema ainda não muito debatido no meio social, tampouco no jurídico, um tipo de violência silenciosa que vem ganhando espaço através de relatos por meio da internet, em redes sociais e em documentários.

Para o alcance dos objetivos delimitados, será utilizado como método de abordagem científica o dedutivo, aquele que parte de um raciocínio geral para o particular, chegando a uma conclusão também particular, ou seja, haverá uma

análise de leis gerais para questões específicas, compreendendo a doutrina e dispositivos legais. A técnica de pesquisa a ser utilizada será a documentação indireta, através de pesquisas em documentos pré-existentes, escritos, artigos, pesquisa bibliográfica.

No que diz respeito à estrutura, o presente trabalho será sistematizado em três capítulos. O primeiro capítulo terá inicialmente uma análise geral sobre o parto e a violência obstétrica, com tópicos tratando do histórico e do conceito de parto, dos tipos de parto e dos profissionais envolvidos na realização. Abordará também sobre a violência geral contra a mulher e especial a violência obstétrica, com seu conceito e algumas considerações no Brasil e em outros países.

O segundo capítulo, por sua vez, apresentará as formas de reconhecimento da violência obstétrica, de acordo com seus agentes caracterizadores, como atos e procedimentos. Além disso, será apresentado leis e normas vigentes que são descumpridas com a prática dessa violência.

E finalmente, no terceiro capítulo, estudar-se-á acerca do reflexo da violência obstétrica na dignidade da pessoa humana e a possibilidade de reparação pelo agente causador. Será feita uma abordagem dos direitos da mulher na Constituição Federal, bem como a análise dos direitos fundamentais que são desrespeitados com a prática da violência. Além disso, haverá uma explicação a respeito da possibilidade de responsabilização no âmbito cível e penal.

Dessa maneira, haverá uma abordagem completa do tema em uma tentativa de atingir um conhecimento de grande número de pessoas a fim de diminuir a incidência da violência, porém, a pesquisa não esgotará o assunto, haja vista, sua complexidade jurídica e social, que necessita de maior aprofundamento.

2 ANÁLISE EVOLUTIVA SOBRE O PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A mulher deve ser figura principal no parto, tendo poder de decisão sobre o seu corpo e tendo uma assistência de saúde segura, qualificada e humanizada. O parto é um evento marcante na vida de uma mulher, que, lamentavelmente, em muitos casos são lembrados de uma forma traumática.

Várias mulheres são vítimas diariamente da chamada violência obstétrica em hospitais públicos e privados. Muitas delas não são cientes de seus direitos durante o parto e sofrem agressões físicas e psíquicas por parte dos profissionais de saúde.

A violência obstétrica é caracterizada desde o momento em que a enfermeira pede para a mulher não se queixar de dor nem gritar durante o parto normal até o corte entre o ânus e a vagina feito pelo médico, chamado episiotomia, para facilitar a saída do bebê, procedimento este que a Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que seja criterioso e cauteloso para a sua adoção, porém, é feito frequentemente, sem o consentimento das parturientes, numa escala estimada de 80% a 90%.

Ao adentrar no estudo da violência obstétrica, há a necessidade de fazer algumas considerações a respeito do parto, bem como mostrar qual o tratamento da violência obstétrica atualmente, no Brasil e no mundo, como também o conceito desse tipo especial de violência.

2.1 HISTÓRICO E CONCEITO DE PARTO

A Igreja Católica descrevia o parto como propósito divino, uma pena pelo pecado original e dificultava qualquer meio que abrandasse a dor ou qualquer outro apoio que diminuísse seus riscos. Tinha como fundamento a passagem bíblica de Gênêsis³, em seu versículo 16, que retrata o momento que Eva prova do fruto proibido, induz Adão a também provar e como castigo ela recebe de Deus a dor multiplicada no parto. Esse pensamento histórico ainda hoje é reproduzido quando a mulher figura como vítima de violência obstétrica, tendo a dor inerente à experiência da maternidade.

Antigamente, os homens viviam de acordo com seus instintos e o parto era considerado um fenômeno natural, fisiológico, uma vez que a mulher ficava isolada no momento do parto sem nenhuma ajuda ou cuidado externos, seguindo apenas seu instinto. As próprias mulheres se ajudam e começam a desenvolver um processo de acúmulo de conhecimentos sobre parturição, fazendo surgir assim a figura da parteira, que era a mulher considerada pela comunidade como a mais experiente, que atendia partos domiciliares e que não tinha qualquer conhecimento científico, apenas os conhecimentos advindos da prática e dos ensinamentos passados de geração para geração.

Por muito tempo os partos foram feitos de forma domiciliar, com a atuação das parteiras e nos casos mais difíceis, por não haver técnicas, aparelhos e medicamentos, o trabalho trazia muito risco de vida para a parturiente e seu bebê. Passadas muitas décadas, foram sendo desenvolvidas alternativas seguras aos casos mais difíceis.

No século XVII ocorreu uma grande mudança no campo da obstetrícia: foi introduzida a figura do cirurgião na assistência ao parto, pois nesse tempo ainda não existiam as especialidades da obstetrícia e da ginecologia. Quando surgiam situações difíceis e perigosas, as parteiras de início pediam ajuda a xamãs, padres ou rabinos, e logo após as transformações ocorridas no referido século, eram auxiliadas pelos barbeiros-cirurgiões e pelos médicos, que assumiram o posto de assistentes de parto. Este passou a ser visto como um ato cirúrgico, diferente de como era visto em séculos passados, pois o parto não era considerado doença e tal evento sequer era incluído rotineiramente no currículo de formação médica; para um conhecimento do assunto, os médicos se reuniam com parteiras que passavam suas experiências. E como ato cirúrgico, as parturientes passaram a ser chamadas de pacientes e serem tratadas como enfermas.

No século XX, foram introduzidas novas técnicas da cesariana que tiveram um valor significativo para a obstetrícia. Foram desenvolvidas as anestésias, novos procedimentos de esterilização e incisão, técnicas essas que diminuía ou eliminavam os riscos que os partos mais complicados, e até considerados fatais, traziam.

Do ponto de vista cultural, a implantação da cesariana tornou-se muito popular, apagando outras formas mais naturais e seguras de parto, tudo para fugir da dor ou pelo medo de não conseguir realizar um trabalho de parto. Isso fez com

que o processo natural, antes feito nos próprios domicílios das gestantes pelas parteiras, fosse substituído por um procedimento técnico. Dessa forma, o parto deixou de ser íntimo e feminino, tornando-se público e com a intervenção de outras pessoas, os profissionais da saúde, que se tornaram assistentes principais do parto, tomando o lugar das parteiras, que continuaram a realizar seu trabalho, entretanto, monitoradas e treinadas para seguir procedimentos médicos.

A gravidez e o parto, de acordo com o Ministério da Saúde¹:

...são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

A OMS faz recomendações propondo mudanças na forma de atendimento ao parto hospitalar no Brasil, com recomendações no sentido de modificar as práticas hospitalares desnecessárias, que geram riscos como a episiotomia, amniotomia, enema, tricotomia e parto cesariano. Tal proposta não é a de eliminar de uma vez por todas essas práticas, mas sim, diminuí-las, restringindo-as somente aos casos em que se sejam verdadeiramente necessárias. Dentre essas recomendações, a OMS distribui em categorias, orientações sobre o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Podemos ter como práticas importantes que devem ser estimuladas²:

- . Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- . Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- . Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- . Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;

¹BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: 02 dez. 2014.

²BRASIL. CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. **Boas práticas de atenção ao parto e atendimento.** Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/OMS%20-%20Boas%20Praticas%20de%20Atencao%20ao%20Parto%20e%20ao%20Nascimento.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2014.

- .Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- . Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento;
- . Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.

Como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- . Uso rotineiro de enema;
- . Uso rotineiro de tricotomia;
- . Lavagem uterina rotineira após o parto.

Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:

- . Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- . Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- . Parto operatório;
- . Uso liberal e rotineiro de episiotomia.

2.1.1 Tipos de parto

Se antigamente os partos das mulheres eram feitos em casa, geralmente sozinhos, com a ajuda de familiares ou de parteiras, hoje, a maior parte é feito em maternidades com acompanhamento de equipes de profissionais de saúde.

Os partos estão divididos em normal e operatórios. O parto normal é o que ocorre por via vaginal. A gestante pode receber ou não anestesia, do tipo que não elimina a sensação das contrações. O obstetra auxiliará a mulher na saída do bebê, onde às vezes faz um corte, chamado episiotomia – que será adiante explicado – com o objetivo de facilitar a retirada do recém-nascido. É considerado uma espécie de parto com intervenção mínima.

Outro tipo de parto é o de cócoras, visto como uma forma bastante antiga e fácil, pois com o auxílio da gravidade, o peso é puxado para baixo, acelerando a

dilatação iniciada pelas contrações, para que favoreça a saída do bebê, pois a vagina e a bacia óssea ficam com uma abertura maior.

Um tipo que gera bastante controvérsia é o parto na água. Alguns estudiosos, mesmo cientes de que a imersão da gestante na água durante o trabalho de parto ajuda a aliviar a dor, afirmam que o nascimento na água não é vantajoso e traz riscos para o recém-nascido, como o de infecção, uma vez que a água pode estar contaminada com microorganismos e, como segundo risco, o da insuficiência respiratória, visto que em meio ao líquido amniótico dentro da barriga da mãe ele respira através do cordão umbilical, uma vez que ele é retirado, em aproximadamente um ou três minutos o cordão umbilical deixa de pulsar, então o bebê deve respirar pelos pulmões, que não devem estar cheios de água.

Outros estudiosos só veem benefícios como o encurtamento do trabalho de parto, redução de casos de episiotomia e de solicitação de analgesia. Afirmam não haver risco de infecção elevada, quando comparado com o parto normal. Como também dizem não haver risco de aspiração, visto que o bebê só respira quando sai da água, enquanto isso, seguem respirando através do cordão umbilical.

Um tipo de parto operatório é o parto a fórceps. No fim do século XVI, Peter Chamberlen foi o inventor do primeiro fórceps, um instrumento utilizado para auxiliar na retirada do feto. É um parto via vaginal, onde se posiciona esse objeto na cabeça da criança para os casos em que se mostra dificuldade de saída do bebê. Deve haver uma total dilatação e um bom posicionamento do feto, desde que ele esteja prestes a ser retirado, mas devido a dificuldades, como por exemplo, perda de forças da parturiente, impedem a retirada natural. Não é visto como prejudicial para o bebê, tampouco para a mãe.

Um tipo pouco utilizado é o parto Leboyer, criado pelo médico francês Frédérick Leboyer. Trata-se de um parto que dá grande importância a ambientes confortáveis para o nascimento, com pouca luz, bastante silêncio, massagens, amamentação e banhos cuidadosos. É uma tentativa de fazer a experiência do parto inesquecível e menos traumática possível.

Por último, e mais utilizado nos tempos de hoje, é o parto cesárea. Consiste num parto operatório, onde é feito um corte abdominal. Em regra, ele deve ser realizado quando não for possível haver o parto normal. Após a anestesia, o médico corta camadas de tecido abdominal até conseguir acesso ao útero, que é por onde o bebê será retirado.

Após a retirada, é cortado o cordão umbilical sendo feita a limpeza uterina, como também a sutura. Alguns devem ser os motivos que levam os obstetras a fazerem uma cesárea, quais sejam: prolapso do cordão umbilical (aparecimento prematuro do cordão umbilical pela vagina, antes do aparecimento do bebê), deslocamento da placenta de uma forma também prematura, sofrimento fecal agudo, dentre outros. Porém, essa não é a nossa realidade.

Segundo pesquisas da Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2012, 84,60% dos partos realizados por usuárias de planos de saúde no Brasil foram cesarianas e pelo SUS, um índice de 40%. É visto como ideal um índice de apenas 15%. Isso mostra que em nosso país há uma inversão no modo de escolha entre os tipos de parto. Dentre as causas, a mais significativa é o medo do parto normal. Ainda, de acordo com a Agência, a probabilidade de complicações no parto cesárea é maior, podendo o risco ser 120 vezes maior de o bebê nascer prematuro e 2,8 vezes maior o risco de mortalidade materna³.

Como explicação para um índice altíssimo de cesáreas no Brasil, temos as cesáreas eletivas que são cirurgias realizadas sem necessidade clínica, agendadas para serem feitas antes do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem caráter de urgência, por conveniência médica, para gerenciarem sua carga de trabalho ou acelerá-lo através de outras intervenções, como a aplicação de soro com ocitocina, redução manual do colo do útero, ruptura artificial da bolsa, comandos de puxo antes da dilatação completa, manobra de Kristeller, ou até mesmo por falta de esclarecimento às gestantes por parte dos médicos a respeito dos riscos que uma cesárea eletiva pode acarretar, como também nos casos em que são coagidas a aceitar o procedimento.

Há um grande debate hoje no campo médico, a respeito da marginalização das cesáreas no país. Uma defesa da humanização do parto, que parte da premissa de defesa e garantia dos direitos fundamentais das parturientes e dos recém-nascidos, como: o direito de escolha do local, de pessoas e formas de assistência ao parto, a integridade corporal preservada, proteção contra abusos e negligência, apoio físico e emocional, dentre outros caracteres. Só para frisar, parto humanizado

³BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp> Acesso em: 04 dez. 2014.

não significa estritamente parto normal, um procedimento cesáreo também pode ser humanizado.

2.1.2 Profissionais envolvidos no parto

Vários são os profissionais envolvidos no parto. Nem todo tipo de parto se faz necessária a presença deles, sendo, portanto, dispensáveis a depender da espécie adotada. Auxiliam no atendimento obstétrico: o médico obstetra, que é o profissional que se forma em medicina e logo após faz uma especialização em ginecologia e obstetrícia. Eles atuam tanto em partos normais como em partos cirúrgicos, podendo ser feitos em domicílio, clínicas ou hospitais. Outro profissional que auxilia o parto é o médico pediatra neonatologista, que tem a especialidade de dar assistência aos bebês assim que nascem. Tem-se também o médico anestesista, que tem como função a analgesia peridural (parto normal) ou raquidiana (cesárea).

Outra categoria de profissionais da saúde envolvidos são enfermeiros obstetras, estes têm especialização nesta área, com habilitação para atender os partos normais, porém, proibidos de realizar cesáreas. Semelhantes às funções dos enfermeiros, tem-se os obstetrizes, que só puderam ter essa formação até a década de 70, o curso foi extinto no Brasil e hoje só atuam os que se formaram ou são remanescentes daquela época.

Doula é um tipo de acompanhante que dá apoio tanto físico, como emocional para a parturiente. É contratada pela própria gestante, ou, é disponível em alguns hospitais, de forma voluntária. Não atua clinicamente, apenas com massagens e dicas de respiração, por exemplo.

Parteira é uma mulher sem conhecimento científico, apenas prático. Atua em partos domiciliares. De grande valia nos primórdios em que o parto domiciliar era regra.

Preparadores, educadores perinatais são os que têm uma formação variada, como por exemplo, em psicologia, fisioterapia e educação física. São responsáveis pela preparação para o parto.

Enfermeiros são os que estão presentes nos partos cirúrgicos ao lado dos médicos, os atendendo e fornecendo o que precisam. Não atendem diretamente o

parto. Como auxiliares dos médicos e enfermeiros, existe ainda, a figura dos técnicos de enfermagem e dos instrumentadores cirúrgicos.

2.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A palavra “violência” na bíblia é HAMAS, que significa, “injustiça, ser violento com, tratar violentamente”. Deriva do latim “*violentia*”, que significa “veemência, impetuosidade”. Mas na sua origem está relacionada com o termo “violação” (*violare*).

A violência contra a mulher é vista como um sério problema de saúde pública e de violação de seus direitos humanos, mostrando, assim, os efeitos da discriminação e subordinação da mulher por razões de gênero na sociedade.

São de diversas formas as violências contra a mulher. A Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, dispõe sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher, em seu artigo 7º traz um rol exemplificativo de formas de violência, são elas: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Art. 7º - São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Violência doméstica e familiar são espécies do gênero e violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral são subespécies, todas tipificadas no Código Penal brasileiro.

A violência que daremos um tratamento especial é a violência obstétrica, não tipificada no Código Penal e pouco conhecida no Brasil, muitas vezes silenciosa e de difícil identificação. Vem ganhando destaque ultimamente através das mídias sociais na internet, uma vez que as vítimas relatam de forma escrita, através de *blogs* ou verbal, em documentários e entrevistas como foram violentadas.

2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONSIDERAÇÕES E CONCEITO

O parto é um evento muito significativo para os envolvidos, uma das maiores experiências humanas. Diferente de outros eventos que necessitam de uma boa assistência hospitalar é um processo que requer cuidado e acolhimento. Apesar disto, esse momento é, várias vezes, permeado por violência cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores, os profissionais da saúde.

Vários são os relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluindo: violência física, verbal, procedimentos médicos forçados ou não sem o consentimento da parturiente, falta de sigilo e privacidade, não obtenção de esclarecimento da realização de procedimentos, quando requerido, não administração de analgésicos, negligência durante o parto acarretando risco de vida, são alguns exemplos do que constitui a chamada violência obstétrica

No ordenamento jurídico brasileiro ainda não foi dada grande ênfase ao tema. Portanto, seu conceito e diversos outros tratamentos deverão ser dar de acordo com a legislação de outros países, como a Venezuela e Argentina.

Em 2006, na Venezuela, ao celebrar-se o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembleia Nacional da República Bolivariana daquele país, aprovou a *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Esta nova lei tipifica dezenove formas de violência contra a mulher, tendo a mais nova a violência obstétrica, intitulada como crime, devendo ser

prevenido, punido e erradicado. De acordo com o artigo 15 da referida Lei, a violência obstétrica é entendida:

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.

Na Argentina, em 2009, foi promulgada a Lei Nacional nº 26.485, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais que também trata da violência obstétrica em seu artigo 6º:

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

Na lei argentina não há a tipificação dos delitos, muito menos as penas a serem aplicadas. Já na lei venezuelana, o delito é tipificado, acompanhado respectivas sanções:

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. **(grifo nosso)**.

A lei venezuelana também prevê as responsabilidades civis do sujeito ativo do delito, assegurando à mulher ou a seus herdeiros o direito de reparação ou indenização pelo dano causado:

Artículo 61. Indemnización. Todos los hechos de violencia previstos en esta Ley acarrearán el pago de una indemnización a las mujeres víctimas de violencia o a sus herederos y herederas en caso de que la mujer haya fallecido como resultado de esos delitos, el monto de dicha indemnización habrá de ser fijado por el órgano jurisdiccional especializado competente, sin perjuicio de la obligación de pagar el tratamiento médico o psicológico que necesitar el a víctima.

Artículo 62. Reparación. Quien resultare condenado por los hechos punibles previstos en esta Ley, que haya ocasionado daños patrimoniales em los bienes muebles e inmuebles de las mujeres víctimas de violencia, estará obligado a repararlos con pago de los deterioros que hayan sufrido, los cuales serán determinados por el órgano jurisdiccional especializado competente. Cuando no sea posible su reparación, se indemnizará supérdida pagándose el valor de mercado de dichos bienes.

Artículo 63. Indemnización por acoso sexual. Quien resultare responsable de acoso sexual deberá indemnizar a la mujer víctima de violència em los términos siguientes:

- 1.- Por una suma igual al doble del monto de los daños que el acto haya causado a la persona acosada em su acceso al empleo o posición que aspire, ascenso o desempeño de sus actividades.
- 2.- Por una suma no menor de cien (100 U.T.) ni mayor de quinientas unidades tributarias (500 U.T.), em aquellos casos em que no se puedan determinar daños pecuniarios. Cuando la indemnización no pudiere ser satisfecha por el condenado motivado por estado de insolvência debidamente acreditada, el tribunal de ejecución competente podrá hacerla conversión em trabajo comunitario a razón de um día de trabajo por cada unidad tributaria.

O tratamento nesses países, como se vê, é bastante rigoroso comparado ao nosso. Podemos, ao menos, amparados no Código Civil, buscar uma reparação civil fundamentada na ideia de dano moral e/ou material, como também no Código Penal Brasileiro, ao incluir a violència em tipos penais já existentes, como forma de responsabilizar o agente pelo dano causado. Assunto que trataremos em capítulos subsequentes.

3 DO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A obstetrícia no Brasil ainda é muito marcada pela violência obstétrica, mesmo tendo políticas públicas, leis, portarias e resoluções que asseguram um atendimento obstétrico diferenciado, chamado de humanizado. A ideia de parto humanizado é a de respeito, da autonomia, da individualidade e de privacidade, condições concernentes ao desejo que as mulheres têm de que o parto aconteça conforme suas perspectivas. Não é o que vem ocorrendo com frequência. Segundo pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo⁴, uma em cada quatro mulheres brasileiras sofrem algum tipo de violência no atendimento ao parto.

Existem várias formas de violência obstétrica muito claras, capazes de deixar marcas físicas e psicológicas que vão de repressões, humilhações, deboches com relação à etnia da gestante, sua classe social, crenças e seus desejos para o parto, bem como impedi-la de se alimentar, beber água e se movimentar a excesso de toques ginecológicos e realização de exames dolorosos e contra indicados.

Porém existe uma forma de violência obstétrica que é mais sutil, e que muitas vezes as vítimas não são capazes de reconhecer: procedimentos médicos desnecessários. Todo procedimento médico deve ser explicado à gestante, sobre seus possíveis riscos e efeitos colaterais, devendo sempre ser feito quando consentido livremente e de forma esclarecida antes da intervenção. Não é a realidade no Brasil, pois muitos procedimentos são feitos sem a real necessidade e sem o consentimento da parturiente.

Entre as condutas mais citadas estão a episiotomia, as intervenções com finalidades “didáticas”, a tricotomia, a lavagem intestinal, o uso da ocitocina, exames frequentes de toque, a manobra de Kristeller, o rompimento da bolsa artificialmente e a posição da mulher na hora do parto. Tais procedimentos serão abordados no decorrer do estudo, pois são objeto de discussão entre os profissionais de saúde envolvidos no parto, já especificados em capítulo anterior, e pela população em geral. Muitas parturientes questionam tais condutas, afirmando não serem baseadas em evidências científicas, conforme muitos profissionais da saúde debatem.

⁴FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto**: Na hora de fazer não gritou. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>> Acesso em: 02 ago. 2014.

3.1 DOS ATOS CARACTERIZADORES

São aqueles praticados contra a mulher no exercício da sua saúde sexual e reprodutiva, cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos e os profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas. Tais atos se apresentam em diversos caracteres:

Caráter físico: incide sobre o corpo da mulher, de uma forma que sua intervenção cause dor ou dano físico de variáveis graus, quando feitos sem recomendações e sem base em evidências científicas. Como exemplos, podemos citar: a posição da mulher no parto, bem como a interdição à sua movimentação, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso habitual de ocitocina, cirurgia cesárea eletiva sem indicação clínica e não utilização de anestésicos quando indicados.

Caráter psicológico: quando as ações, sejam verbais ou comportamentais, transmitam à mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, perda de dignidade, insegurança e ludibriamento. São exemplos: ameaças, inverdades, humilhações, ofensas, chantagens, informações omitidas ou passadas com uma linguagem inacessível e desrespeito quanto à cultura.

Caráter sexual: quando a ação for capaz de violar sua intimidade, integridade sexual e reprodutiva, havendo ou não acesso às partes íntimas de seu corpo. Como por exemplo: a episiotomia, assédio, exame com toques invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal e cirurgia cesárea sem consentimento.

Caráter institucional: quando as ações ou modos de organização dos setores público ou privados dificultem ou impeçam o exercício dos direitos da mulher. Podemos citar como exemplos: o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, omissão ou violação dos direitos da mulher durante o parto e a falta de fiscalização por parte dos órgãos competentes.

Caráter material: quando as condutas têm o fim precípua de obter recursos financeiros das parturientes. Exemplificando: cobranças indevidas de planos e profissionais de saúde.

Caráter midiático: quando as condutas praticadas pelos profissionais através de meios de comunicações violam direitos da mulher em processo reprodutivo.

Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica e ridicularização do parto normal.

3.2 DOS PROCEDIMENTOS CARACTERIZADORES EM ESPÉCIE

Vários são os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde considerados danosos e desnecessários à mulher no atendimento ao trabalho de parto, parto normal e parto cesáreo. Dentre eles, discorreremos os vistos como mais graves como a episiotomia, as intervenções com finalidades “didáticas”, a tricotomia, a lavagem intestinal, o uso da ocitocina, exames frequentes de toque, a manobra de Kristeller, o rompimento da bolsa artificialmente e a posição da mulher na hora do parto.

3.2.1 *Episiotomia*

É um procedimento rotineiro, sem respaldo científico, chamada também de “pique”. Foi introduzida historicamente no século XVIII por Sir Fielding Ould, um obstetra irlandês, com a função de auxiliar o desprendimento fetal em partos que demonstravam dificuldade. Trata-se de uma incisão do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. É uma cirurgia realizada na vulva, onde se corta a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, muitas vezes sem anestesia.

Apenas no século XX a episiotomia passou a ser utilizada em larga escala em vários países, principalmente nos Estados Unidos e países latino-americanos, inclusive o Brasil, época em que o nascimento deixou de ser visto como um processo normal, com poucas intervenções, passando a ser considerado um processo patológico, repleto de intervenções médicas para prevenir complicações maternas e fetais.

A episiotomia ganhou espaço a partir de recomendações de obstetras conceituados: Pomeroy e De Lee, este, em 1920, lançou um tratado (*The*

Prophylactic Forceps Operation), recomendando a episiotomia sistemática e fórceps de alívio em todas as parturientes que estavam parindo pela primeira vez, aquela com a finalidade de reduzir a probabilidade de graves lacerações na região perineal e este, em sua concepção, traria um risco mínimo de trauma fetal, prevenindo a hipoxia (baixa concentração de oxigênio, insuficiência respiratória).

Essa recomendação não seguiu nenhuma evidência científica, difundindo até os dias de hoje na concepção de que a episiotomia tornava-se necessária para preservar a integridade pélvica. Pressuposto que foi aceito como verdade absoluta e servido de base em diversos tratados de obstetrícia em todo o mundo.

Foi ampliada décadas depois, coincidindo com o aumento progressivo de partos hospitalares a partir da década de 1940 nos Estados Unidos, o que gerou várias intervenções sem base em evidências científicas. Enquanto os partos eram domiciliares, o nascimento era tratado como natural e fisiológico, dessa mesma forma era considerado o períneo durante e após o parto.

Com a evidência de partos hospitalares, o nascimento passou a ser considerado um processo patológico, repleto de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações. Muitos autores acreditam que a prática da episiotomia aumentou a partir da década de 1950, pois a maioria dos médicos acreditavam, que com sua realização, seria reduzido de uma forma significativa o período expulsivo, permitindo, assim, que pudessem atender vários outros partos hospitalares.

O número de episiotomias só foi reduzido a partir da década de 70, quando foram realizados movimentos de mulheres e campanhas pró-parto ativo, questionando o procedimento. Ao mesmo tempo, foram publicados os primeiros estudos clínicos que questionavam a prática e seu uso rotineiro. A utilização e uso desse procedimento é recomendado hoje, pela OMS em apenas 10% dos casos, somente quando o períneo for muito rígido, ou seja, ela não quer proibir, mas restringir seu uso, admitindo-lhe que em alguns casos pode ser necessária⁵.

Não há justificativa alguma para a episiotomia rotineira, pois ela não traz benefícios para a parturiente nem para o bebê, afeta estruturas do períneo como

⁵ZANETTI, Miriam Raquel Diniz; PETRICELLI, Carla Dellabarba; ALEXANDRE, Sandra Maria; TORLONI, Maria Regina; NAKAMURA, Mary Uchyuama; SASS, Nelson. **Episiotomia: revendo conceitos**. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2015.

músculos, vasos sanguíneos e tendões, aumenta a necessidade de sutura do períneo e traz dor e desconforto desnecessários, enfim, danifica as estruturas vaginais mais do que as protege. Como todo procedimento cirúrgico, esse só deveria ser realizado com o consentimento, depois de a parturiente ter sido informada sobre a sua necessidade, seus riscos e efeitos. Infelizmente, essa não é a realidade no Brasil, sendo esse o país onde a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente.

É lamentável informar que por ter se tornado tão banal, tão “invisível” aos olhos de quem faz, sequer dados confiáveis do número total de episiotomias realizadas no país estão disponíveis, pois esse procedimento não está ao menos descrito nos prontuários. Diante de grande proporção de realização, é como se o procedimento integrasse o “pacote do parto normal”. É notório que se trata de um procedimento violento e que fere a dignidade da pessoa humana. Muitos são os relatos de vítimas e de profissionais médicos, frutos de movimentos sociais pleiteando respeito ao parto e o fim da violência obstétrica.

Nesse contexto, trazemos a baila alguns relatos transcritos por Simone G. Diniz e Alessandra S. Chacham⁶ e por Melânia Amorim⁷ que merecem destaque:

Eu sei que não deveria fazer a episiotomia como rotina. Conheço a evidência científica. Mas quando vejo a cabeça do bebê na vulva... minha mão vai sozinha.
(Médico, S. Paulo).

Senti-me invadida, roubada, desrespeitada. Era meu corpo, era meu parto, era meu momento esperado durante nove meses. Passei a gravidez toda me preparando para ter um lindo parto natural e chega uma pessoa sem me consultar e sem ao menos me informar e corta um pedaço do meu corpo, porque ela simplesmente faz isso rotineiramente. Eu tinha preparado meu períneo com repetitivos exercícios diariamente para que não precisasse de intervenções desnecessárias e simplesmente por ter sido atendida numa maternidade que representa o modelo tecnocrático-mecanicista, fizeram uma episiotomia em mim... Uma marca em meu corpo que ficará para sempre acompanhada de várias outras marcas em minhas lembranças, marcas da insensibilidade humana, marcas de um momento no qual o ser humano deveria ser visto como mais humano do que nunca, pois nunca vivi algo mais natural, ancestral e primitivo como o meu parto e mesmo assim, ele foi tratado como mecânico e meu corpo como máquina, coisificado, objetificado.

⁶DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. **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> Acesso em: 10 jan. 2015.

⁷AMORIM, Melânia. **Estudando Episiotomia: A Voz das Mulheres.** Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia-voz-das-mulheres.html>> Acesso em: 10 jan. 2015.

(Luna Maia, psicóloga).

A episio? Ahhh, ela? Bem, ela virou minha companheira de vida... Converso com ela todos os dias, quando ela repuxa e eu sinto uma sutil dor, que é uma mensagem dela para mim, dizendo assim: estou aqui, sou resultado da falta de respeito com vc, sou consequência da abstração total de sua dignidade como mulher, como mãe, como ser humano.

(Ana Paula Gomes).

Eu teria um parto domiciliar. Fiz massagem no períneo para evitar lacerações. Estava devidamente preparada. Mas como a pequena resolveu nascer antes do tempo (35 semanas. Na verdade, acho que ela nasceu na hora dela mesmo, ela estava pronta, horas!) tive que parir no hospital. A minha parteira esteve o tempo todo do meu lado, mas como estava dentro do hospital não tinha voz ativa. Plantonista "fez o parto". Não chamei o obstetra que me acompanhava pois ele iria cortar também se fizesse o parto. Já tinha deixado isso bem claro para mim nas consultas. Mesmo gritando, urrando, berrando "não corta, não precisa, por favor, eu assumo, deixa rasgar". Ela cortou. Disse que "só sabia fazer cortando". Eu chorei, minha parteira chorou. Perdi. Me sinto mutilada, invadida. É como ser abusada. É a mesma coisa. Dá pra ver, dá pra sentir. Dá pra lembrar a cada "namoro" com o marido.

(Pamela Moreli Benoni).

É difícil observar o treinamento de episiotomia sem sentir pena da mulher. Ela está deitada ali tendo contrações e eles têm que tentar várias vezes com a agulha até achar o lugar certo para a anestesia. E depois do nascimento, há uma longa espera até que se faça a sutura, alguns mal sabem segurar os instrumentos cirúrgicos ou dar o nó de sutura.

(Médico, Rio de Janeiro).

A episiotomia por si só constitui um trauma de segundo grau, que são lesões mais profundas que a de primeiro grau (lesões superficiais que atingem pele e tecido subcutâneo do períneo ou o epitélio vaginal), que atingem músculos superficiais do períneo e o corpo perineal. Alguns médicos ignoram esse fato e afirmam que a não realização desse procedimento, inevitavelmente, acarreta lacerações graves. Afirmação essa que também não tem base científica. Outro fato que não é revestido de base científica é a afirmação pelos que apoiam o procedimento, que é o de prevenir a incontinência urinária e fecal. Porém, estudos apontam que a episiotomia tem justamente o efeito contrário, o de provocar ou agravar a incontinência urinária e fecal.

São exemplos também de complicações advindas da episiotomia: dor, infecção, deiscência (abertura de suturas), sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, cicatrizes insatisfatórias e hematomas. Tudo isso é capaz de provocar um trauma físico e psicológico eterno na mulher. Estudos apontam que as mulheres que não sofreram a episiotomia tiveram menos trauma no períneo, precisando levar menos pontos, fazendo com que

o tecido melhora de uma forma mais rápida. Esse procedimento constitui violência obstétrica de caráter físico, psicológico e sexual. A episiotomia indiscriminada e de rotina é configurada como uma violação de direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina.

É considerada por muitos autores uma “mutilação genital” e o abuso de episiotomias tem sido considerado uma questão de desrespeito aos direitos humanos na área da saúde. Muitas mulheres preferem a cesárea para livrar-se de uma episiotomia.

3.2.2 *Intervenções com finalidades “didáticas”*

Também é visto como violência obstétrica, de caráter sexual, física e institucional, submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos e com maior exposição a riscos. Em hospitais escola, não é raro ter muitas pessoas para realizar exames de toque vaginal (checam a dilatação e a posição do bebê, muitas vezes realizados durante a contração, o que pode ser dolorido), não sendo passado para a mulher informações sobre nomes de quem os faz, necessidade do procedimento, riscos, bem como, não há uma consulta prévia para consentir ou negar que tal procedimento seja feito.

É certo que profissionais precisam treinar os procedimentos, porém, eles devem ser ensinados e orientados do atendimento ao parto de um modo que se preserve a integridade da mulher, não violando sua intimidade.

Um caso polêmico ocorreu na cidade de Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul, em que uma gestante de alto risco teve procedimento ginecológico negado pelo Hospital Universitário Miguel R. Corrêa Junior, por ter impedido que estudantes de medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) acompanhassem o exame. Foi movida uma ação civil pública pelo Ministério Público Federal, sendo julgada improcedente pela Vara Federal de Rio Grande e pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4). A Procuradoria Regional da República da 4ª Região (PRR4) apelou para que o Supremo Tribunal Federal (STF) mudasse a decisão.

Na Ação Civil Pública, o procurador Carlos Eduardo Copetti Leite, autor do recurso, afirma que negar atendimento ao paciente que não aceita o acompanhamento de estudantes de medicina vai de encontro com os direitos fundamentais, como direito à dignidade, à intimidade e à saúde, dispostos nos artigos 1º, III; 5º, X; 6º e 196 da Constituição Federal.

A questão transcende o interesse subjetivo da causa, segundo ele, pois o objetivo da ação civil pública não é impossibilitar todos os acompanhamentos de estudantes em exames médicos, somente aqueles em que o paciente sinta-se constrangido, humilhado e com sua intimidade violada. Há a necessidade de um equilíbrio entre os princípios fundamentais do ensino, da saúde e da dignidade humana, não podendo a Instituição de Ensino condicionar o atendimento médico à participação de estudantes, quando a pessoa assim não autorizar, pois é direito dela sentir-se à vontade em um momento tão importante e esperado em sua vida que é o parto, este deve ser saudável e satisfatório. A autonomia da universidade deve ser limitada pelos princípios constitucionais, não devendo se sobrepor de forma alguma a estes.

O procurador acrescenta que o hospital da Fundação Universidade é credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), havendo uma remuneração por parte de todos os cidadãos para a consecução dos fins. Portanto, o ensino da medicina não pode obstar a realização de consultas e exames. Além disso, a instituição é referência em relação ao acompanhamento pré-natal de casos de alto risco: é o único em Rio Grande em que tal serviço é oferecido pelo SUS. "Exigir a busca por outra instituição seria até agravar a situação dos interessados, fazendo com que eles dispensem recursos que não possuem para o deslocamento, sendo justamente a hipossuficiência a razão que os leva a procurar um hospital público naquela localidade⁸", defende.

A retro ação foi julgada improcedente pela Vara Federal de Rio Grande, em cuja sentença, o juiz singular aduziu que⁹:

⁸BRASIL. Ministério Público Federal. **MPF defende privacidade em exames em hospital universitário de Rio Grande**. Disponível em <<http://www.prrs.mpf.mp.br/app/iw/nti/publ.php?IdPub=61529>> Acesso em: 10 jan. 2015.

⁹BRASIL. TRF4. **Agravo de Instrumento nº 2009.04.00.032205-5/RS**. Terceira Turma, Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Relatora: Maria Lúcia Luz Leiria. Disponível em: <http://www2.trf4.gov.br/trf4/processos/visualizar_documento_gedpro.php?local=trf4&documento=3245620&hash=2e96dc34d78838a663bb889fa2a15073> Acesso em 10 jan. 2015.

[...] Saliento que, na hipótese de conflito de princípios constitucionais, deve-se buscar, mediante a aplicação do princípio da proporcionalidade, a interpretação que melhor resguarde a eficácia todos os postulados envolvidos, de modo que, embora algum prevaleça sobre outro, em determinado caso concreto, essa sobreposição não chegue ao ponto de anular o princípio que, naquele caso, foi relegado a segundo plano.

No caso em tela, contudo, os argumentos elencados na inicial não traduzem a plausibilidade para que seja deferida, em sede de liminar, o provimento pleiteado, porquanto não vislumbro que o atendimento médico em hospital universitário, feito com a presença de estudantes de graduação ou de médico residentes, sob a supervisão, respectivamente, de professores e preceptores, possa violar o direito à intimidade dos pacientes.

Da análise dos autos, percebo que se afigura imprescindível para o deslinde da presente demanda a diferenciação entre o constrangimento e a quebra da intimidade, porquanto o primeiro é sentimento de ordem subjetiva, o qual nem sempre é decorrência da objetiva violação à vida privada, caracterizadora do segundo item.

Logo, o fato de algum paciente, eventualmente, sentir-se constrangido em ser assistido por um estudante não implica dizer que sua intimidade esteja sendo devassada, até porque o atendimento prestado é feito sob o manto protetivo do sigilo profissional, o qual é garantido por diversos dispositivos do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM n° 1.246, de 08 de janeiro de 1988, em especial os seguintes:

Art. 11° - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O Mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

É vedado ao médico:

Art. 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

[...]

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas. Muito embora referido código de ética refira-se aos profissionais de Medicina, entendo que o estudante universitário, no exercício de atividades acadêmicas de ordem prática, desde já está sujeito às referidas regras éticas, que visam justamente resguardar o direito à intimidade dos pacientes, e fazem parte do ensino das ciências médicas.

Tanto é assim que o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n° 663, de 28 de fevereiro de 1975, nos seguintes termos:

RESOLUÇÃO CFM n.º 663/ 75

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1975, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045 de 19 de julho de 1958.

CONSIDERANDO que o estudante de Medicina deve ter parte ativa no sistema educacional;

CONSIDERANDO que todo o estudante deve ser treinado na elaboração da história clínica, no exame do doente, no diagnóstico e no tratamento;

CONSIDERANDO que o estudante de Medicina deve iniciar sua experiência no trato dos doentes o mais cedo possível;

CONSIDERANDO que o programa educacional deve incorporar assistência ambulatorial e hospitalar, para maior e melhor benefício do estudante e Medicina;

CONSIDERANDO que deve haver uma relação de cooperação a mais estreita possível entre as Escolas de Medicina e os diversos tipos de serviços médicos devidamente capacitados para o ensino, existentes no País;

CONSIDERANDO que não se deve separar a educação médica da assistência médica;

CONSIDERANDO que, para adquirir conhecimento básico das diferentes técnicas e procedimentos para bem tratar as mais variadas condições clínicas, o estudante deve ter contato direto com doentes com participação, sob supervisão, na solução de todos os problemas da área médica, sejam individuais ou da comunidade;

CONSIDERANDO que o estudante de Medicina deve ter a oportunidade de participar, sob supervisão, de atos e procedimentos médicos para atingir sua execução num grau de eficiência e perfeição desejada;

CONSIDERANDO que a educação do estudante de Medicina deve ser o começo de um processo contínuo;

CONSIDERANDO que deve ser dada a maior importância à orientação e aprimoramento em atividades práticas durante o aprendizado médico, para que a transição do treinamento para a prática efetiva se realize de uma maneira natural, dando ao médico consciência e segurança,

RESOLVE:

1- Determinar aos médicos manter permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de Medicina no trato com os doentes.

2-Determinar aos médicos que, nessa supervisão, procurem sempre fazer conhecidas dos estudantes de Medicina todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações encontradas no trato dos doentes.

3- Determinar aos médicos que procurem fazer conhecidas dos estudantes de Medicina sob sua supervisão as altas responsabilidades sociais da Medicina e dos médicos em particular.

Assim, entendo que o estudante de medicina, ao atender um paciente, ou participar de um procedimento, ainda que tenha por escopo o aprendizado médico, já está a atuar regido pelas mesmas regras éticas que balizam o exercício da medicina, de sorte que não se pode presumir pela existência de risco de divulgação de dados íntimos do paciente, como presumido no depoimento de fl. 23 deste feito.

Por outro lado, a extirpação da participação dos estudantes em procedimentos médicos, quando o paciente alegar constrangimento, além de lhe negar o aprendizado da melhor forma, estará, por via transversa, prejudicando o próprio direito à saúde, pois estará impondo óbices à formação dos futuros profissionais de medicina, a qual demanda efetivo contato com a prática médica.

Também não está sendo ferido o direito de acesso à saúde, pois, em momento algum, foi negado o atendimento a pacientes, mas apenas condicionado esse atendimento à participação de estudantes de medicina, como forma de aprimorar seus conhecimentos técnicos, da maneira que prevê o artigo 207 da Constituição Federal, ou seja, mediante a indissociabilidade entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão, por parte da Faculdade de Medicina, a qual está vinculado o hospital da requerida.

Portanto, tendo em vista que, nos procedimentos adotados pela requerida, se busca a integração entre o acesso a saúde e o acesso à educação de qualidade, ambos direitos fundamentais sociais previstos na Constituição Federal, e que a participação de estudantes de medicina nos procedimentos

realizados no Hospital não viola o direito à intimidade ou privacidade dos pacientes, por estarem eles, igualmente aos médicos, vinculados às regras éticas do exercício da profissão, não há como se dar procedência ao pleito liminar formulado pelo Ministério Público Federal.

Ante o exposto, INDEFIRO A LIMINAR. (**Ação Civil Pública nº 2009.71.01.001049-6/RS**, Juízo Substituto da 1ª Vara Federal de Rio Grande, **Juiz**: Cristiano Estrela da Silva).

Essa decisão monocrática gerou insatisfação, o que motivou a interposição de um agravo para o Tribunal Regional Federal da 4ª Região, sendo negado o seu provimento. No Agravo de Instrumento nº 2009.04.00.032205-5/RS, a Relatora, Desembargadora Federal Maria Lúcia Luz Leiria dá razão ao magistrado federal de primeiro grau¹⁰:

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITOS FUNDAMENTAIS. INTIMIDADE. ENSINO. SAÚDE. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

O ensino médico somente pode manter um grau de excelência aliando-se a teoria à prática da medicina. Dessa forma, os estudantes, doutorandos têm os mesmos deveres dos médicos no que diz respeito à ética e ao compromisso com o sigilo dos pacientes que examinam.

Ademais, na colisão entre direitos fundamentais, é necessário que se busque sempre o bem maior, o interesse maior a ser protegido, que no presente caso, é o da manutenção da excelência do ensino médico, com o que se está a privilegiar o interesse público de todos os cidadãos que em determinado momento da vida necessitam de cuidados hospitalares. (Agravo de Instrumento nº 2009.04.00.032205-5/RS, 3ª Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Relatora: Maria Lúcia Luz Leiria. Julgado em 26/01/10).

Diante da insatisfação, o Ministério Público Federal na condição de reclamante, interpôs recurso extraordinário com base no artigo 102, II, a, da Constituição, contra o acórdão proferido por Órgão Colegiado da Corte. Sustenta a parte recorrente que o acórdão contrariou o disposto nos artigos 1º, III; 5º, X; 6º e 196 da Carta Política, porquanto negado a paciente gestante exame médico de índole ginecológica sem a presença de estudantes por se cuidar de hospital escola. Porém, o recurso extraordinário foi negado¹¹. Senão vejamos:

¹⁰BRASIL. TRF4. **Agravo de Instrumento nº 2009.04.00.032205-5/RS**. Terceira Turma, Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Relatora: Maria Lúcia Luz Leiria. Disponível em: <http://www2.trf4.gov.br/trf4/processos/visualizar_documento_gedpro.php?local=trf4&documento=3245620&hash=2e96dc34d78838a663bb889fa2a15073> Acesso em 10 jan. 2015.

¹¹BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 632303**. Relatora: Ministra Cármen Lúcia. Publicação em 23/11/10. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=3981571>> Acesso em: 11 jan. 2015.

DECISÃO: RECURSO EXTRAORDINÁRIO INDEFERIMENTO DE TUTELA ANTECIPADA EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA: SÚMULA 735 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RECURSO AO QUAL SE NEGA SEGUIMENTO. (RE 632303, Supremo Tribunal Federal, Relatora: Ministra Cármen Lúcia, Publicado em 23/11/2010).

Mesmo com tal decisão em última instância, a pesquisa continua de acordo com a posição do Ministério Público Federal, pois acredita-se que esse é mais um procedimento que constitui violência obstétrica, visto que há o desrespeito da vontade da parturiente. Pois não é pelo fato de a paciente querer ser atendida apenas por médico formado, sem a presença de estudantes que ela não deve ser atendida em hospital-escola, que é sempre um centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, custeada pelo Estado, portanto de livre acesso a quem dele precisar, devendo cumprir um de seus preceitos que é o de atendimento humanizado à população

3.2.3 Manobra de Kristeller

Foi desenvolvida sem base científica. Realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Diversos estudos apontam que é um procedimento prejudicial e apesar disso continua sendo realizado com frequência. Dá-se da seguinte forma: a pessoa sobe na barriga da mulher, ou pressiona seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, braço, antebraço ou joelho. É visto como um procedimento proscrito pelos próprios profissionais de saúde, contudo, continuam a realizá-la e da mesma forma que acontece com a episiotomia, não o registram em prontuário. É causadora de desconforto e reconhecidamente danosa à saúde podendo acarretar lesões nas víceras abdominais, no útero e descolamento da placenta, bem como ineficaz, capaz de provocar um trauma que se seguirá durante muito tempo. Constitui violência obstétrica de caráter físico e psicológico.

Muitos relatos de quem já foi vítima de algum procedimento violento estão escritos em um dossiê: Violência Obstétrica “Parirás com dor”, que serviu de fonte de pesquisa deste trabalho. O dossiê foi elaborado pela Rede Parto do Princípio-Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, que é composta por mais de trezentas

mulheres em vinte e dois estados brasileiros e que trabalham voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde para a CPMI da Violência Contra as Mulheres¹²:

Duas pessoas subiram em cima da minha barriga para o bebê nascer. J. que não recebeu nenhum incentivo para adotar outra posição mais favorável para o parto. Ficou deitada de barriga para cima e pernas na perneira. Atendida através de plano de saúde em Vitória-ES.

O médico fez manobra de Kristeller, empurrando minha barriga para baixo. Me fizeram episiotomia sem ao menos perguntar se eu permitia ou me explicar o motivo do procedimento. Eu me senti extremamente mal e vulnerável por não ter entendido nada do que aconteceu comigo. Minha filha nasceu mal e ficou internada por uma semana. Nunca soube o motivo. Ninguém nunca me explicou nada sobre o parto e sobre o porquê da minha filha ficar internada. Eu nunca mais quis ter filhos. C.M. atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG.

Nota-se, portanto, diante do explanado, que trata-se de mais um procedimento desnecessário e prejudicial ao bem estar da parturiente.

3.2.4 Outros procedimentos

Como exemplo de outros procedimentos desnecessários temos a tricotomia, a lavagem intestinal, o uso da ocitocina e a posição da mulher na hora do parto.

A tricotomia é a raspagem dos pelos pubianos, feita por questão de higiene. Muitos médicos reprovam o procedimento, pois acreditam que as fissuras provocadas na pele pela raspagem aumentam a chance de infecção. A lavagem intestinal é feita com o escopo de evitar a evacuação no parto, sendo incitada antes com um laxante. A técnica está em desuso, porque a maioria das grávidas não evacua no parto.

No parto normal, a dilatação do colo do útero é verificado com o exame de toque, que constitui de manobras dolorosas para dilatarem ou reduzirem

¹²REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2014.

manualmente o colo do útero, com a finalidade de acelerar o trabalho de parto. Pode ser considerado prejudicial porque na maioria das vezes ele é realizado sem o esclarecimento ou consentimento da parturiente. É uma prática rotineiramente utilizada no Brasil, juntamente com o uso de ocitocina, que é um hormônio artificial, colocado junto ao soro. Utilizado para acelerar as contrações uterinas, que sem a indicação necessária podem acarretar em dificuldades na oxigenação do bebê e dano cerebral.

Além disso, o uso desse hormônio artificial causa dor e sofrimento desnecessários à parturiente. Está sendo frequentemente adotado de forma inadequada, principalmente associado à aceleração de parto por conveniência do médico, não considerando a segurança do parto. Utilizado sem o consentimento da parturiente, é uma causa de violência obstétrica. No dossiê já citado, está descrito outro relato da mesma natureza:

A enfermeira disse que, como eu estava “quase lá”, ela colocaria o “sorinho” em mim primeiro. Perguntei o que tinha no soro e ela falou que tinha ocitocina. Eu disse NÃO. Ela não deu importância. Pelo contrário, disse que ia me colocar, porque ninguém ali queria um bebê morto, não é mesmo? As pessoas vão para o Hospital para ter um bebê vivo, e se eu tivesse que ir para a UTI ninguém perderia tempo achando minha veia. Ainda reclamou que a veia da minha mão era muito torta.

Thais Stella, atendida na rede pública no Hospital Sorocabana, Lapa em São Paulo-SP.

Mesmo com recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina (posições horizontais de barriga para cima) para o parto. Essa posição prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para a mãe e prejudica a oxigenação do bebê. A mulher tem que ser encorajada a parir na posição que lhe for mais confortável. A negativa dos profissionais de saúde com relação à isso pode ser vista também como um ato violento, como se ver ainda no mencionado dossiê:

Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de “parto hippie” da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico.

G. atendida através de plano de saúde no Rio de Janeiro-RJ.

Não chega a ser um procedimento, e sim uma conduta caracterizadora da violência obstétrica: a proibição de acompanhante. Pesquisas apontam que a

presença de um acompanhante no parto apresenta inúmeros benefícios para a parturiente e para o recém-nascido, como a confiança, menor incidência de pânico e exaustão, menor solidão e menos ansiedade. É garantido por lei a permissão de acompanhante, durante e após o parto em hospitais públicos e particulares. Assim preceitua a Lei nº 11.108/2005¹³:

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

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

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

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.418 de 2005, considerando a lei acima citada, 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, resolve¹⁴:

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.

¹³BRASIL. **Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso em: 11 jan. 2015.

¹⁴BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2418/2005**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html> Acesso em: 10 jan. 2015.

É disposto também na Resolução RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) nº 36/2008 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)¹⁵: “O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.”

Portanto, diante de tantos benefícios comprovados por meio de uma simples intervenção, quais seriam os motivos de impedir a entrada, bem como permanência de um acompanhante que a parturiente escolheu? Ao nosso ver, nenhuma. Mas, infelizmente, o impedimento acontece, no desrespeito às normas e diante dos seguintes argumentos por parte dos profissionais de saúde¹⁶:

“O anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”, “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”, “O hospital tem suas próprias regras”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto.”

Tratam-se de “desculpas” e constituem violência obstétrica de caráter institucional e conseqüentemente a de caráter psicológico. Não é raro acontecer em instituições particulares o estabelecimento de protocolos superiores à legislação vigente, como também nas instituições públicas ou conveniadas com o SUS, alegarem que desconhecem o dispositivo, atribuindo ao direito de acompanhante um privilégio que só existe no setor privado, dessa forma, infringido a Lei nº 11.108/2005. O que dificulta a aplicação da Lei é a falta de punição caso seja descumprida. Relatos de que já foi vítima do desrespeito no dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor”:

Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse “Então eu vou embora e você faz o parto.”
C.M., atendida na rede pública, Barbacena (MG).

¹⁵BRASIL. **Resolução RDC nº 36/2008**. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf> Acesso em 11 jan. 2015.

¹⁶REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. Disponível em:
<<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2014.

Entrei em contato com a Maternidade e me informaram que não conhecem a lei que dá o direito ao acompanhante no parto e por isso a maternidade não permitirá acompanhante na hora do parto.

Dayana Rossi, em contato com a Maternidade Marlene Teixeira onde pretendia ser atendida no parto, em Aparecida (GO).

Além dessa conduta, há também outras capazes de configurar violência obstétrica, como o atendimento desumanizador e degradante. É raro e aparentemente, não faz parte da rotina obstétrica no Brasil o bom atendimento, o que chega até a ser considerado como sorte quando há. A percepção é de algo negativo, porém, chegando a ser visto como maus-tratos. Vários são os maus-tratos como: a peregrinação em busca de vaga, causa principal de mortalidade materna. É obrigação do profissional de saúde procurar encontrar vaga para a parturiente em caso de urgência ou emergência, segundo o que dispõe a Resolução RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) nº 36/2008 da ANVISA:

5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

5.6.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

Outra causa que caracteriza maus-tratos é a omissão de informações, pois algumas mulheres fazem perguntas aos profissionais de saúde sobre quais procedimentos serão feitos com ela e com o bebê e nem sempre obtém esclarecimento, e quando conseguem, é inadequado. O que causa um sentimento de submissão ao poder do profissional. Há a presença também do descaso e abandono, do desprezo e humilhação, da ameaça e coação, do preconceito e discriminação, homofobia, estigmatização, assédio, sadismo, culpabilização, chantagem e desconsideração dos padrões culturais. Passagens descritas em dossiê já citado:

Você deveria vir aqui e me perguntar sobre fralda, sobre chupeta, mamadeira!

Não devia me perguntar sobre procedimento no bebê!!!

Fala atribuída a médica neonatologista em resposta ao questionamento da gestante sobre os procedimentos a serem realizados no bebê ao nascer.

A.D., atendida através de plano de saúde, Vitória-ES.

Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu

bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para “pegar”. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer.

Sandra, atendida na Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES.

Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor “no corte”. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuo me informar e descubro que o médico que “fez os partos” não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que “normal não dói, é coisa da cabeça delas.”
ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES.

A médica plantonista que estava no dia que minha filha nasceu, me atendeu ali... como se eu fosse um pedaço de carne de açougue que o açougueiro corta, pesa e vende... sem ao menos olhar na cara de seu cliente.

P.L.S. atendida na rede pública em Ipatinga-MG.

Eu digo pras grávidas: “se não ficar quieta, eu vou te furar todinha” Eu aguento esse monte de mulher fresca?

T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto, Itaguaí-RJ.

Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.

Aline Pereira Soares, atendida na rede pública em Curitiba-PR.

Muitas pacientes são migrantes, tem sotaque do nordeste. Vêm do nordeste ter filhos e depois voltam. São muito ignorantes!

Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!

fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas.

Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES.

Ligaram do Hospital Dório Silva pro Conselho Tutelar para denunciar a parturiente, pois ela se declarou lésbica.

F. funcionária do hospital Dório Silva, na Serra-ES.

Faço parto normal no público. No privado nunca fiz. As mulheres não querem. Elas são muito preguiçosas.

P. médica ginecologista obstetra em Vitória-ES.

Me deitei e lá vinha ela de novo com aquela luva de toque. Nesse momento ela falou “Você tá sentindo dor assim porque perde tempo gritando, pára de gritar... Uma vez fiz um parto de uma menina de 15 anos, que não deu um grito sequer e que conversava com o filho pedindo que ele não a machucasse... Foi o parto mais lindo que já vi e não me deu trabalho nenhum...”. Pronto, vários pesos na consciência (por não conversar com minha filha, por gritar e por ter minha filha “me machucando”).

Lorena Andrade, atendida através de plano de saúde em Juiz de Fora-MG.

Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: “Tchau! Até o ano que vem!”. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: “Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro”. Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa.

Gabriela, atendida através da rede pública na Maternidade Pró-Matre em Vitória-ES.

Ao chegar na maternidade, fui recebida por um médico que se mostrou insatisfeito em me atender naquele horário, pois cheguei ao hospital no meio da noite. Ele perguntou se a minha febre e minha dor só aconteciam à noite e porque eu não fui ao hospital pela manhã. Contei para ele o que estava sentindo e que uma enfermeira tinha me atendido em casa e me orientado a procurar o hospital ainda naquele dia. Ele disse: “Há! A enfermeira já te diagnosticou? Pode ir no banheiro e tirar a roupa”. Eu fiz isso e ele me mandou deitar. Ele tocou meu peito de uma forma que eu senti uma dor absurda e então ele disse que precisaria fazer um exame de toque. Eu retruquei, disse que não queria que ele fizesse que ainda tinha um ponto do parto. Ele riu e disse que iria fazer o toque porque ele não podia dizer se era mastite assim. Ele fez o toque e eu me senti violentada por aquele médico, que parecia estar descontando no meu corpo e na minha dor a minha interrupção no seu plantão tão tranquilo no meio da noite.

C.M., atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG.

Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: “Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!”. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor.

P. atendida na ala do serviço público da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES.

O médico só gritava: “puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!”. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: “Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?”. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: “Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura”. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: “Quer ver o corpo?”. Eu não quis.

K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG.

A gestante estava no quarto PPP em um ambiente tranquilo e em penumbra durante o trabalho de parto. Quando a médica entra no quarto, ela disse: “Que absurdo! O que é isso aqui? Ascende essa luz! Isso não é toca de índio! Ei! (dando tapinhas em sua perna), acorda! Assim você não vai parir nunca! Colabora!”

ex-acadêmica do hospital escola da UFRJ.

Depois que as mulheres começaram a ganhar neném no hospital, nunca deixaram trazer a placenta para casa. Antigamente, enterrávamos a placenta no pé da bananeira. Agora, nossas filhas dizem “eca” quando contamos sobre essa tradição.

J., indígena de Aracruz-ES.

Tais relatos são sinônimos de descasos e de violência obstétrica, que acontecem diariamente em instituições públicas e privadas de saúde por parte de

seus profissionais, gerando ofensa aos direitos fundamentais das mulheres de terem um parto tranquilo e saudável.

4 REFLEXO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO PELO DANO CAUSADO

A violência obstétrica é muito difícil de ser provada, pois a denúncia tem de partir da mulher. À ela não é conferida nenhuma proteção imediata, visto serem atos médicos de acordo com a sua autoridade e atuação profissional. Dessa forma, há uma grande dificuldade de adentrar na esfera judicial em busca de amparo, devido a quase inexistência de provas. Além disso, a maioria das parturientes não conhecem seus direitos, fazendo com que reiteradamente aconteçam as práticas abusivas.

A grande dificuldade do tema é a questão da judicialização. Ainda não existe um histórico na Justiça sobre casos dessa natureza. A jurisprudência ainda é escassa, porém, já começa a despertar no mundo jurídico. A categoria de violência contra a mulher não está amparada pela esfera penal, ou seja, não existe um tipo penal ainda para punir os agressores, não cabendo em nosso trabalho cogitar a criação, mas tão somente um possível enquadramento das práticas danosas dos agressores em tipos penais diversos, a exemplo dos crimes de ameaça, constrangimento ilegal, lesão corporal leve e grave. Podemos, amparados pelo Código Civil, Código Penal, Código de Defesa do Consumidor, Pacto de San Jose da Costa Rica e Resoluções, discurrir a respeito do amparo que a nossa legislação dá aos direitos das mulheres e idealizar uma possível reparação no âmbito cível e penal pelo dano causado com a prática violenta.

4.1 DIREITOS DAS MULHERES NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

É dever do Estado a defesa dos direitos das mulheres e de coibir todas as formas de violência e discriminação. As políticas públicas são regidas por instrumentos legais, que por um lado garantem ou viabilizam o acesso aos direitos estabelecidos e por outro viés apoiam os processos de mudança que resultam no aperfeiçoamento das normas que regem as relações sociais.

O presente estudo trata da legislação federal sobre direitos das mulheres, pretendendo proporcionar uma visão de conjunto sobre esses direitos, dispostos na Constituição Federal e estendidos em legislação infraconstitucional e em tratado internacional assinado pelo Brasil. A legislação, principalmente a federal, regula as relações, as instituições e os processos sociais. Resguarda direitos individuais e coletivos dos indivíduos, como também firma acordo com o Estado na garantia desses direitos, ditando suas obrigações e responsabilidades.

A Constituição Federal de 1988 traz em seu artigo 1º, dos Princípios Fundamentais que norteiam a pátria, *in verbis*:

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

I - a soberania;

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana; (grifo nosso)

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Uma das finalidades constitucionais precípua é proteger os direitos do homem, estando, pois, a noção de dignidade da pessoa humana intrinsecamente fundida com a definição material de Constituição, haja vista não poder consagrar-se uma Constituição que não proteja e promova a dignidade do homem. Bulos (2011, p. 515), conceituando direitos fundamentais, explica que:

Direitos fundamentais são o conjunto de normas, princípios, prerrogativas, deveres e institutos, inerentes à soberania popular, que garantem a convivência pacífica, digna, livre e igualitária, independente de credo, raça, origem, cor, condição econômica ou status social. Sem os direitos fundamentais, o homem não vive, não convive, e, em alguns casos, não sobrevive.

O princípio da dignidade da pessoa humana relaciona-se ao atributo imanente a todo ser humano, justificando o exercício da sua liberdade e a plena realização de seu direito à existência. Assim, eleva o ser humano ao topo do patamar, com o escopo de impedir a sua degradação e a sua redução a um mero objeto de manipulação. Envolve a proteção e a promoção das condições fundamentais para uma vida digna, pautada na garantia de independência e da autonomia do ser humano, coibindo qualquer obstáculo que impeça efetivação de seus direitos essenciais inalienáveis.

O texto constitucional tratou a dignidade da pessoa humana como princípio máximo, na posição de norma jurídica fundamental. As normas jurídicas se caracterizam pela coercitividade e imperatividade. Os princípios são equiparados às normas jurídicas, porém a coercitividade se expressa em um grau ainda mais determinante do que nas outras normas jurídicas, pois as regras e princípios constitucionais são normas jurídicas de hierarquia superlativa, submetendo todo o conjunto normativo inferior às suas disposições.

A Carta Magna foi um marco na conquista dos direitos das mulheres, garantindo a igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres, e aprofundando e criando direitos para os sujeitos e obrigações para o Estado perante os indivíduos, o que ainda inexistia no ordenamento jurídico pátrio. Em seu artigo 5º dos direitos e garantias fundamentais, descreve:

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

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

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

[...]

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

[...]

§ 2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

§ 3º - Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004).

Na prática da violência obstétrica, vários dispositivos constitucionais são violados. Podemos até enquadrá-la como uma forma de tortura, de acordo com os ensinamentos do constitucionalista Bulos (2011, p. 547): “Torturar é constranger alguém, mediante a prática da violência, da grave ameaça, causando-lhe dor, pavor, sofrimento físico ou mental”. Ao passar por diversos procedimentos, muitas vezes

desnecessários, as parturientes estão vulneráveis e sem direito de opinião, tendo a sua liberdade de manifestação do pensamento ocultos. Não podendo escolher se querem passar ou não por aquilo e sem saber quais os riscos que os procedimentos trazem, configurando mais uma vez uma violação ao disposto no artigo em comento.

Se houver violação à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, com a prática da violência obstétrica, é assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. O dano material proporciona a diminuição do patrimônio do lesado, causando-lhe prejuízo econômico, e pode ser visto de duas maneiras: como dano emergente (diminuição real no patrimônio) ou como lucro cessante (frustração de um ganho esperado). O dano moral é detectado pela mágoa profunda ou constrangimento, que são capazes de causar lesões extrapatrimoniais no ser humano. Assunto que será aprofundado em tópico específico.

Além do catálogo de liberdades públicas do Texto de 1988, são inclusos outros direitos, de bojo constitucional, decorrentes do regime e dos princípios por ele adotados. O § 2º do artigo 5º funciona como cláusula geral de recepção, pois confere aos tratados e convenções de direitos humanos hierarquia constitucional, viabilizando, portanto, a incorporação ao catálogo. A Carta de 1988 foi a primeira, no Brasil, a consagrar, de modo explícito, a possibilidade de outros direitos ingressarem no ordenamento, via tratados internacionais. Bulos (2011, p. 698), descrevem tais direitos e assim, os descrevem:

São os que derivam dos atos, pactos, cartas, convênios, convenções, protocolos, entre outros negócios jurídicos que se revestem de terminologias variadas, mas que objetivam produzir efeitos jurídicos potencialmente concretos. O conteúdo desses direitos deverá espelhar a substância dos princípios e normas previstos na Constituição de 1988 [...].

Com a promulgação da Emenda Constitucional 45/2004 (Reforma do Judiciário), os tratados relativos aos direitos humanos passaram a ser equiparados às normas constitucionais e a vigorar de imediato, devendo ser aprovados em dois turnos, por pelo menos três quintos dos votos na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Ou seja, eles não ingressam no ordenamento jurídico brasileiro na qualidade de leis ordinárias, não podendo o legislador comum revogar os atos de direito das pessoas relativos a direitos humanos. Como exemplo de tratado, podemos citar o Pacto de San Jose da Costa Rica (Decreto nº 678, de 6 de

novembro de 1992), que foi ratificado pelo Brasil em setembro de 1992, com o objetivo de consolidar entre os países americanos um regime de liberdade pessoal e de justiça social, pautado no respeito aos direitos humanos essenciais, independentemente da naturalidade da pessoa. Merecendo destaque para nossa pesquisa o artigo 5º:

Artigo 5º – Direito à integridade pessoal

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

Vislumbra-se, portanto, de mais um dispositivo desrespeitado quando há a configuração da violência obstétrica, seja por meio de atos ou procedimentos caracterizadores. Não é levado em consideração a integridade física, psíquica nem moral quando o corpo de uma mulher é invadido por terceiros, com procedimentos sem evidência científica que prejudicam a saúde tanto da parturiente como do bebê. Trata-se de uma verdadeira tortura, repleta de maus tratos e ações desumanas.

A Constituição Federal enquanto Lei Maior, deveria ter seus princípios respeitados, inclusive pelo caráter coercitivo e imperativo apresentados. Porém, com a prática da violência obstétrica durante o parto por profissionais de saúde, o que se denota é uma clara inobservância de tais princípios e uma desvalorização do bem maior que é a vida, com digna e plena saúde física e mental.

A saúde pela primeira vez foi elevada à condição de direito fundamental no artigo 196 da Constituição:

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

Assim afirma Bulos (2011, p. 1537): “O intuito dos textos constitucionais é formidável. Mas nem sempre se concretiza, principalmente no Brasil, onde a incolumidade do ser humano ainda é uma esperança”. O direito à saúde além de ser enquadrado como direito fundamental que assiste a todas as pessoas é também uma representação constitucional indissociável do direito à vida. Não é admissível que esse direito seja desrespeitado, pois a vida do ser humano é um bem maior que

deve ser preservado. O parto é um momento em que a parturiente deve estar em completo bem-estar físico, mental e espiritual.

4.2 DA POSSIBILIDADE DE REPARAÇÃO NO ÂMBITO CÍVEL

A ideia da pesquisa é não deixar passar despercebidas as ações ou omissões dos agentes causadores de todos os atos e procedimentos caracterizadores da violência obstétrica, explanados em itens anteriores. Com isso, trazemos à tona normas infraconstitucionais como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, concernentes à responsabilidade civil, seja de natureza objetiva ou subjetiva. Segundo Carlos Roberto Gonçalves (2012, p. 19):

Toda atividade que acarreta prejuízo traz em seu bojo, como fato social, o problema da responsabilidade. Destina-se ela a restaurar o equilíbrio moral e patrimonial provocado pelo autor do dano. Exatamente o interesse em restabelecer a harmonia e o equilíbrio violados pelo dano constitui a fonte geradora da responsabilidade civil. Pode-se afirmar, portanto, que responsabilidade exprime ideia de restauração de equilíbrio, de contraprestação, de reparação de dano.

O artigo 186 do Código Civil consagra uma regra universalmente aceita que é a de que todo aquele que causa dano a outrem é obrigado a repará-lo: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. Analisando esse artigo, evidencia que quatro elementos são essenciais para a configuração da responsabilidade civil: ação ou omissão, culpa ou dolo do agente, relação de causalidade e o dano experimentado pela vítima.

A ação ou omissão pode ser derivada de ato próprio ou de ato de terceiro que esteja sob a guarda do agente, como por exemplo, as pessoas jurídicas de direito privado, por seus empregados, e as de direito público, por seus agentes. Trazendo ao tema do nosso trabalho, temos como exemplo tanto a responsabilidade dos profissionais de saúde, como a responsabilidade dos hospitais públicos e privados.

A conduta, de natureza culposa é o ato humano voluntário dirigido, em geral, à realização de um fim lícito, mas que, por impudência, imperícia ou negligência, ou

seja, por não ter o agente observado o seu dever de cuidado, dá causa a um resultado que não queria.

Enquanto o dolo consiste na vontade de cometer uma violação de direito, violação essa deliberada, consciente e intencional do dever jurídico. No que tange a forma de atuação do agente, Gonçalves (2012, p. 316), leciona que:

Se a atuação desastrosa do agente é deliberadamente procurada, voluntariamente alcançada, diz-se que houve culpa *lato sensu* (dolo). Se, entretanto, o prejuízo da vítima é decorrência de comportamento negligente e imprudente do autor do dano, diz-se que houve culpa *strictu sensu*.

Para obter a reparação do dano, a vítima geralmente tem de provar dolo ou culpa *strictu sensu* do agente, de acordo com a teoria subjetiva adotada em nosso Código Civil. Porém, como essa prova muitas vezes se torna difícil de ser conseguida, é admitido, em hipóteses específicas, alguns casos de responsabilidade sem culpa, que é a responsabilidade objetiva, pautada na teoria do risco.

Outro elemento essencial é a relação de causalidade, que é a relação de causa e efeito entre a ação ou omissão do agente e o dano verificado. Sem ela não existe a obrigação de indenizar. Por último, temos o elemento dano, indispensável à responsabilidade civil. O dano pode ser material (aquele que atinge o patrimônio) ou moral (aquele que ofende ou viola os bens de ordem moral)

A responsabilidade civil biparte-se em responsabilidade civil subjetiva e responsabilidade civil objetiva. Por responsabilidade civil subjetiva entendemos que é aquela que se esteia na ideia de culpa. Sendo provada a culpa do agente, é essencial que o dano seja indenizável. Portanto, a responsabilidade do causador do dano somente se configurase agiu com dolo ou culpa, devendo haver nexos de causalidade entre o dano indenizável e o ato ilícito praticado pelo agente. Em nosso ordenamento jurídico, a cláusula geral da responsabilidade subjetiva está prevista no artigo 186 c/c o artigo 927 do Código Civil e é vista como regra.

A lei impõe, entretanto, a certas pessoas, em determinadas situações, a reparação de dano independente de culpa. Quando isto acontece, diz-se que a responsabilidade civil é objetiva ou legal. É caracterizada por prescindir de culpa e bastar o dano e o nexos de causalidade. Essa teoria, chamada de objetiva ou do risco, tem como premissa que todo dano é indenizável e deve ser reparado por quem a ele se liga por um nexos de causalidade, independentemente de culpa. Esta

pode ou não existir, mas será sempre irrelevante para a configuração do dever de indenizar. O que torna-se indispensável é tão somente a relação de causalidade entre a ação e o dano.

A responsabilidade objetiva não substitui a subjetiva, mas fica circunscrita aos seus justos limites. Adverte Pereira (1990 *apud* GONÇALVES, 2012, p. 50):

[...] a regra geral, que deve presidir à responsabilidade civil, é a sua fundamentação na ideia de culpa; mas, sendo insuficiente esta para atender às imposições do progresso, cumpre ao legislador fixar especialmente os casos em que deverá ocorrer a obrigação de reparar, independentemente daquela noção. Não será sempre que a reparação do dano se abstrairá do conceito de culpa, porém quando o autorizar a ordem jurídica positiva [...].

A responsabilidade objetiva está evidenciada em nosso ordenamento jurídico no parágrafo único do artigo 927 do Código Civil que diz: “Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, riscos para os direitos de outrem”. Essa inovação trazida é um avanço para o ordenamento jurídico pátrio em matéria de responsabilidade civil, pois a admissão da responsabilidade sem culpa pelo exercício de atividade que, por sua natureza, representa risco para os direitos de outrem, da forma genérica como consta o texto, possibilitará ao Judiciário uma ampliação dos casos de dano indenizável.

Nos casos de violência obstétrica, podemos enquadrar as duas espécies de responsabilidade civil. A responsabilidade objetiva para o Estado, pessoa jurídica de direito público, por ser civilmente responsável por atos dos seus agentes em instituições públicas de saúde e diretamente responsável pelos serviços prestados por instituições privadas de saúde, com o dever permanente de regular e monitorar tais instituições. Pode ser visto como responsabilidade objetiva a das instituições privadas, se o profissional de saúde for contratado do hospital. A responsabilidade subjetiva é do agente causador, o próprio profissional de saúde.

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal:

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

O direito subjetivo a saúde é um direito social (artigo 6º da Constituição) e um direito fundamental, que assiste a todos, sem distinção, por sua íntima vinculação ao direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana e não pode sequer ser extirpado da Carta Constitucional por emenda à constituição. Ou seja, recai sobre o Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso à saúde. Não sendo efetivado esse direito, o Estado pode ser objetivamente responsabilizado, independentemente de culpa.

A responsabilidade civil do Estado é descrita pelo artigo 43 do Código Civil, *in verbis*: “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvado direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo”. Segundo Gonçalves (2012, p. 150):

Não existe comportamento culposo do funcionário, basta que haja o dano, causado por agente do serviço público agindo nessa qualidade, para que decorra o dever do Estado de indenizar. Essa responsabilidade abrange as autarquias e as pessoas jurídicas de direito privado que exerçam funções delegadas do Poder Público, como as permissionárias e concessionárias do serviço público.

Foi adotada pela Constituição Federal a teoria da responsabilidade objetiva do Poder Público, porém, sob a modalidade do risco administrativo, permitindo que a responsabilidade do Estado possa ser atenuada, provada a culpa parcial e concorrente da vítima, e até mesmo excluída, provada a culpa exclusiva da vítima. Portanto, não foi adotada a teoria da responsabilidade objetiva na modalidade do risco integral, que obrigaria o Estado a indenizar sempre, sem nenhuma excludente.

O Brasil foi condenado em 2011 pelo primeiro caso de mortalidade materna denunciado à ONU (Organização das Nações Unidas) e julgado pelo Comitê de Acompanhamento da Implementação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, na sigla em inglês), incumbido de monitorar o cumprimento pelos Estados-parte da Convenção relativa aos Direitos das mulheres, adotada pelas Nações Unidas em 1979. A única condenação do Estado brasileiro proveniente de um órgão do Sistema Universal de Direitos Humanos foi paga depois de dez anos à mãe de Alyne Silva Pimentel, Maria de Lourdes Pimentel.

Alyne, 28 anos de idade, vendedora, afrodescendente e de baixa renda, aos seis meses de gestação, sentiu-se mal e procurou a maternidade em que fazia pré-natal em Belford Roxo, na Baixada Fluminense e foi transferida para um hospital sem ficha médica, passando oito horas no corredor. Morreu em 2002, cinco dias depois de dar entrada num hospital da rede pública por falta de atendimento adequado, pré-natal precário, instituições sucateadas e médicos despreparados. Uma morte que deveria ter sido evitada, caso ela tivesse acesso a um atendimento básico de obstetrícia de qualidade, o que é responsabilidade do Estado. Com crises de vômito e dores, procurou uma clínica e foi medicada com medicamentos para náusea, vitamina B12 e cremes vaginais.

Voltando ao ambulatório, conveniado ao SUS (Sistema Único de Saúde), dois dias depois, foi informada que seu bebê já não estava mais vivo. Para evitar também a morte da parturiente, Alyne, que estava com hemorragia, foi levada para um hospital referência para a Baixada Fluminense, aonde chegou com parada respiratória, tendo que ser reanimada. Entrou em coma e morreu no dia seguinte. Em entrevista ao Jornal “Estadão”, a mãe de Alyne diz¹⁷:

Ainda escuto os gritos da minha filha. O bebê estava morto e os médicos resolveram induzir o parto. Ela não acreditava que a Ester tinha morrido. Ela dizia: “Mas eu sinto mexer”. Induziram o parto e muito depois fizeram a curetagem. Enterrei minha neta e me chamaram no hospital. O médico disse que minha filha estava com uma hemorragia digestiva. Perguntou se eu não tinha uma clínica para levá-la. Quando ela foi transferida, não mandaram a ficha médica. Ninguém sabia o que ela tinha passado, quanto tempo de gravidez tinha, nada. Os médicos tiveram de reanimar minha filha. Aí já não a vi mais. Levam a vida das pessoas na brincadeira. Isso é uma coisa muito séria: receber uma vida e tirar uma vida. Essa condenação foi muito boa para o Brasil ter mais cuidado. Tem de preparar os médicos, tem de ter hospital para as pessoas irem. No hospital eu estava desesperada, mas quando falaram que ela morreu, senti uma paz. Parecia que não tinha acontecido nada. Nem acreditei. O marido dela, Adriano, ficou desesperado. Mas eu estava calma. Contei tudo para a Alice (filha de Alyne), não escondi nada. Ela tinha 5 anos. Parecia que não havia entendido. Mas, depois, ela não comia. Ela começou a ter tudo. Precisou de fonoaudiólogo. Ela ficou gaga. Queria falar e não conseguia, parecia que a voz ia faltar. Ficou com dificuldade de aprendizagem. Hoje, está com 16 anos e cursa o 8º ano. Alice queria me chamar de mãe, mas eu não deixei. “Você tem a sua mãe”, eu dizia para ela. Começou a chamar a Ana Paula, minha filha caçula, de mãe. A Ana Paula também ficou traumatizada. Ela queria ter filho e não engravidava porque ficava com medo de morrer. Ficou três anos tentando. A Alice ainda não foi indenizada, mas a indenização dela vai vir. O dinheiro

¹⁷ESTADÃO. ‘**Ainda penso que minha filha vai entrar pela porta a qualquer hora**’. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ainda-penso-que-minha-filha-vai-entrar-pela-porta-a-qualquer-hora,1143951>> Acesso em: 20 jan. 2015.

não é muito e nem dá para comprar uma casa. Mas vou fazer um plano de saúde para mim. Também vou fazer reparos na casa e ajudar a Alice nos estudos. Quando as ONGs me procuraram, achei que podia ter justiça para a minha filha. Mas fiz mais pelo futuro das outras mães. A gente não sabe o que acontece porque as pessoas não abrem a boca para denunciar. Ainda penso que minha filha vai entrar pela porta a qualquer hora. São tantas mães que ficam sem suas filhas, tantas crianças que crescem sem suas mães. Por meio dessa ONU, muita coisa vai vir à tona. Tem de acreditar que vai mudar.

A reparação tem natureza compensatória, proporcionalmente às violações constatadas. O Comitê decidiu que o Estado violou o direito à saúde de qualidade, o direito ao acesso à justiça, o direito a ter as atividades dos serviços privados de saúde regulados pelo Estado e o direito de não ser discriminada. Para o Comitê, o Estado é responsável de uma forma direta pelos serviços prestados por instituições privadas de saúde, ou seja, é dever estatal regular e monitorar de forma permanente as instituições privadas de saúde.

Houve ainda, segundo o Comitê, a ausência de serviços apropriados de saúde materna e discriminação, pelo fato de ser mulher, afrodescendente e de baixa renda. Ainda, afirmou que o Estado não assegurou proteção judicial contra os que causaram diretamente a morte de Alyne e foi responsável pela demora no julgamento da ação indenizatória, não cumprindo, assim, sua obrigação de assegurar proteção e ação judicial efetiva.

Não está incluso no caso relatado, mas é importante frisar que o profissional de saúde, servidor público, responde regressivamente perante o ente público condenado a indenizar o dano, se demonstrada sua culpa. É o chamado direito de regresso, conforme dispõe o artigo 43 do Código Civil:

Art 43 As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvando o direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo.

Outra questão importante que surge é se as instituições privadas de saúde têm responsabilidade objetiva, submetendo-se ao disposto no inciso III do artigo 932 do Código Civil:

Art 932 São também responsáveis pela reparação:
[...]

III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

A responsabilidade adotada pelo Código Civil de 2002 adotou a mesma forma de responsabilidade que o Código de Defesa do Consumidor já havia adotado, a responsabilidade objetiva, independentemente de culpa, em relação aos prestadores de serviço em geral.

Quando as instituições particulares de saúde prestam serviço aos que as procuram, criam uma relação contratual, entre fornecedor e consumidor, ou seja, uma relação consumerista, sendo regulada por norma infraconstitucional. O hospital responde pelos atos médicos dos profissionais que o administram (diretores, supervisores) e dos médicos que sejam seus empregados. O hospital firma um contrato hospitalar com o paciente, assumindo obrigação de fornecer serviços médicos, paramédicos (medicamentos, instalações, instrumentos, pessoal de enfermagem etc) e de hospedagem. O *caput* do artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor estabelece a responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços:

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

O estabelecimento de saúde privado também terá o direito de regresso, reavendo do profissional de saúde mediante ação regressiva contra o causador direto do dano, quando provado sua culpa. O hospital não responderá na hipótese de o médico ou qualquer profissional de saúde utilizar suas instalações para internação e tratamento de pacientes, não sendo, assim, preposto, mas profissional independente, sem vínculo de subordinação com o hospital, na utilização do mesmo por interesse ou conveniência do paciente ou dele.

Trata-se, portanto da chamada responsabilidade subjetiva. Há um contrato entre o paciente e o médico, quando este o atende, não tem como objeto contratual a cura, a obrigação de resultado, mas a proceder de acordo com as regras e os métodos da profissão, prestação de cuidados contenciosos, de acordo com as aquisições da ciência, configurando-se, assim, uma obrigação de meio. Serão responsabilizados civilmente quando ficar provada qualquer modalidade de culpa: imprudência, negligência e imperícia.

Ao prejudicado incumbe a prova de que o profissional agiu com culpa, conforme dispõe o artigo 951 do Código Civil:

Art 951 O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

No mesmo sentido dispõe o artigo 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”. Essa prova é, na maioria das vezes, muito difícil de ser encontrada, tornando-se um verdadeiro tormento para as vítimas. Mas, por se tratar de uma relação de consumo, há no Código de Defesa do Consumidor a possibilidade de inversão do ônus da prova em favor do consumidor. É o que dispõe o inciso VIII do artigo 6º:

Art 6º São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências.

A ideia é que com a inversão do ônus da prova, a hipossuficiência do consumidor, não só econômica, mas também técnica, já que o profissional médico encontra-se em melhores condições de apresentar aos autos, elementos de prova necessários à análise de sua responsabilidade, o consumidor tenha a facilitação na defesa dos seus direitos.

Na prática é de grande dificuldade ser provado um ato de violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, já que é oculto o que a parturiente precisa, a começar pelas informações, e sem informações dos procedimentos médicos, ela não poderá identificar se aquilo a que está se submetendo é desnecessário e causa risco à sua saúde ou à de seu bebê. Existe uma espécie de “autoridade” revestida nos profissionais de saúde, onde não há cabimento para a opinião da mulher no que é melhor para a sua saúde e a do seu filho.

Ainda existem poucos casos de responsabilidade civil, gerando indenização por danos morais e materiais. É uma prática que precisa ser disseminada na tentativa de diminuir práticas abusivas por profissionais de saúde contra as

mulheres. Desse modo, o tema torna-se inesgotável, e certamente, será motivo de muitas discussões no mundo jurídico, cujo objetivo, é buscar uma forma de preservar a integridade física e moral da parturiente, sendo necessária a participação do poder público, buscando responsabilizar civil e penalmente quem atentar de forma desumana e incoerente contra a saúde física e mental da mulher, através de manobras obstétricas e incompatíveis com a dignidade humana feminina.

4.3 DA POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO PENAL

Uma ação ou omissão do agente pode acarretar a responsabilidade civil, ou apenas penal, ou ambas as responsabilidades. Certos fatos põem em ação somente o mecanismo recuperatório da responsabilidade civil; outros movimentam somente o sistema repressivo ou preventivo da responsabilidade penal; outros, acarretam, Ao mesmo tempo, a responsabilidade civil e a penal, pelo fato de apresentarem em relação a ambos os campos, incidência equivalente, conforme os diferentes critérios sob que entram em função os órgãos encarregados de fazer valer a norma respectiva.

No caso da responsabilidade penal, o agente infringe uma norma de direito público. O interesse lesado é o da sociedade, diferente do interesse na responsabilidade civil, que é diretamente lesado o privado, onde o prejudicado poderá pleitear ou não a reparação. Se ao causar dano, o agente transgredir, também, a lei penal, ele se torna, ao mesmo tempo, obrigado civil e penalmente. Tendo que responder perante o lesado e perante a sociedade. Há distinções entre a responsabilidade civil e penal: a primeira é que esta é pessoal e intransferível, respondendo o réu com a privação de sua liberdade, enquanto aquela é patrimonial, é o patrimônio do devedor que responde por suas obrigações. A segunda distinção é quanto a tipicidade, pois é um dos requisitos genéricos do crime, sendo necessário que haja perfeita adequação do fato concreto ao tipo penal, enquanto no cível, qualquer ação ou omissão pode gerar a responsabilidade civil, desde que viole direito e cause prejuízo a outrem. Como última distinção temos que a culpabilidade é bem mais ampla na área cível, enquanto na esfera criminal nem toda culpa acarreta a condenação do réu, pois se exige que tenha um certo grau ou intensidade.

O fato da violência obstétrica não constituir um tipo penal, não torna-se motivo de exclusão da possibilidade de enquadrar os atos dos agressores em outros tipos preexistentes no Código Penal Brasileiro. As condutas dos profissionais de saúde que atentam contra a honra e dignidade das mulheres podem ser classificadas como crimes de lesão corporal e/ou constrangimento ilegal.

4.3.1 Lesão corporal

A lesão corporal é descrita no artigo 129 do Código Penal de três formas: lesão corporal leve (*caput*), lesão corporal grave (§2º) e lesão corporal gravíssima (§3º). As que irão influenciar o nosso estudo serão as de natureza leve e grave. Aduz o artigo 129:

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano.

§ 1º Se resulta:

[...]

IV - aceleração de parto

[...]

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal consiste em todo e qualquer dano produzido por alguém, sem *animus necandi*, à integridade física ou à saúde de alguém. É capaz de abranger qualquer ofensa à normalidade funcional do organismo humano, numa visão anatômica, física ou psíquica. Sendo, portanto, impossível uma perturbação mental sem um dano à saúde, ou um dano à saúde sem uma ofensa corpórea. O bem jurídico tutelado pelo tipo penal é a integridade corporal e a saúde da pessoa humana, a incolumidade do indivíduo. O sujeito ativo pode ser qualquer pessoa, não requerendo nenhuma condição particular, pois se trata de um crime comum, e o tipo penal não faz qualquer referência relativa ao sujeito ativo. Da mesma forma ocorre com o sujeito passivo, que pode ser qualquer pessoa humana viva, com exceção da figura qualificativa presente no inciso V do §1º, que de forma especial, admite que somente a mulher grávida pode figurar na condição de sujeito passivo do crime de lesão corporal, sendo esta de natureza grave.

Tem-se como conduta típica a ofensa, que significa lesar, ferir a integridade corporal ou a saúde de outrem. Ofender a integridade corporal compreende a alteração, anatômica ou funcional, interna ou externa, do corpo humano, como, por exemplo, os procedimentos inapropriados e dispensáveis da episiotomia, da tricotomia, do uso da ocitocina e da manobra de Kristeller. Ofender à saúde compreende a alteração de funções do organismo ou perturbação psíquica. A consumação se dá com a lesão efetiva à integridade ou à saúde de outrem; consuma-se no momento exato em que se produz o dano resultante da conduta ativa ou omissiva.

A lesão corporal não é apenas ofensa à integridade corpórea, mas também à saúde. A lesão à saúde abrange tanto a saúde do corporal como a mental. Se alguém, à custa de ameaças, provoca em outra, por exemplo, à gestante, repressões, humilhações, deboches com relação à etnia, classe social, crenças e seus desejos para o parto, excesso de toques ginecológicos e realização de exames dolorosos e contra indicados, pratica lesão corporal, que pode ser leve ou grave, dependendo de sua intensidade.

Não existe definição específica precisa da lesão corporal leve, entende-se que por exclusão, que é aquela não for definida em lei como grave ou gravíssima. O §1º relaciona quatro hipóteses que qualificam a lesão corporal, pois lhe atribuem novos parâmetros, máximo e mínimo, de pena, que são de 1 a 5 anos de reclusão. O que interessa ao nosso estudo é o inciso IV, que diz respeito à gestante. Trata a aceleração do parto como uma forma de lesão corporal, por ser uma antecipação do nascimento do feto com vida. É indispensável que o feto esteja vivo, nasça com vida e continue a viver, caso contrário, se morrer, no útero ou fora dele, configurar-se-á aborto, e a lesão corporal será qualificada como gravíssima (§2, V). É necessário que o agente tenha conhecimento da gravidez da vítima, pois só assim a aceleração do parto pode ser produto de culpa, uma vez que será no mínimo consciente.

4.3.2 Constrangimento ilegal

O crime de constrangimento ilegal é descrito no artigo 146 do Código Penal:

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

O bem jurídico tutelado é a liberdade individual ou pessoal de autodeterminação, ou seja, a liberdade do indivíduo de fazer o que quiser, dentro dos limites legais. A liberdade que se protege é a psíquica (livre formação da vontade, sem coação) e a física. O que se viola no crime de constrangimento ilegal é a liberdade e o direito de querer e atuar. O sujeito ativo pode ser qualquer pessoa, não requerendo nenhuma qualidade ou condição particular, tratando-se de um crime comum. O sujeito passivo pode ser qualquer pessoa, desde que capaz de sentir a violência e motivar-se com ela. O núcleo do tipo é constranger, que significa obrigar, forçar, compelir, coagir alguém a fazer ou deixar de fazer alguma coisa a que não está obrigado.

As formas de realização do constrangimento ilegal estabelecidas pela lei e que interessa à nossa pesquisa são mediante violência (força física, real) e mediante grave ameaça (violência moral, intimidação). Mediante violência significa a força física, material, a *vis corporalis*, com a finalidade de vencer a resistência da vítima, podendo ser produzida pela própria energia corporal do agente, podendo também ser empregada através de omissão. Mediante grave ameaça constitui uma forma típica da “violência moral”, é a *vis compulsiva*, exercendo uma força intimidativa, inibitória, anulando ou minando a vontade e o querer do ofendido, procurando, assim, inviabilizar eventual resistência da vítima. A violência moral pode materializar-se em gestos, palavras, atos, escritos ou qualquer outro meio simbólico.

Exemplo típico é a omissão por parte dos profissionais de saúde de informações necessárias às parturientes sobre o estado em que estão e por quais procedimentos irão submeter-se. Outro exemplo é a anulação da escolha feita pela gestante do tipo de parto ao qual quer submeter-se e o profissional de saúde, na maioria das vezes, o médico, escolher outra forma por conveniência própria.

5 CONCLUSÃO

No início da pesquisa procurou-se tratar da evolução do parto, seu histórico e conceito e da violência obstétrica como sendo uma violência contra a mulher, um termo ainda pouco conhecido pela sociedade, sendo debatido com frequência apenas em mídias sociais. Ao contrário do tratamento por países como a Venezuela e Argentina, que reconhecem a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher, e, no caso da Venezuela, intitulada como crime, devendo ser prevenido, punido e erradicado.

Verificou-se que a violência obstétrica pode-se mostrar de diversas formas durante o parto, conforme descritas no terceiro tópico do presente trabalho, desde a não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher de demonstrar o que estava sentindo no momento antecedente e durante a parturição. As parturientes, dessa forma, são alvo de autoritarismo de profissionais de saúde que transformam o sonho de um parto saudável num pesadelo e trauma que carregará para o resto da vida.

Ressaltou-se também, que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois, no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natal, onde se tem a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito.

Analisou-se também, no último capítulo a violência obstétrica durante o parto e seu reflexo na dignidade humana, bem como uma possível reparação no âmbito cível para as vítimas, trazendo à baila, que é dever do Estado defender os direitos das mulheres, coibindo todas as formas de violência e discriminação, mediante instrumentos que garantam seus direitos fundamentais. O outro viés da pesquisa foi analisar a possibilidade de responsabilizar civilmente o agente causador, baseando-se em diplomas legais como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor que garantem indenização por danos morais e/ou materiais. Indenização essa ainda

pouco disseminada, pela grande dificuldade da judicialização do tema, que aos poucos começa a despontar no mundo histórico da Justiça.

A problemática que era analisar que categorias são reconhecidas como violência contra a mulher e em que medida certos procedimentos obstétricos são classificados como violentos foi solucionada através de relatos de vítimas que demonstraram que os principais procedimentos, citados no terceiro tópico do trabalho, ferem os seus direitos reprodutivos, bem como através de estudos científicos que demonstram que muitos estão em desuso, como por exemplo a episiotomia, visto por muitos estudiosos como uma “mutilação genital” e normas que dizem de qual maneira devem ser realizados esses procedimentos, a exemplo das recomendações da Organização Mundial de Saúde, no sentido de modificar as práticas hospitalares desnecessárias que geram riscos à saúde da parturiente.

Vale salientar também que o objetivo geral da busca do reconhecimento social de uma violência obstétrica foi atingido, através da exposição de normas capazes de amparar as vítimas na defesa de seus direitos, bem como utilizá-las como exigência no cumprimento dos deveres dos agressores. Os objetivos específicos também foram cumpridos, que eram os de apresentar caracteres da violência obstétrica; procedimentos realizados pelos profissionais da saúde que atentam à saúde da parturiente e analisar direitos fundamentais presentes no artigo 5º da Constituição Federal, que são violados com a prática da violência obstétrica, bem como a responsabilidade civil do sujeito ativo de tal violência.

Indubitável, pois, a contribuição social de tal pesquisa, uma vez que esta realidade abate um número cada vez maior de mulheres e suas famílias, fazendo-as protagonistas de um drama proporcionado por profissionais de saúde, com danos físicos e sérios e irreversíveis abalos psíquicos, tendo a liberdade e autonomia cerceadas que não permitem que as mesmas tenham um parto saudável e tranquilo, violando seus direitos fundamentais.

Entende-se, pois, que a violência obstétrica durante o parto deve ser combatida mediante processos judiciais, gerando responsabilidade de natureza patrimonial e privativa de liberdade, fazendo com que o responsável seja punido na esfera cível ou penal ou nas duas simultaneamente. São as formas mais eficazes de coibir a violência, fazendo o Estado agir através de sua jurisdição para exercer sua função principal que é a de aplicar o direito de forma concreta, a fim de se obter a tão esperada justiça.

REFERÊNCIAS

AMIGAS DO PARTO. **Profissionais do parto: Quem faz o quê?** Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/profissionais.html>> Acesso em: 03 dez. 2014.

AMORIM, Melania. **Estudando episiotomia.** Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>> Acesso em: 11 jan. 2015.

_____, Melania. **Estudando Episiotomia: A Voz das Mulheres.** Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia-voz-das-mulheres.html>> Acesso em: 10 jan. 2015.

_____, Melania. **Estudando sobre parto na água.** Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/09/estudando-sobre-parto-na-agua.html>> Acesso em: 03 dez. 2014.

BALOGH, Giovanna. **A violência obstétrica contra as mulheres.** Disponível em: <<http://www.pragmatismopolitico.com.br/2014/03/violencia-obstetrica-contra-mulheres.html>> Acesso em: 02 dez. 2014.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**, 2: parte especial: dos crimes contra a pessoa. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp> Acesso em: 04 dez. 2014.

_____. CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. **Boas práticas de atenção ao parto e atendimento.** Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/OMS%20-%20Boas%20Praticas%20de%20Atencao%20ao%20Parto%20e%20ao%20Nascimento.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2014.

_____. **Código Civil. Lei nº 10.406 de janeiro de 2002.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm> Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm> Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso em: 11 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: 02 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2418/2005.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html> Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Ministério Público Federal. **MPF defende privacidade em exames em hospital universitário de Rio Grande.** Disponível em <<http://www.prrs.mpf.mp.br/app/iw/nti/publ.php?IdPub=61529>> Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. **Resolução RDC nº 36/2208.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf> Acesso em 11 jan. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 632303.** Relatora: Ministra Cármen Lúcia. Publicação em 23/11/10. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=3981571>> Acesso em: 11 jan. 2015.

_____. TRF4. **Agravo de Instrumento nº 2009.04.00.032205-5/RS.** Terceira Turma, Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Relatora: Maria Lúcia Luz Leiria. Disponível em: <http://www2.trf4.gov.br/trf4/processos/visualizar_documento_gedpro.php?local=trf4&documento=3245620&hash=2e96dc34d78838a663bb889fa2a15073> Acesso em 10 jan. 2015.

_____. TRF4. **Recurso Extraordinário em Agravo de Instrumento nº 2009.04.00.032205-5**. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Desembargador Federal: Élcio Pinheiro de Castro. Disponível em: <http://www2.trf4.gov.br/trf4/processos/visualizar_documento_gedpro.php?local=trf4&documento=3502936&hash=6cb68f334477803a57c2cde7e1f4c748> Acesso em: 12 jan. 2015.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado; LUZ, Maria Helena Barros; NERY, Inez Sampaio. **A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 02 dez. 2014.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. **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> Acesso em: 10 jan. 2015.

ESTADÃO. **‘Ainda penso que minha filha vai entrar pela porta a qualquer hora’**. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ainda-penso-que-minha-filha-vai-entrar-pela-porta-a-qualquer-hora,1143951>> Acesso em: 20 jan. 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto**: Na hora de fazer não gritou. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>> Acesso em: 02 dez. 2014.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro, volume 4: responsabilidade civil**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

HANAMI. **A história do parto**. Disponível em: <<http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/>> Acesso em: 02 dez. 2014.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. **O caso Alyne Pimentel e o direito à saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/03/o-caso-alyne-pimentel-e-o-direito-a-saude-no-brasil/>> Acesso em: 21 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível

em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>
Acesso em: 09 jan. 2015.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Ley de proteccion integral a las mujeres**. Disponível em:
<http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>
Acesso em 04 dez. 2014.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. Disponível em:
<<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2014.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Disponível em:
<http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2014.

SILVANI, Cristiana Maria Baldo. **Parto humanizado – Uma revisão bibliográfica**. Disponível em:
<[http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf?...> Acesso em: 10 jan. 2015.](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf?...)

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Tipos de parto**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/gravidez-e-bebe/Paginas/tipos-de-parto.aspx>> Acesso em: 02 dez. 2014.

SOUSA, Rainer. **O parto antes da cesariana**. Disponível em: <<http://www.historiadomundo.com.br/idade-antiga/o-parto-antes-da-cesariana.htm>>
Acesso em: 03 dez. 2014.

THOMÉ Clarissa. **Sai a primeira indenização federal por morte na gravidez**. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sai-a-primeira-indenizacao-federal-por-morte-na-gravidez,1143950>> Acesso em 21 jan. 2015.

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz; PETRICELLI, Carla Dellabarba; ALEXANDRE, Sandra Maria; TORLONI, Maria Regina; NAKAMURA, Mary Uchyuama; SASS, Nelson. **Episiotomia: revendo conceitos**. Disponível em:
<<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2015.