



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO

SÂNGELA KÉSSIA MENDES LIMA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ASPECTOS JURÍDICOS NO BRASIL

FORTALEZA
2019

SÂNGELA KÉSSIA MENDES LIMA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ASPECTOS JURÍDICOS NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do Título de Bacharela em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Gretha Leite Maia de Messias

FORTALEZA
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L71v Lima, Sângela K. M..
Violência Obstétrica: Aspectos Jurídicos no Brasil / Sângela K. M. Lima. – 2019.
68 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito,
Curso de Direito, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Gretha Leite Maia de Messias.
1. Violência Obstétrica . 2. Parto. 3. Omissão Legislativa. 4. Proteção à Mulher. I. Título.
- CDD 340
-

SÂNGELA KÉSSIA MENDES LIMA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ASPECTOS JURÍDICOS NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Direito da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito à obtenção do Título de Bacharela
em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Gretha Leite Maia
de Messias

Aprovado em: ___/___/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Gretha Leite Maia de Messias (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Márcia Correia Chagas
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Helena Stela Sampaio
Universidade Federal do Ceará – UFC

A todas as mulheres que foram impedidas de ser protagonista do próprio parto. Que o corte, o grito e a ofensa não às silenciem e não lhes tirem a confiança no Direito.

AGRADECIMENTOS

Por serem poucos os momentos em que tenho a oportunidade de formalizar a minha gratidão, aproveito este espaço para agradecer às pessoas que foram fundamentais para a realização deste trabalho e também às que, de modo ou outro, contribuíram para que as minhas conquistas fossem possíveis.

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Pessoa e Sandra e as minhas irmãs, Samara, Samia e Ingrid, por serem os grandes apoiadores da minha vida. Por terem sido cúmplices e parceiros em todos esses anos. Vocês são a razão de todo meu esforço. A vocês, todo o meu amor e gratidão.

Aos meus amigos da vida, Jéssica, Caetano, Letícia, Mayra e Lucas, por refletirem o verdadeiro sentido da amizade, vocês são a melhor parte de mim.

As minhas colegas de turma, Daiana e Priscila, que tornaram os anos de graduação mais divertidos e leves, obrigada pelo companheirismo e motivação.

A minha orientadora, Gretha Leite Maia de Messias, por ter acreditado no propósito deste trabalho, pelo incentivou a concretizá-lo e pelo suporte a cada momento.

As queridas professoras, Karina Brunehilde, Patrícia Batista e Eleneide Martins, por terem sempre acreditado em mim e por me ensinarem a ver amor nas coisas mais singelas.

Por fim, agradeço a todos os mestres e colegas que enriqueceram o meu aprendizado e contribuíram para o meu desenvolvimento durante a toda minha formação escolar.

“Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer.”

Michel Oden

RESUMO

Violência obstétrica caracteriza-se como todo procedimento, físico, psicológico, verbal ou até mesmo sexual, explícitos ou ocultos, de caráter violento cometido contra a mulher, por profissionais em instituições de saúde, no momento do pré-natal, do parto, pós-parto ou do aborto. Está diretamente relacionada à história do parto, sobretudo, após a inserção da prática obstétrica na medicina que impulsionou a conversão do parto de um fato natural a um evento hospitalar dominado. A violência obstétrica enseja em séria lesão aos direitos da mulher, em momentos significativos, pela prática de condutas consideradas comuns pela maioria dos profissionais da saúde e até das próprias vítimas. O Brasil é omissivo em legislação sobre violência obstétrica, a conduta sequer é tipificada no Código Penal brasileiro. O enquadramento das práticas de violência obstétrica pode garantir de forma indireta punição aos agressores. Esse estudo propõe um diálogo sobre violência obstétrica durante o parto, no contexto hospitalar, e como as práticas mais comuns se enquadram no direito penal brasileiro. Utilizando como instrumental de investigação a pesquisa bibliográfica e documental de caráter descritivo para obtenção dos dados fundamentais. O que permitiu constatar que os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto configuram violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres contrariando as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente e preconizados na Constituição Federal e não podem permanecer sem tipificação clara e capaz de barrar a violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Parto; Omissão Legislativa; Proteção à Mulher.

ABSTRACT

Obstetric violence is characterized as any procedure, physical, psychological, verbal or even sexual, explicit or hidden, violent committed against women, by professionals in health institutions, at the time of prenatal, delivery, postpartum, childbirth or abortion. It is directly related to the history of childbirth, especially after the insertion of obstetric practice in medicine that led the conversion of childbirth from a natural fact to a dominated hospital event. Obstetric violence causes serious damage to women's rights, at significant times, by the conduct of behaviors considered common by most health professionals and even the victims themselves. Brazil is silent on legislation on obstetric violence, the conduct is not even typified in the Brazilian Penal Code. The framing of the practices of obstetric violence can indirectly guarantee punishment to the aggressors. This study proposes a dialogue about obstetric violence during childbirth in the hospital context, and how the most common practices fit into Brazilian criminal law. Using as a research instrument the bibliographic and documentary research of descriptive character to obtain the fundamental data. This led to the conclusion that abuse, maltreatment, neglect and disrespect during childbirth constitute a violation of the fundamental human rights of women, contrary to the internationally adopted human rights norms and principles set forth in the Federal Constitution and cannot remain clear and capable untyped of stopping obstetric violence.

Keywords: Obstetric Violence; Childbirth; Legislative omission; Women's Protection.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. O PARTO: BREVE HISTÓRICO	11
2.1 O Parto: Institucionalização.....	14
2.2 Legislação Brasileira no Atendimento ao Parto	17
3. LEGISLAÇÃO DE COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER.....	20
4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS	24
5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO.....	32
5.1 Episiotomia.....	36
5.2 Manobra de Kristeller	39
5.3 Violência Obstétrica Verbal	41
5.4 Recusa de Atendimento	42
5.5 Ameaça	43
5.6 Intervenções “Didáticas”	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	49
ANEXOS	57
ANEXO A – CONSULTA VIRTUAL MANOBRA DE KRISTELLER	57
ANEXO B – CONSULTA VIRTUAL “MANOBRA DE KRISTELLER MORTE”.....	63
ANEXO C – MANOBRA DE KRISTELLER	64
ANEXO D – CONSULTA DO TERMO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” NA PÁGINA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA	65
ANEXO E – CONSULTA DO TERMO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” NA PÁGINA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	66
ANEXO F – EPISIOTOMIA.....	68

1. INTRODUÇÃO

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é aquela cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, seja cesárea ou não, pós-parto, e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, explícita ou velada.

Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil” da Fundação Perseu Abramo, realizada a nível nacional em 2010, uma em cada quatro mulheres que pari no Brasil sofre algum tipo de violência definida como Violência obstétrica pela Organização Mundial da Saúde, ou em legislações internacionais.

O Estado brasileiro ainda é omissivo em tipificação sobre o que seria violência obstétrica. Assim, os agentes de saúde que praticam as condutas definidas pela OMS como violência obstétrica, permanecem impunes sendo as mulheres violentadas mais uma vez, agora pelo Estado que deveria tutelar direitos e resguardar a dignidade de todos.

Desta forma, este estudo, mesmo diante da ausência de tipificação específica de violência obstétrica no direito brasileiro, propõe a aplicação do direito penal brasileiro às condutas definidas como violência obstétrica, durante o parto, como meio para punir os agressores, ainda que indiretamente.

É possível relacionar o cenário de condutas de violência contra a mulher durante o período gestacional, parto e pós-parto, a dominância de partos hospitalares registrados no Brasil. Estes fatores evidenciam a relevância e necessidade de discussões sobre questões que inferem sobre a violência obstétrica. O estudo faz uso do método qualitativo, com a finalidade de reunir conceitos adotados em legislações internacionais e tratados entre Estados.

Para obtenção dos dados fundamentais, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental, elegendo as principais referências sobre conceitos legais e técnicos acerca da violência obstétrica. De caráter descritivo, objetivando-se em obter informações sobre o objeto analisado.

Para tanto, este trabalho apresenta um breve histórico sobre o parto, dialogando sobre a transição de o parto domiciliar para hospitalar, sendo este também o marco das primeiras intervenções violentas no parto. A discussão segue rezando a legislação de

combate à violência contra a mulher no Brasil e a ausência de tutela às mulheres vítimas de violência obstétrica, baseando-se em conceitos sobre o tema abordado. O estudo é encerrado com a análise do enquadramento da violência obstétrica, durante o parto, no direito penal brasileiro, como meio de assegurar punição aos agressores que diante da atipicidade da violência obstétrica não estariam submetidos a qualquer sanção penal.

Concluindo que mesmo diante da ausência de legislação específica sobre violência obstétrica e da inclusão da prática nas leis de combate à violência contra a mulher é possível garantir punição, ainda que indiretamente, aos agressores.

2. O PARTO: BREVE HISTÓRICO

Por séculos o parto foi um ritual de mulheres, realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras. Uma atividade eminentemente feminina, protagonizada pela parturiente. As parteiras eram figuras com sabedoria popular que cuidavam da mulher e do recém-nascido (BRENES, 2005). A intimidade do parto era partilhada apenas entre mulheres, que trocavam experiências e acompanhavam os cuidados da criança e da puérpera.

Toda prática humana é cultural e varia na história. A história do parto pode ser compreendida em três períodos distintos: antigo, médio e moderno (BRIQUET, 2011). O período antigo é marcado pela exclusividade feminina nos tempos mais remotos a Hipócrates, no fim do século V a.C. sendo marcado pelas correntes filosóficas de Hipócrates que sedimentaram os estudos sobre a medicina. O filósofo estudou vários ramos da medicina e propôs teorias, decorrentes da observação da natureza, para substituir as explicações divinas acerca das condições anatômicas e biológicas do homem.

O Período Antigo é compreendido em duas fases: a intuitiva e a religiosa. A intuitiva, também chamada primitiva, é aquela marcada pelo auxílio de mulheres experientes que já haviam parido várias vezes ou auxiliado em muitos partos. A parturiente ou a puérpera era mantida isolada por orientação religiosa e sanitária. O parto dependia da vontade do feto, assim colocavam a parturiente em várias posições, executavam pressões abdominais, Movimento semelhante à manobra de Kristeller

proibida pela Organização Mundial de Saúde, e ministravam medicamentos ou remédios preparados por curandeiros (BRIQUET, 2011).

A participação médica era restrita aos casos em que o feto estava morto (necessitava-se mutilar o feto procedimento que, grosseiramente, pode ser comparado com a coretagem atual) ou para instrução medicamentosa para a mãe (BRIQUET, 2011). Como o próprio nome permite inferir, seguiam-se instintos, observavam a resposta do corpo da parturiente e do feto aos estímulos que praticavam (BRIQUET, 2011).

Os textos bíblicos permitem acompanhar as práticas obstétricas mais antigas que se tem documentado. O Livro de Gênesis relata a morte de Raquel durante o parto de Benjamin. No Livro de Êxodo são citadas as parteiras *Sifra* e *Pua* que, por ordem do Faraó, deviam matar os filhos do sexo masculino de mulher judia para evitar o nascimento do Messias. A passagem demonstra o carinho e sabedoria das parteiras ao exercício que lhe incumbiam. Diante da ordem do soberano, elas mentiam, respondendo que as famílias lhes dispensavam e as crianças nasciam antes que chegassem.

Briquet (2011), em seus estudos sobre a história da obstetrícia natural, ensina que, na Índia antiga, o parto praticado era o podálico que consiste em inverter o feto para que nasça pelos pés. Se morto, realizavam operações e manobras para extraí-lo. E segundo os relatos do *Ayurveda*, Livro da Vida dos brâmanes escrito há 1500 anos, o médico só participava quando havia problemas no parto que acontecia na casa da família, as fortes características do parto no período antigo.

Ainda Briquet (2011) apresenta a influência dos deuses gregos e romanos no processo do nascimento na antiguidade, na fase religiosa do período hipocrático. Na Grécia, a devoção à deusa Artemísia garantia proteção à concepção e ao nascimento, e a crença determinava uma mulher podia ser obstetrix e auxiliar outras nos partos somente depois da menopausa e se já tivesse um filho.

Em Roma, o politeísmo garantia a mulher um deus para cada momento da parturição e puerpério. Mena, deusa da menstruação, assegurava dias férteis à mulher romana; Rúmina, que cuidava da lactação e garantia seios fartos à mãe; Ossipaga para o acompanhamento e bom desenvolvimento do feto; Vaticanus e Fabulinus, aos quais incumbiam o primeiro grito do recém-nascido (BRIQUET, 2011). Cada detalhe estava aos cuidados de um deus, a confiança na sabedoria humana era secundária.

As cesárias são relatadas na Roma antiga quando a mulher estava doente ou morta. Em 774 a. C. a lei romana *Numa Pompílio* proibia que uma mulher morta

durante a gravidez fosse enterrada sem que antes retirassem o feto de sua barriga, conforme ensina Briquet (2011).

O Período Médio, corrente na Idade Média europeia, foi marcado pela valorização da fertilidade e pela preferência a crianças do sexo masculino. Por influência da Igreja Católica, a ausência de filhos era compreendida como contrária a orientação divina de reprodução e pecado, já que a prática sexual apenas era aceita para procriação. O aborto foi anatematizado, isto é, amaldiçoado na religião cristã, e para evitá-lo o parto tornou-se responsabilidade dos sacerdotes (BRIQUET, 2011).

A infertilidade era inerente à condição feminina. E a gravidez colocava a mulher em posição de ordem sacra. A obrigação de assistir às liturgias era afastada e não podia sequer submeter-se a justiça estatal, segundo Briquet (2011).

O período moderno, da história do nascimento, nasce no fim do século XVII. A medicina começa a ser percebida como saber científico iniciando um processo de medicalização da vida, o que também incluiu os partos (BRIQUET, 2011). A obstetrícia, como área de estudo da medicina, tem suas primeiras publicações científicas e o estudo de instrumentos é intensificado.

É nesse período que Peter Chamberlan inventa o Fórceps, “instrumento semelhante a uma tenaz utilizado na medicina obstetrícia para auxiliar a retirada de um feto por alguma razão em que a contração natural não é suficiente para o parto ou possa colocar em risco a vida da gestante e/ou do feto” (IHU, 2012, p. 11).

Peter Chamberlen, homônimo de dois irmãos médicos que tinham 12 anos de diferença entre seus nascimentos, o que os tornou conhecido como Peter “o Jovem” e Peter “o Velho”, eram cirurgiões que ficaram famosos por desenvolver um fórceps como instrumento para facilitar o parto obstruído na Inglaterra do século XVI. Um parto complicado geralmente terminava com a morte do bebê e, em muitos casos, com a da mãe. Com o fórceps, os irmãos Chamberlen adquiriram grande fama. Tornaram-se os obstetras da nobreza e da rainha (VILLANUEVA-MEYER, 2012).

O fórceps desenvolvido pelos irmãos Chamberlen “tem a forma de um fórceps curvo, com dois ramos semelhantes que se articulam e se adaptam à cabeça do feto e à pelve materna, o que permite que o bebê seja removido em partos complicados ou disóxicos.” (VILLANUEVA-MEYER, 2012, p. 74).

Ainda Villanueva-Meyer (2012) ensina que o instrumento desenvolvido pela família Chamberlen ficou em segredo por décadas. Apenas era utilizado para o parto das ricas famílias que assistiam como obstetras. Quando iam assistir a um parto, carregavam

o fórceps em extremo sigilo, exigindo que ficassem a sós com a parturiente, que por vezes era vendada, durante o procedimento.

A prática médica dos irmãos Chamberlen era para atender as necessidades de seus abastados pacientes, assim, não demorou e tiveram problemas com o Colégio de Médicos, espécie de conselho de medicina atuante na Inglaterra à época.

A ganância dos irmãos Chamberlen impediu que o uso do fórceps, sendo o único instrumento possível na época, salvasse as vidas de muitas mães e crianças que morreram por complicações durante o parto. Contudo, a invenção do fórceps ampliou o interesse da medicina pela obstetrícia, antes praticada pelas parteiras e desvalorizada pelo cirurgião médico, iniciando um processo de estudo e desenvolvimento de técnicas para realização de partos.

2.1 O Parto: Institucionalização

Até o final do século XIX, a maioria dos partos era realizada nas casas das famílias e as maternidades não eram consideradas lugares seguros para dar a luz. Acreditavam que iriam adquirir alguma infecção puerperal se parissem em maternidades (BRIQUET, 2011).

A valorização dos hospitais, contudo, aumenta. Os hospitais, como instituição, tiveram origem da necessidade social de um local para ‘destinar’ os mendigos que estavam abarrotando a Paris do século XVII, na qual a lepra acabara de ser superada e a cidade se abria para ser repovoada. Esses eram considerados segundo *In L'Hôpital général*, brochura anônima de 1676 anexa a obra “História da Loucura” de Michel Foucault, “um povo independente que não conhecia nem lei, nem religião, nem superior, nem polícia; a impiedade, a sensualidade, a libertinagem era tudo o que reinava entre eles; a maioria dos assassinatos, dos latrocínios e das violências de dia e de noite era obra de suas mãos [...]”.

Diante dessas “desordens”, emergiu um movimento entre os mais abastados, sob o argumento de cuidado desses pobres infelizes que mendigavam todo tipo de assistência. Foram fundadas casas de caridade, em meados de 1650. Em 1657, depois de celebrada missa solene, o Hospital Geral para internato dos pobres é aberto para todos os que nele quisessem entrar. Assim, de acordo com Foucault (1972), os hospitais surgem como Casas de Misericórdia para salvação dos pobres.

A medicina se desenvolve, enquanto instituição incorporando a prática da realização do parto como uma de suas atribuições. É instituída a obstetrícia como ciência e um médico-parteiro assume a figura profissional dessa seara (TOSI, 1988). O parto, antes um evento fisiológico e feminino, começa a ser encarado como um procedimento médico e masculino, já que o estudo científico e a prática profissional eram apenas exercidas por homens. A primeira mulher reconhecida médica formada foi a norte-americana Elizabeth Blackwell que recebeu diploma em 1849.

A introdução da medicina nesse espaço inaugurou o discurso patológico, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Assim, o médico antes chamado apenas nos partos mais complicados era o condutor do processo de parir que adquire um sistema tecnocrático, retirando da mulher o papel de protagonista. A partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos no Ocidente, sendo quase 90% deles realizados em hospitais (RATTNER, 2009).

Com o fim da segunda guerra mundial, os médicos adquiriram novos conhecimentos, e passaram a utilizar tecnologias com o objetivo de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo ‘mais normal’ e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê” (DINIZ & CHACHAM, 2006, p. 80). As habilidades que trouxeram dos campos de cirurgia envolviam assepsia, anestesia, hemoterapia e práticas antibactericidas, que permitiram reduzir os riscos do parto hospitalar. Assim, o receio das mulheres em parir nos hospitais vai caindo.

O aumento da qualidade da assistência institucional reduziu o número de mortes materno-infantil, durante e após o parto, decorrentes de infecções causadas por práticas não higiênicas, e também aquelas resultado de traumas por falta de monitoramento e técnicas para retirada da criança em partos mais complicados. Contudo, também retirou da mulher o papel central desse momento. A obstetrícia assume a condução dos partos realizados em hospitais.

Esse processo de hospitalização do parto, conduzido por obstetras, é caracterizado em três dimensões que resultam da obstetrícia moderna: primeiro, elimina a mulher como sujeito protagonista do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto; segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam, dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (PONTES, 2014, p.72).

O parto hospitalar é tecnocrático, pois é acrescido de técnicas e métodos escolhidos pelo médico, e despreza os aspectos emocionais, sociais e as particularidades de cada mulher. É um procedimento com sequência de atos mecanicamente executados no corpo feminino, como se esse fosse uma máquina incompleta que necessita de intervenções externas para ser integralizada (PONTES, 2014).

Essas intervenções, marcadas pela situação de poder do médico, homem ou mulher, perante a parturiente, mulher, é maculada por condutas que violam a integridade física e psíquica da mulher que perde o domínio sob seu corpo, ficando submetida à rigidez de um sistema no momento de parir.

O modelo tecnocrático é executado pelo médico da forma que considera essencial para a situação do paciente. A mulher grávida ou parturiente que recebe atenção médico-hospitalar é paciente e assim submetida às técnicas escolhidas pelo profissional que a assiste, a violência se manifesta quando o profissional opta por “técnicas” que atentam contra a estabilidade emocional e física da mulher. O modelo tecnocrático “elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo” (SANFELICE, 2014, p.363). Também afasta a legitimidade da influência de situações externas e do estado emocional da mulher como determinantes para dificultar ou facilitar o trabalho de parto e o parto, como leciona Sanfelice (2014). Nesse sentido, há apropriação do corpo da mulher.

O processo de intervenções no parto também encontra fundamento na dor do parto, sob o pretexto de aplicar técnicas para reduzi-la. A dor na hora do parto é normal e é inerente ao momento. Os textos bíblicos explicam a dor de parir como punição a mulher que contrariou a ordem de Deus: “Javé Deus disse então para a mulher: ‘vou fazê-la sofrer muito em sua gravidez: entre dores, você dará à luz seus filhos; a paixão vai arrastar você para o marido, e ele a dominará’” (Gênesis, Capítulo 3, versículo 16.).

Esse entendimento punitivo da dor de parir expõe a mulher à violência no momento de dar à luz desde a antiguidade. Durante várias décadas do século XX, na tentativa de “reduzir” essa dor enfrentada pela mulher durante o parto, foi desenvolvido o “*twilight sleep*”.

O “*twilight sleep*” consiste no modelo de parto em que as parturientes, de classe média e alta em sua maioria do mundo industrializado, davam à luz inconscientes, o parto era um processo realizado com a mulher sob sedação total. O procedimento envolvia uma injeção de morfina para sedação acompanhada de uma dose de

escopolamina, um amnésico, que fazia com que a mulher não tivesse qualquer lembrança da dor que sentisse (REDE, 2012).

No modelo “*twilight sleep*” o parto era induzido com ocitócitos e o colo dilatado com o uso de instrumentos cirúrgicos e a criança era retirada com fórceps. Como a escopolamina causava alucinações nas parturientes, as mulheres ficavam amarradas na cama, que eram cobertas por barracas para evitar exposição, pois se agitavam muito (REDE, 2012).

Nesse modelo a mulher não ocupa o protagonismo do parto e o seu processo natural não é respeitado, utiliza-se medicamentos para acelerá-lo. Um procedimento que se manifesta “violento”. O modelo de parto sedado foi abandonado, após várias décadas de prática, quando a alta taxa de mortalidade materna e perinatal tornaram-no inaceitável (REDE, 2012).

O parto hospitalar desde o século XX é o mais registrado no Ocidente. É reconhecido que o processo de “hospitalização” do parto reduziu o número de morte materna e perinatal decorrentes de complicações durante o parto (RATTNER, 2009). Muito desse desenvolvimento decorre do processo legislativo que há anos assegura assistência à mulher grávida ou parturiente, o que também se percebe no contexto brasileiro.

2.2. Legislação Brasileira no Atendimento ao Parto

Ainda que minimamente, alguns instrumentos norteiam a proteção a mulheres grávidas e parturientes no Brasil. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 de 2000, apresenta as medidas a serem seguidas pelos profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS para a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

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

que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2000, p.05)

A Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

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 (BRASIL, 2005).

O texto normativo dispõe que os hospitais são obrigados a autorizar um acompanhante quando solicitado pela gestante durante o trabalho de parto, na hora do parto e no pós-parto imediato, que são os 10 dias subsequentes ao parto. O acompanhante deve ser de escolha da parturiente, podendo ser qualquer pessoa, independente do sexo ou do parentesco.

O acompanhante da escolha da mulher é relacionado ao parto bem-sucedido (REDE, 2012). Em vigor há 14 anos a Lei do acompanhante ainda é desconhecida por muitas mulheres em estado parturida.

No âmbito da saúde complementar a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS regula e fiscaliza os hospitais e maternidades privados. A resolução normativa nº 262 de 2011, que alterou o texto da Resolução Normativa nº 211 também da ANS, prevê:

Art. 19. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e
- c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente (p.online).

O Estatuto da criança e do Adolescente – ECA, estabelecido pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, ao que tange à saúde do bebê, da parturiente e da gestante, traz

dispositivos que permeiam a proteção da gestação, parto e puerpério nas instituições de saúde.

Dispõe o ECA, em seu art. 8º:

Art. 8º: É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990, p. online).

No art. 4º do Estatuto tem-se que é dever da família, comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

O ECA assegura a mulher tratamento humanizado e seguro no curso da gestação e no período parturida e puerperal por considerar interesse do neonato em ter uma mãe física e psicologicamente saudável. A Lei nº 11.634 de 2007 assegurou as gestantes o direito de conhecimento e a vinculação à maternidade onde irão receber assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I- maternidade na qual será realizado seu parto;
II-maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007, p. 01).

A vinculação da gestante à maternidade em será atendida, nos termos da Lei nº 11.634, é de responsabilidade do SUS e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. A instituição deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério (BRASIL, 2007).

A Portaria da Presidência da República nº 1.459, de 24/06/2011, que institui no SUS o programa nacional “Rede Cegonha”, cujos princípios e objetivos norteiam a adoção de medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério da mãe e da criança (BRASIL, 2011).

O Programa “Rede Cegonha” é uma estratégia do Ministério da Saúde para implementar uma rede de cuidados às mulheres de forma a lhes assegurar o direito ao

planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Assim como, assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro (BRASIL, 2011).

3. LEGISLAÇÃO DE COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também chamada Convenção do Pará da Organização dos Estados Americanos - OEA, foi incorporada ao direito brasileiro pelo Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996.

O artigo 7º da Convenção do Pará assevera ser dever dos Estados Signatários condenar todas as formas de violência contra a mulher e adotar meios apropriados destinados a prevenir, punir e erradicar tal violência contra a mulher em todas suas formas.

Dentre os meios propostos pela Convenção destacam-se aqueles que utilizam o poder da legislação como medida adequada e eficiente para proteção da mulher:

Art. 7º

[...]

f) estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeitada à violência, inclusive, entre outros, medidas de proteção, juízo oportuno e efetivo acesso a tais processos;

g) estabelecer mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher sujeitada à violência tenha efetivo acesso a restituição, reparação do dano e outros meios de compensação justos e eficazes;

h) adotar as medidas legislativas ou de outra natureza necessárias à vigência desta Convenção (OEA, 1994, p. online).

Do texto da Convenção depreende-se que os Estados devem conformar suas legislações para que prevejam, em seu direito interno, sanções nas mais diversas esferas a fim de prevenir e reparar os danos causados às mulheres que são sujeitas a violência em todas as suas formas.

O reconhecimento da legislação como meio de combate à violência também é preceituada na Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU promulgada em 1993, que estabelece como dever dos Estados:

Artigo 4.º

[...]

d) Prever, no seu direito interno, sanções penais, civis, laborais e administrativas a fim de prevenir e reparar os danos causados às mulheres que são sujeitas a violência; as mulheres sujeitas à violência devem ter acesso aos mecanismos da justiça e, na medida prevista na legislação nacional, a um ressarcimento justo e eficaz dos danos sofridos; os Estados devem também informar as mulheres do seu direito de exigir reparação através dos mecanismos em causa (ONU, 1993, p. online).

No Brasil o processo de incorporação de leis, ao ordenamento jurídico nacional, que dispõem sobre sanções e mitigação da violência contra a mulher é recente. Quando aprovada pelo Congresso Nacional em 1983, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979), foi assinada pelo estado brasileiro com reservas aos artigos 15, parágrafo 4º, e 16, parágrafo 1º, alíneas “a”, “c”, “g” e “h” (BRASIL, 1983). Essas reservas alcançavam os dispositivos da Convenção que buscavam igualdade entre homens e mulheres perante a lei, inclusive, sobre matrimônio e exercício profissional.

Artigo 15

[...]

4. Os Estados-Partes concederão ao homem e à mulher os mesmos direitos no que respeita à legislação relativa ao direito das pessoas à liberdade de movimento e à liberdade de escolha de residência e domicílio.

Artigo 16

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares e, em particular, com base na igualdade entre homens e mulheres, assegurarão:

a) O mesmo direito de contrair matrimônio;

[...]

c) Os mesmos direitos e responsabilidades durante o casamento e por ocasião de sua dissolução;

[...]

g) Os mesmos direitos pessoais como marido e mulher, inclusive o direito de escolher sobrenome, profissão e ocupação;

h) Os mesmos direitos a ambos os cônjuges em matéria de propriedade, aquisição, gestão, administração, gozo e disposição dos bens, tanto a título gratuito quanto à título oneroso (ONU, 1979, p.12) .

Somente em 1994, com o Decreto Legislativo nº 26, o Congresso Nacional revogou as reservas, aprovando integralmente a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. O que, é claro, decorreu da promulgação da Constituição Federal de 1988 que equiparou homens e mulheres perante a lei.

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 (BRASIL, 1988).

A Lei nº 11.340 de 2006, também conhecida por Lei Maria da Penha é o marco legal da proteção à mulher no Brasil. Sua publicação impulsionou que vários tipos de violência contra a mulher fossem denunciadas. Seu texto é baseado nas Convenções sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres da ONU, de 1979, e na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da Organização dos Estados Americanos - OEA, de 1994, os principais instrumentos internacionais de proteção e reconhecimento de direitos da mulher.

Ressalta-se que após sua publicação a Lei Maria da Penha teve sua constitucionalidade discutida no Supremo Tribunal Federal – STF por duas vezes, na Ação Direta de Constitucionalidade 19 e pela Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.424. Em ambas, o STF ratificou a validade e a compatibilidade da lei com o ordenamento jurídico brasileiro.

Muitos outros dispositivos legais surgiram impulsionados pela publicação da Lei Maria da Penha. A Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015, alterou o artigo 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o artigo 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990 – Lei de Crime Hediondo, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

A Lei nº 13.505, de 8 de novembro de 2017, alterou a própria Lei Maria da Penha, para dispor sobre o direito da mulher vítima de violência doméstica e familiar de ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por profissionais do sexo feminino (BRASIL, 2017).

A Lei nº 13.772, de 19 de dezembro de 2018 que inovou a legislação ao reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar, criminalizando o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado (BRASIL, 2018).

O atendimento a mulheres vítimas de violência também foi tutelado pelo ordenamento jurídico brasileiro. O Decreto nº 7.958 de 2013 estabeleceu diretrizes para

o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2013).

O Decreto nº 7.393 de 2010 dispõe sobre o funcionamento do serviço “Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher” serviço gratuito de atendimento telefônico e de âmbito nacional, que foi criado em 2005 para que a população brasileira, em especial as mulheres, recebam orientações e possam denunciar situações de discriminação e violência de gênero, em suas diversas formas. Ainda que anterior a Lei Maria da Penha, teve seu funcionamento alterado para atender as especificações da Lei.

Em 2018 o Decreto nº 9.586 instituiu o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica com o objetivo de ampliar e fortalecer a formulação e a execução de políticas públicas de direitos das mulheres, de enfrentamento a todos os tipos de violência e da inclusão das mulheres nos processos de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País (BRASIL, 2018).

O acréscimo legislativo depois da Lei Maria da Penha, sobre temas de proteção a mulher, foi intenso. Ainda em 2019 foram incorporadas as leis nº 13.871, de 17 de setembro de 2019 e nº 13.827, de 13 de maio de 2019. A Lei nº 13.871 alterou a Lei nº 11.34 de 2006, Lei Maria da Penha, para dispor sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde às vítimas de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2019 – 1).

A Lei nº 13.827 autorizou a aplicação de medida protetiva de urgência, pela autoridade judicial ou policial, quando verificada a existência de risco atual ou iminente à vida ou à integridade física da mulher em situação de violência doméstica e familiar, ou de seus dependentes. Além do juiz, o delegado de polícia e o policial passaram a ter competência para afastar o agressor será imediatamente do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida (BRASIL, 2019 – 2).

Essa discussão reflete que o combate à violência contra mulher é tema de preocupação do Estado brasileiro. Contudo, a forma de violência contra mulher praticada por profissionais da saúde quando na gravidez, parto ou puerpério é descoberta pela tutela jurídica brasileira.

A Violência obstétrica é caracterizada na legislação de países como a Venezuela como a forma de violência contra a mulher marcada pela apropriação do corpo e de

processos reprodutivos por profissionais da saúde, quando percebido práticas de abuso de medicalização e patologização processos naturais da mulher, como a gravidez, parto e estado puerperal, trazendo prejuízos autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade e impactando negativamente a qualidade da vida das vítimas (VENEZUELA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde – OMS na Declaração para Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde alerta que:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014, p.01).

O mesmo instrumento assevera que em respeito às disposições de proteção a dignidade humana “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, p.01). Esses abusos que a OMS faz referência ou que na legislação venezuelana é tratado como violência contra a mulher, Violência obstétrica, foi alvo da pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo. Os resultados mostraram que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência durante o parto. Mesmo com tal realidade o Brasil permanece sem legislação específica sobre o tema.

A omissão legislativa sobre Violência obstétrica, que não são casos isolados, mas atinge um quarto das mulheres que parem no Brasil, impossibilita que as vítimas denunciem as situações a que foram submetidas criando impunidade e permitindo que mais casos sejam relatados.

4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS

O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher. Infelizmente muitas vezes resultam em traumas marcados por agressões, desrespeito e violência.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, 140 milhões de nascimentos ocorrem no mundo anualmente (OMS, 2018). A maioria sem complicações. Contudo, nas últimas décadas o número de intervenções médico-institucionais nos partos é crescente.

A institucionalização do parto, processo que alterou seu formato íntimo, doméstico e feminino em hospitalar, técnico e conduzido majoritariamente por médicos homens, tem minado as experiências positivas e marcantes do parto de forma substancial.

A dor no parto hospitalar é relatada com a mácula da solidão, da humilhação e da agressão (REDE, 2012). Acontece que quando as práticas institucionais dos profissionais de saúde criam ou reforçam sentimentos e situações de incapacidade, inadequação e impotência da mulher grávida ou parturiente em relação ao seu corpo se manifesta, especificamente, a violência obstétrica.

Esses atos de violência contra a mulher cometidos no momento do parto foram pela primeira vez relatados, de forma pública, em 1950 quando a revista norte-americana *Ladies Home Journal*, publicou uma matéria sobre atos cruéis que ocorriam nas maternidades, comparando o que acontecia com as parturientes como tortura.

Entende-se por violência obstétrica os atos exercidos por profissionais da saúde, “no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos” (ANDRADE, 2014, p. 1).

O conceito de violência obstétrica foi criado pelo médico-pesquisador, e então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’ Gregorio, em 2010, no *Jornal Internacional de Ginecologia de Obstetrícia*.

O estudo apresentado pelo médico venezuelano caracterizou Violência obstétrica como prática que abrange todos os atos, explícitos, verbais, ocultos, de caráter violento, praticados no corpo da mulher, ou condutas praticadas sem seu consentimento, além da realização de procedimentos já superados pela medicina (a exemplo da manobra de Kristeller, lavagem intestinal, exames de toque frequentes, uso de Fórceps, entre outros) que resultem em danos físicos, psicológicos, ou até mesmo sexual.

A legislação venezuelana é vanguardista na proteção jurídica à mulher grávida e parturiente. A Venezuela foi um dos primeiros Estados a produzir legislação reconhecendo a Violência obstétrica como crime. A *Ley Orgánica sobre el Derecho de*

las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Lei n° 38.668 de 2007, no artigo 15 conceitua a violência obstétrica como:

[...] 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 mujeres¹ (VENEZUELA, 2007, p. online).

Na Argentina a Lei n° 26.485, *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*, de março de 2009, Violência obstétrica é definida no artigo 7° como:

[...] 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 naturales² (ARGENTINA, 2009, p. 04)

O Brasil não possui legislação específica sobre Violência obstétrica. Em razão da omissão legislativa o dossiê criado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI da violência Contra as Mulheres traçou uma tipificação própria para Violência obstétrica, a fim de abarcar as situações desrespeitosas e degradantes que relataram as mulheres assistidas na elaboração do dossiê.

Seguindo o disposto no dossiê tem-se Violência obstétrica como todo ato praticado “contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.” (REDE, 2012, p. 60).

As condutas que o dossiê apresenta, como Violência obstétrica, são delimitadas em seis aspectos: Caráter Físico, Caráter Psicológico, Caráter Sexual, Caráter

¹ Em tradução livre: “Violência Obstétrica: Violência é entendida como apropriação obstétrica do corpo e processos reprodutiva das mulheres pelo pessoal de saúde, expresso em um tratamento desumanizador, em um Abuso de medicalização e patologização de processos naturais, resultando na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.”

² Em tradução livre: “Violência obstétrica: aquela exercida pelo pessoal de saúde sobre o corpo e os processos reprodutiva de mulheres, expressa em tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais.”

Institucional, Caráter Material e Caráter Midiático, que podem ser percebidos isoladamente ou em conjunto.

A Violência obstétrica de Caráter Físico é a que incide sobre o corpo da mulher causando dor ou dano físico. Compreende também condutas não baseadas em evidências científicas (REDE, 2012).

Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada (REDE, 2012, p. 60).

Violência obstétrica de Caráter Psicológico é toda ação, ainda que verbal, que cause na mulher grávida ou parturiente sentimentos de “inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.” (REDE, 2012, p.60).

Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais (REDE, 2012, p. 60).

O Caráter Sexual da Violência obstétrica é percebido quando a ação do profissional de saúde impõe à mulher que viole sua intimidade ou pudor. São ações que incidem sobre a integridade sexual e reprodutiva da mulher, atingindo ou não aos órgãos sexuais (REDE, 2012).

Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (REDE, 2012, p. 60).

As ações ou formas de organização das instituições estatais que dificultam, retardam ou impedem o acesso da mulher aos seus direitos ações ou serviços, de natureza pública ou privada configuram a Violência obstétrica de Caráter Institucional, exemplificada pela Rede (2012, p.61) como condutas que visam o:

[...] impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher

durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

O Caráter Material da Violência obstétrica se manifesta em ações e ativas e passivas, praticadas por pessoa física ou jurídica, que objetivam alcançar ganhos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei (REDE, 2012).

Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante (REDE, 2012, p. 60).

Por sua vez, o Caráter Midiático da Violência obstétrica é aquele manifestado na conduta de profissionais dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos pela difusão de mensagens, imagens ou outros signos em meios de comunicação.

Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce (REDE, 2012, p. 60).

Nesse sentido, percebe-se que tudo aquilo que não resulta da livre escolha da mulher quanto aos procedimentos a serem realizados antes, durante e depois do parto, trata-se de Violência obstétrica e, conseqüentemente, violação de direitos.

Não se pode compreender Violência obstétrica como erro médico ou aceitar que seja ‘equiparado’ a conduta médica. São atos traumatizantes na assistência, ou na omissão de assistência, ao parto e puerpério que abarcam formas de desrespeito contra a dignidade humana, essa preconizada no texto constitucional brasileiro que assevera no artigo 5º, inciso III, que “Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988).

O Conselho Federal de Medicina – CFM na Resolução nº nº 1931, de 17 de setembro 2009 traça diretrizes para a prática médica a fim de que a prestação de serviços médicos seja obediente à ciência e a segurança do paciente.

VI- O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade (CFM, 2009, p.online).

Sendo vedado ao médico, nos termos da Resolução CRM nº 1931 de 2009:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

[...]

Art. 14 Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação no País.

[...]

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

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-la de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art.24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua esposa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo (CFM, 2009, p. online).

Assim, ainda que ausente tipificação ou legislação brasileira específica sobre Violência obstétrica, à tutela de direitos fundamentais e individuais indisponíveis, como a proteção a autonomia e ao corpo violados nas condutas que ensejam em Violência obstétrica.

A mulher, enquanto pessoa de direitos, deve ser resguardada da dor e do sofrimento de intervenções desnecessárias no curso da gravidez, no parto e puerpério. Assim estabelece a Organização Mundial de Saúde – OMS:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2014, p.01).

A OMS traduz Violência obstétrica a partir da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher por profissionais de saúde, ao submetê-la a tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos

naturais do parto, resultando na perda de autonomia da mulher e lhe retirando as condições que a torna capaz de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade.

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS Apud. Bowser, 2014, p. 01).

A Organização Mundial da Saúde reconhece os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto ou puerpério como uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, reconhecidos nas normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente (OMS, 2014), como a disposição do artigo 10 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Assembleia-Geral das Nações Unidas de 1966, que determina a concessão de “proteção especial às mães por um período de tempo razoável antes e depois do parto”.

Ou ainda que expressa o artigo 3º da Declaração sobre a eliminação da Violência Contra as Mulheres, da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1993, que assevera:

As mulheres têm direito ao gozo e à proteção, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos domínios político, econômico, social, cultural, civil ou em qualquer outro domínio. Tais direitos incluem, nomeadamente, os seguintes:

- a) O direito à vida;
- b) O direito à igualdade;
- c) O direito à liberdade e à segurança pessoal;
- d) O direito à igual proteção da lei;
- e) O direito de não sofrer qualquer discriminação;
- f) O direito de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir;
- g) O direito a condições de trabalho justas e favoráveis;
- h) O direito de não serem sujeitas a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (ONU, 1993, p.online).

Mas, sobretudo, a desatenção ao reconhecimento da dignidade inerente a todo homem ou mulher, dos seus direitos iguais e inalienáveis como constituinte do fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, pregado no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU estabelecida em 1948 (ONU, 1948).

São situações de abuso, desrespeito e maus-tratos durante o parto e puerpério, principalmente nas instituições de saúde, relatadas por mulheres do mundo inteiro. Tratamento que não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação (OMS, 2014).

Contudo, a compreensão de violência das mulheres por vezes não abrange a prática de Violência obstétrica. A psicóloga Dra. Janaína Marques de Aguiar pesquisou sobre violência institucional em maternidades públicas de São Paulo. A pesquisa constituída de entrevistou a puérperas, com até três meses de parto, instigou essas mulheres sobre o conceito que estabelecem sobre violência.

Os resultados alcançados indicaram que as mulheres reconheciam por violência os atos restritos ao uso de força física, violência moral e sexual. As respostas das entrevistadas no contexto de reconhecimento da Violência obstétrica foram apresentadas como mais difíceis de ser alcançadas, “principalmente para aquelas que nunca sofreram nenhum maltrato (ou não o identificaram como)” (AGUIAR, 2010, p.140).

Alguns relatos indicavam que as mulheres não acreditavam “que isso aconteça” (AGUIAR, 2010, p.140).

Metade das entrevistadas [...] acredita que a mulher quando está grávida recebe um tratamento melhor nos serviços de saúde. Uma das justificativas para essa diferenciação é a de que o profissional corre um risco maior de ser processado se ele tratar mal uma gestante. Outra justificativa é o valor da maternidade na identidade feminina e do seu cuidado nos serviços de saúde (AGUIAR, 2010, p.140).

Da maior parte dos relatos apresentados na pesquisa, percebe-se que as mulheres reconhecem as situações a que foram submetidas como violência institucional (AGUIAR, 2010). O que reduz a motivação pela busca por sanções as condutas praticadas (já que estariam os profissionais submetidos à autoridade de colegas de trabalho que provavelmente não agiriam de forma a “prejudica-los”) muitas vezes caracterizadoras da Violência obstétrica tipificada nas legislações internacionais e no próprio Dossiê, “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio, anteriormente relatados.

Conforme explana o Dossiê há a necessidade de políticas públicas que reconheçam os atos violentos na hora do parto, na assistência no pré-natal e orientação à

gestante até o momento do puerpério, de modo a garantir a mulher autonomia para exercer o direito de denunciar e se proteger (REDE, 2012).

5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

Violência obstétrica busca caracterizar todos os procedimentos, físicos, psicológicos, verbal ou até mesmo sexual, explícitas ou ocultas, de caráter violento cometido contra a parturiente, por profissionais em instituições de saúde, no momento do pré-natal, do parto, pós-parto ou do aborto.

Segundo Andrade:

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde, no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (2014, p. 1).

A Violência obstétrica enseja em séria lesão aos direitos da mulher, em momentos significativos de sua vida pela prática de condutas consideradas comuns pela maioria dos médicos. Nesse sentido, Veloso e Serra ensinam:

Não obstante a outras formas perpetradas de violência obstétrica, as situações violadoras mais comuns são: a recusa de admissão em hospital ou maternidade, gerando a chamada peregrinação por leito: impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher: aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto: episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; cesáreas eletivas: restrição da posição do parto; violência psicológica por meio de humilhações, situações vexatórias, grosseria e comentários ofensivos: além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários e humilhantes, tais como: uso rotineiro de lavagem intestinal (enema), retirada dos pelos pubianos (tricotomia), posição ginecológica com portas abertas, exames de toque sucessivos e por pessoas diferentes para verificar a dilatação, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas, etc. (2016, p. 262).

Quaisquer atos praticados pelos profissionais de saúde no período gestacional ou parturiente que ultrapassa as recomendações científicas e com o uso abusivo de métodos ou a falta desses quando necessário, é um desrespeito ao processo fisiológico do parto e pode caracterizar a prática de Violência obstétrica.

O Brasil não possui legislação federal específica que discipline sobre o tema ou que tipifique a prática de violência obstétrica, apenas discussões genéricas e projetos de leis ainda longe de aprovação. A Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 do Estado de Santa Catarina, foi sancionada para assegurar a busca por mecanismos de combate à violência e abusos contra mulheres grávidas, no momento do parto e após. O texto dispõe sobre a promoção de assistência ao parto humanizado garantindo o nascimento saudável da criança e evitando condutas desnecessárias que causem risco para a mãe e o bebê. É o único normativo no Estado brasileiro que apresenta uma definição sobre Violência obstétrica.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério (SANTA CATARINA, 2017, p.01).

Em seu artigo 3º Lei nº 17.097, traz o rol exemplificativo de condutas que são consideradas violência obstétrica, semelhantes às práticas descritas na legislação internacional que já tutela o direito das mulheres de proteção na gestação, parto e puerpério.

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

- I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;
- II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;
- III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;
- IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;
- V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz (SANTA CATARINA, 2017, p.01).

A lei catarinense amplia a caracterização de Violência obstétrica, inclusive, para condutas que objetivam fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana, quando esta não necessária, utilizando o agressor de riscos imaginários ou hipotéticos a mãe e ao bebê (SANTA CATARINA, 2017).

As práticas de gestão institucional de recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica ou de promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sob pretexto de ausência de vaga na instituição, quando não

confirmado, também constam no rol da Lei Estadual nº 17.097 de 2017 (SANTA CATARINA, 2017).

As disposições constantes na Lei federal nº 11.108 de 2005, Lei do Acompanhante, são reafirmadas na lei de proteção à gestante e parturiente contra a Violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, mas de maneira abrangente resguardando a mulher comunicação externa com parentes e acompanhantes.

Art. 3º

[...]

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

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

[...]

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia (SANTA CATARINA, 2017, p.02).

Os procedimentos relatados no Dossiê “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio, como Violência obstétrica envolvem a prática de episiotomia, lavagem intestinal, exames de toques por diversas profissionais. Tais práticas são tipificadas como Violência obstétrica na Lei Estadual nº 17.097 do estado de Santa Catarina.

Art. 3º

[...]

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

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível (SANTA CATARINA, 2017, p.02).

A Lei Estadual nº 17.097 garante a mulher o exercício de sua autonomia durante o parto ao considerar Violência obstétrica, assim proibidos, “qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado” ou “manter algemadas as detentas em trabalho de parto” (SANTA CATARINA, 2017, p.02).

A tutela do bem-estar do recém-nascido também é alcançada na Lei nº 17.097:

Art. 3º

[...]

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar (SANTA CATARINA, 2017, p.02).

Por fim, o artigo 3º da lei catarinense nº 17.097 dispõe sobre condutas que ensejam Violência obstétrica em seu caráter institucional:

Art. 3º

[...]

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

[...]

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde -SUS (SANTA CATARINA, 2017, p.02).

A lei ainda traz mecanismos de políticas públicas que o Poder Executivo, por meio das suas Secretarias de Estado da Saúde, deverá realizar, como: cartilhas informando todos os direitos que a gestante e a parturiente tem, de forma clara; cartazes informando condutas presentes no artigo 3º que deverão ser espalhados pelos hospitais, postos de saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos especializados (SANTA CATARINA, 2017).

A Lei nº 17.097 de 2017 constitui um importante instrumento na tutela do Direito das mulheres gestantes e parturientes. Seu texto contempla as condutas mais relatadas por mulheres vítimas de Violência obstétrica e propõe mecanismos para combater essa prática violenta. Contudo, sua aplicação é restrita ao estado de Santa Catarina.

A Constituição federal estabelece no artigo 22 que é de competência privativamente da União legislar, dentre outros sobre, direito penal e processual (BRASIL, 1998). Assim, a lei catarinense, além de limitada ao território do estado de Santa Catarina, não pode estabelecer penas para a prática de Violência obstétrica.

Ainda, pelo Princípio da Reserva Legal, estabelecido na própria Constituição Federal, nenhum fato pode ser considerado crime se não existir uma lei que o tipifique

criminally, assim como, nenhuma pena pode ser aplicada se não houver sanção pré-existente e correspondente ao fato.

Art. 5º

[...]

I - “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal” (BRASIL, 1988, p. online).

Estando a prática de Violência obstétrica ausente do Código Penal brasileiro é, portanto, uma conduta atípica, não podendo ser imposta ao agressor qualquer sanção penal vinculada diretamente à prática de atos que a caracterizem.

Ao consultar os Tribunais Superiores, Superior Tribunal de Justiça – STJ e Supremo Tribunal Federal – STF em seus sítios eletrônicos, utilizando o termo “violência obstétrica” não foram encontrados processos, tampouco jurisprudências que permitam conhecer a tutela jurídica oferecida pelos tribunais às vítimas (ANEXOS D e E), diante da ausência de tipificação da prática de Violência obstétrica.

Assim, para visualizar as lesões de direito que a Violência obstétrica produz e que por falta de tipificação não pode ser diretamente punida, propõe-se analisar como as práticas mais relatadas e constantes na legislação internacional, na própria Lei Estadual nº 17.097 de 2017 e nos relatos do Dossiê “Parirás com Dor” se enquadram nos atos já tipificados no Código Penal.

5.1 Episiotomia

A episiotomia “é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia” (REDE, 2012, p. 80), sob o argumento de facilitar a passagem da criança, principalmente, em partos de primigestas. É a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente, que é claro, desconhece “sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos” (REDE, 2012, p. 80).

A prática da episiotomia retira a autonomia da parturiente, que se vê submetida a lesões no seu corpo que afetam “diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris” (REDE, 2012, p. 80).

As lesões causadas pela episiotomia, segundo o Dossiê, podem ser de primeiro a quarto grau. As de primeiro grau são superficiais, “atingem pele e tecido subcutâneo do períneo ou o epitélio vaginal” (REDE, 2012, p. 82).

As lesões de segundo grau são mais profundas, atingem músculos superficiais do períneo e o corpo perineal. As lesões de terceiro grau mostram-se mais severas, por envolverem músculos perineais e esfíncteres anais (músculo localizado na parte terminal do aparelho digestivo que permite a defecação, quando lesionado altera o controle fecal). As lesões quarto grau decorrentes da episiotomia, além de atingir os tecidos que compreendem o trauma de terceiro grau, resultam no rompimento do esfíncter anal e do epitélio anorretal (REDE, 2012).

A episiotomia, por si só, constitui pelo menos um trauma de segundo grau. Os médicos a realizam sob a justificativa de que se a falta do procedimento acarreta inevitavelmente lacerações graves, que poderão resultar em incontinência urinária e fecal, fato não comprovado cientificamente (REDE, 2012). Os estudos sobre as consequências da episiotomia tem justamente apresentado resultados contrários, o procedimento pode provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos (REDE, 2012).

Junto à episiotomia, muitas vezes é realizado o “ponto do marido”, “para deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino, o que, por sua vez, pode acarretar mais dor durante a relação sexual (para a mulher) e aumenta os riscos de infecção” (REDE, 2012, p.85).

A episiotomia contraria a chamada Medicina Baseada em Evidências, movimento médico que baseia a prática médica na aplicação do método científico, assim as condutas praticadas no exercício da medicina são prescindidas de estudos, pesquisas e submetidas ao escrutínio científico (REDE, 2012).

[...] à episiotomia de forma rotineira, em uma relação de confiança com o profissional de saúde, em um momento de vulnerabilidade, muitas vezes sem aviso e sem informações científicas, em uma situação na qual não é possível se defender – constitui violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico (REDE, 2012, p.83).

O artigo 129 do Código Penal brasileiro estabelece que “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem” configura lesão corporal punida com pena de “detenção, de três meses a um ano” (BRASIL, 1940, p. online). A episiotomia, por não carecer de

embasamento científico, é lesão ao corpo da mulher e podendo ser enquadrada ao crime de lesão corporal.

A ausência de tipificação retira a justa ordem jurídica que deve ser assegurada a todos os cidadãos, sem quaisquer distinções, como bem leciona o texto constitucional. Na prática, mesmo reconhecidas condutas que ferem direitos fundamentais, são determinadas apenas indenizações:

Trata-se de agravo de instrumento contra decisão que negou seguimento a recurso extraordinário interposto de acórdão. cuja segue transcrita: APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MATERIAIS E MORAIS. LUCROS CESSANTES. PARTO NORMAL. EPISIOTOMIA. LASCERAÇÃO PERINAL DE 4º GRAU. SUTURA DESCONTROLE NA ELIMINAÇÃO DE DEJETOS. INSUCESSO NA TENTATIVA DE CORREÇÃO. DANOS EVIDENTES. ERRO GROSSEIRO. IMPERÍCIA. NEGLIGÊNCIA. NEXO CAUSAL. CULPA RECONHECIDA. DEVER DE INDENIZAR. 1. Responsabilidade do médico: A relação de causalidade é verificada em toda ação do requerido, evidente o desencadeamento entre o parto, a alta premature e os danos físicos e morais, causando situação deplorável à apelante, originada de dilaceração perinal de 4º grau. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado nefasto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido. Dever de indenizar.

1º Os artigos mencionados referem-se as devidas indenizações, respectivamente, nos casos de homicídio, lesão ou ofensa à saúde e impedimento de exercício de ofício ou profissão.

“Em se tratando de cirurgia plástica de natureza estética, haverá, segundo doutrina majoritária, obrigação de resultado, desta forma, o médico deverá produzir o resultado esperado. Em se tratando de cirurgia plástica reparadora, a exemplo dos casos de queimadura, a obrigação será de meio”.

2. Danos morais: evidentes, procedimento realizado de forma a técnica, causando sofrimento físico e moral, constrangimento, humilhação. angústia, impossibilidade de levar uma vida normal, desemprego, alto estresse familiar. Procedência. 3. Danos materiais: comprovados através de recibos e notas fiscais. Procedência. 4. Pensionamento: paralisação da atividade produtiva da vítima, enquanto perdurou o tratamento para reconstrução do períneo. Parcial procedência. DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO APELO. (STF - AI: 810354 RS, Relator: Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Data de Julgamento: 15/12/2010, Data de Publicação: DJe-001 DIVULGADO 04/01/2011 PUBLICADO 01/02/2011, grifo nosso).

O caso apresenta uma prática associada à episiotomia de rotina. Feita de maneira indiscriminada e sem observância clínica que no julgado sobreveio laceração perineal de 4º grau ocasionada pelo trauma obstétrico, resultando em incontinência fecal, o que perturbou o equilíbrio emocional, social e psicológico da vítima. Infelizmente, a resposta oferecida, atualmente, pelo Judiciário brasileiro caminha na imposição de sanções pecuniárias que não satisfazem o real interesse da vítima de vê punido seu agressor.

A episiotomia também configurar homicídio, quando culmina na morte da parturiente.

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. Parto normal com episiotomia. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (inobservância de regra técnica de profissão). Pena que não merece redimensionamento. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (TIRS, Apelação crime nº: 70053392767, Relatora: DES. Lizete Andreis Sebben, 2º Câmara Criminal, julgado em 14/11/2013).

O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul reconheceu em julgado que a negligência médica na execução de episiotomia configurou homicídio em sua modalidade culposa prevista no artigo 121 do Código Penal.

Art. 121. Matar alguém:
[...]
§ 3º Se o homicídio é culposo:
Pena - detenção, de um a três anos (BRASIL, 1940, p.online).

A prática da episiotomia pode configurar o mais lesivo dos crimes contra a vida: homicídio. Ainda que culposo (aquele resultado da imprudência, imperícia ou negligência do agente) demonstra o risco de sua prática a proteção das mulheres e majorado pela ausência de tipificação específica para violência obstétrica.

5.2 Manobra de Kristeller

Criada pelo médico alemão Samuel Kristeller, “sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve” (REDE, 2012, p. 103)

Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações dessa prática, “apesar disso a manobra é frequentemente realizada com

uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho” (REDE, 2012, p. 103).

CIVIL. ADMINISTRATIVO. INDENIZAÇÃO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO ESTADO. TRABALHO DE PARTO. ERRO MÉDICO. NASCIMENTO DE CRIANÇA COM SEQUELAS NEUROLÓGICAS IRREVERSÍVEIS. DANO MATERIAL. PENSIONAMENTO MENSAL VITALÍCIO. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MINORAÇÃO. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MAJORAÇÃO. O Estado - que tem por obrigação "cuidar da saúde e assistência pública" (Constituição Federal, Artigo 23, Inciso Ii) - Detém o dever de agir para assegurar às crianças nascidas em hospitais da rede pública de saúde o "direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência" (Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 7º). Restando evidenciado o descumprimento, por parte do poder público, representado pelo seu corpo de médicos, do dever de adotar as melhores técnicas possíveis para preservar a saúde e a integridade física da parturiente e do recém-nascido, o qual, em virtude das desastrosas manobras médicas realizadas durante o trabalho de parto, veio ao mundo com sequelas irreversíveis, configurada está, assim, a conduta danosa praticada pelo distrito federal, na pessoa de seus agentes de saúde. de acordo com os protocolos de urgência e emergência da secretaria de saúde do distrito federal, bem como as normas e rotinas de atenção à saúde da SES, os médicos da rede pública de saúde estão proibidos desde 2006 a realizar, durante o período expulsivo do trabalho de parto, a manobra de Kristeller, que consiste em pressionar, manualmente, o fundo uterino da parturiente, uma vez que se trata de "manobra totalmente condenada e sem nenhuma indicação que a justifique. é procedimento grosseiro, deselegante, que contraria os preceitos da arte de partejar. não raras vezes, injuria órgãos intracavitários maternos, além de exercer ação deletéria sobre o feto" [...] Recursos do réu e remessa oficial, bem como recurso dos autores conhecidos e parcialmente providos. Acórdão nº 635062 do Processo nº 20070111136983apo. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. 6ª Turma Cível. Data 14/11/2012.

A manobra de Kristeller pode resultar em lesões físicas a mãe ao bebê. No julgado do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios foi reconhecida sequelas neurológicas irreversíveis a criança cuja mãe foi submetida à manobra de Kristeller durante o parto.

A lesão corporal pode se manifestar na prática da manobra de Kristeller, por atingir a integridade corporal e a saúde de outrem. É conduta tipificada no artigo 129 do Código Penal e pode ser punido com pena de “detenção, de três meses a um ano” (BRASIL, 1940, p. online).

Numa consulta virtual utilizando o termo “manobra de kristeller morte” são localizados mais de 15.000 resultados. Infelizmente, nenhum resultado de intervenção jurídica. São notícias onde mães relatam o que enfrentaram em seus partos e como a

realização da manobra de kristeller pela equipe médica afetou a saúde de seus bebês que morreram tempo depois ao parto (ANEXO A).

Homicídio é previsto no artigo 121 do código penal com penas que variam de seis a trinta anos, conforme a modalidade.

5.3 Violência obstétrica Verbal

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”
 “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”
 “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”
 “Na hora de fazer, você gostou, né?”
 “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.” (REDE, 2012, p03)

Essas são frases que iniciam o dossiê “Parirás com Dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio em 2012. O dossiê apresenta relatos e teses diversas sobre violência obstétrica no Brasil.

O artigo 3º Lei nº 17.097 de 21017 do estado de Santa Catarina exemplifica de condutas consideradas violência obstétrica, dentre outras, a ofensa verbal que inclui “tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido” (SANTA CATARINA, 2017, p.01).

Também é reconhecido, na lei catarinense, como Violência obstétrica em seu caráter verbal: fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas, característica ou ato físico como, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros (SANTA CATARINA, 2017).

O artigo 140 do Código Penal prevê:

Art. 140 - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:
 Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.
 § 1º - O juiz pode deixar de aplicar a pena:
 [...]
 § 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:
 Pena - reclusão de um a três anos e multa (BRASIL, 1940, p. online).

Violência obstétrica verbal pode sim configurar injúria, já que a conduta requer agressão à honra subjetiva da vítima, que corresponde ao conceito que o indivíduo tem de si mesmo - estima própria (GRECO, 2015). A Violência obstétrica quando

manifestada no caráter verbal inferioriza a mulher impondo-lhe uma condição de submisso e repulsa diante pelo profissional.

5.4 Recusa de Atendimento

“A peregrinação em busca de vaga é uma das principais causas de mortalidade materna” (REDE, 2012, p.131). As instituições recusam o recebimento de novos pacientes alegando a falta de leitos para o atendimento. Mulheres, por vezes já em trabalho de parto, realizam verdadeiras peregrinações em busca de uma vaga.

A portaria nº 2048, de 2002, do Ministério da Saúde – MS assevera que na recepção da mulher a instituição deve garantir transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado (BRASIL, 2002 – 1).

O crime de omissão de socorro está previsto no artigo 135 do Código Penal e assevera:

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte (BRASIL, 1940, p. online).

A omissão de socorro também se manifesta quando o atendimento é negado a mulheres que procuram assistência hospitalar após partos domiciliares que são realizados na casa da parturiente e em caso de complicações deve ser transferida para um hospital.

A omissão de Socorro no atendimento em hospitais privados se manifesta no condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial a pagamentos de taxa ou antecipação de valores mediante títulos de crédito. A prática é tipificada no Código Penal, a saber:

Art. 135-A. Exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte.

5.5 Ameaça

“Art. 147 - Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave:
Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.” (BRASIL, 1940, p. online).

O dossiê “Parirás com Dor” caracteriza ameaça como violência obstétrica de caráter psicológico, pois decorre de ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, medo, acuação, insegurança. Muitos dos relatos apresentados no dossiê demonstram que as mulheres são ameaçadas pelos profissionais que as assistem:

“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 (REDE, 2012, p.134).

A Violência obstétrica psicológica produz na mulher sentimentos que majoram a sensação de intimidação. Para a consumação do crime de ameaça não é necessário que a vítima se intimide, mas, sim, que tão somente tenha essa possibilidade (GRECO, 2015).

PENAL E PROCESSUAL PENAL. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER. AMEAÇA E VIAS DE FATO. AUTORIA E MATERIALIDADE COMPROVADAS. DOSIMETRIA ADEQUADA. SENTENÇA MANTIDA.
1. Inviável o acolhimento de pleito absolutório, quando a condenação está lastreada em provas sólidas, como o depoimento da vítima prestado sob o crivo do contraditório e da ampla defesa, em harmonia com os demais elementos do conjunto probatório.
2. O delito de ameaça é formal e independe de resultado, consumando-se no momento em que a vítima toma conhecimento do propósito do agente em lhe causar um mal injusto e grave.
3. A ausência de ânimo calmo e refletido não descaracteriza o crime de ameaça, mormente se o mal injusto e grave anunciado causou intimidação, temor ou abalo psíquico à vítima.
4. A comprovação da materialidade da contravenção de vias de fatos dispensa o exame de corpo de delito, até porque esse tipo de agressão raramente deixa vestígios, de sorte que a comprovação pode vir por outros meios de prova.
5. Recurso conhecido e desprovido. Processo nº 20150310250845APR. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. 3ª Turma Criminal. Publicado no DJE: 14/08/2018. Pág.: 208/216.

5.6 Intervenções “Didáticas”

Em hospitais escola comumente os pacientes são submetidos à repetição de procedimentos para permitir que os alunos possam exercitar a médica prática. A Violência obstétrica, no contexto de intervenções didáticas, se manifesta quando a mulher é submetida a situações em que “várias pessoas juntas ou em sequência para realizar exame de toque vaginal” (REDE, 2012, p.93). A mulher não é informada dos nomes, da qualificação, da necessidade e riscos do procedimento, ou mesmo das informações sobre a progressão do seu próprio trabalho de parto, assim, como não consultada a permitir ou negar o procedimento.

Os exames de toque são realizados por vários alunos para que aprendam a aferir a dilatação vaginal durante o parto.

Submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, com a única e exclusiva finalidade de antecipar o exercício da prática desse procedimento em detrimento do aprendizado do respeito à integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade é considerado, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual (REDE, 2012, p.93).

A episiotomia também é praticada por alunos para que aprendam a realizar o procedimento.

“A interna me disse que sabia que, na verdade, aquela paciente não precisaria necessariamente fazer uma episiotomia. Porém, ela pediu à residente para fazê-lo, pois havia assistido a três partos normais até aquele momento de seu estágio de 5º ano e todos sem episiotomia. [...] Na hora do parto, a residente constatou que realmente não seria necessário fazer uma episiotomia, porém, assim mesmo, levou adiante o acordo que fizera de antemão com a interna. [...] Cabe salientar que o procedimento foi realizado sem qualquer analgesia ou anestesia” (HOTIMSKY, 2007, p. 270).

O acompanhamento discente desautorizado atinge direitos fundamentais e essenciais como: à dignidade, à intimidade e à saúde (REDE, 2012), ainda que não tipificados no Código Penal são preconizados na Constituição Federal, lei máxima que deve ser observada na construção e aplicação de qualquer outro normativo.

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

III - a dignidade da pessoa humana;

[...]

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;

[...]

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. online).

Os profissionais necessitam treinar os procedimentos que talvez venha a praticar em sua atuação. Porém, devem ser ensinados e orientados a atender o parto de modo a preservar a integridade da mulher, a formação não deve superar a qualidade do atendimento. A paciente não é um simulador, mas um ser humano num momento de vulnerabilidade e emoção.

Os responsáveis por esses procedimentos “didáticos” professores ou residentes médicos podem ser responsabilizados pelo crime de periclitação, pois criam uma situação de perigo as pacientes ao permitir que estudantes utilizem seus corpos para treino.

Perigo para a vida ou saúde de outrem

Art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:

Pena - detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

Parágrafo único. A pena é aumentada de um sexto a um terço se a exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo decorre do transporte de pessoas para a prestação de serviços em estabelecimentos de qualquer natureza, em desacordo com as normas legais (BRASIL, 1940, p. online).

Não há como afastar que a ausência de tipificação retira dessas vítimas a segurança jurídica e confiança estatal que inundam o Direito de sentido prático. Entretanto, a ausência de legislação específica não deve impedir aos aplicadores do Direito punir a prática, uma vez que resta caracterizada a violação de princípios e direitos basilares do Estado Democrático de Direito.

Quando a parturiente for submetida a um procedimento médico sem o seu consentimento o para ou qualquer outra conduta que caracterize Violência obstétrica,

em qualquer de suas formas, poderá alcançar, ainda que indiretamente, punição ao agressor. Aconselha-se buscar o nome das testemunhas (se possível número de documento, endereço e telefone), o cópia do prontuário da paciente, que o hospital é obrigado a fornecer, e buscar auxílio de um defensor público ou particular. As agressões que podem ser enquadradas no Código de Direito Penal deve ser denunciado junto à autoridade policial.

Com relação à Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005 que assegura à presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, seu descumprimento não viola o Código Penal, mas algumas medidas podem ser tomadas para que a observância à lei não seja descumprida.

Se a instituição recusar o acompanhante deve-se exigir o cumprimento da lei, tendo direito, inclusive, de chamar a polícia, já que se trata de lei federal, cujo cumprimento é obrigatório. Se a parturiente não conseguir ter cumprido o direito ao acompanhante deve buscar junto à instituição protocolo ou outro termo onde conste que a paciente não teve um acompanhante no momento do parto, podendo ser inclusive cópia do prontuário. Da mesma forma deverá buscar um defensor.

A mulher vítima de Violência obstétrica poderá também comunicar a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB ou ao Ministério Público – MP e a Defensoria Pública, pois podem propor ações de proteção a direitos coletivos, difusos e individuais indisponíveis.

Destaca-se que tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 7.633/2014, de autoria do Sr. Jean Wyllys, deputado federal a época da propositura, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico e puerperal e propõe ações para a erradicação da violência obstétrica.

O Projeto de Lei nº 7.633/2014 propõe por conceito de violência obstétrica, a saber:

A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (PROJETO DE LEI Nº 7.633/2014, p.online)

No Projeto de Lei nº 7.633/2014 são definidos princípios de assistência humanizada no parto e no nascimento que determinam a mínima interferência por parte

da equipe de saúde que deverá optar pela utilização de métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente, assegurando o fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, a obediência a Lei do Acompanhante e a harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e da criança, determinado ainda que o processo de ensino dos profissionais da saúde contemplem disciplinas relativas ao atendimento à saúde da mulher e do conceito (PL n° 7.633/2014).

O Projeto de Lei proposto pelo Sr. Jean Wyllys também especifica que estas intervenções, hoje consideradas violência obstétrica, ficam obrigatoriamente sujeitas à justificativa clínica, com a respectiva anotação no prontuário:

- I - a administração de enemas;
- II - a administração de ocitocina sintética;
- III - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;
- IV - a amniotomia;
- V - a episiotomia;
- VI - a tração ou remoção manual da placenta;
- VII - a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto (PROJETO DE LEI N° 7.633/2014, p.online)

Assim como, veda, aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde, o exercício destas práticas durante o atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério:

- I - realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;
- II - constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu conceito (PROJETO DE LEI N° 7.633/2014, p.online).

O texto proposto no Projeto de Lei n° 7.633/2014, ainda que não verse sobre a tipificação da violência obstétrica, abrange muitas das formas de violência obstétrica reconhecidas, se comparado com as leis vigentes em outros Estados e nas próprias disposições da Organização Mundial da Saúde – OMS e na Lei n°17.097 de 207 do estado de Santa Catarina, assegurando direitos à mulher gestante ou parturiente e ao neonato em âmbito federal.

O projeto tramita em regime de prioridade e sua aprovação poderá impulsionar a erradicação dessa forma de violência bruta e até mesmo asquerosa que é a violência obstétrica, pois lesiona a mulher quando vive o momento sensível da gravidez e do parto e causa traumas físicos, emocionais e psicológicos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quaisquer atos violentos praticados por profissionais da saúde no período gestacional, parto e pós-parto, podem ser caracterizados como violência obstétrica. A violência obstétrica, percebida nos hospitais, é lesão de direito que vitima um quarto das parturientes do Brasil. Essas agressões demonstram que a ausência de tipificação permite a manutenção das práticas e, conseqüentemente, demonstra o desinteresse estatal em políticas públicas que tutelem da forma mais ampla o direito da mulher de ser protegida e respeitada em todos os contextos que a fazem mulher.

Não se pode negar que o Brasil avançou na legislação de combate a violência contra a mulher, mas ainda com alcance superficial diante de todos os tipos de violência de gênero que se testemunha na realidade brasileira diariamente.

É certo que não se pode generalizar as condutas necessárias e emergenciais realizadas pelos profissionais da saúde que podem resultar em erros com a práticas de violência obstétrica. A episiotomia, o uso de fórceps, a manobra de Kristeller, ameaças, ultrapassam o erro e inferem na lesão física e emocional.

Os tribunais ainda resistem em reconhecer essas lesões com tal, os poucos julgados sobre o tema resultam em indenizações materiais que eximem os agressores de uma punição justa e compatível ao dano que causaram.

O enquadramento das condutas, consideradas violência obstétrica nas legislações e documentos internacionais no Código Penal brasileiro permite uma sanção indireta aos agressores e reduz a sensação de impunidade que a falta de tipificação conseqüentemente produz.

A ausência de tipificação retira a justa ordem jurídica que deve ser assegurada a todos os cidadãos, sem quaisquer distinções, como bem leciona o texto constitucional. Nesse sentido, a criminalização da violência obstétrica é necessária sim. É preciso uma definição de alcance federal que diretamente puna essa forma de violência contra a mulher assegurando que a gestação e o parto, momentos unicamente femininos, sejam plenamente velados e protegidos.

É necessário um dispositivo legal que verse sobre a humanização da assistência à mulher e do neonato durante o ciclo gravídico-puerperal como meio para erradicação da violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência Institucional em Maternidades Públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Florianópolis, 2014. p. 1-7. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 02 de nov de 2019.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 262**, de 1 de agosto de 2011. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/rn%20262.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

ARGENTINA. **Lei Nacional nº 26.485, de 11 de marzo de 2009**. Ley Nacional de Violencia Contra La Mujer.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990**. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18072.htm>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Decreto Legislativo nº 26 de 22 de junho de 1994**. Aprova o texto da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, assinado pela República Federativa do Brasil, em Nova Iorque, em 31 de março de 1981, bem como revoga o Decreto Legislativo nº 93, de 1983. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1994/decretolegislativo-26-22-junho-1994-367297-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 de nov de 2019. 2002 - 1.

_____. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002.** Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm>. Acesso em: 07 de nov de 2019. 2002 - 2.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 08 de nov de 2019. 2002 - 3.

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Lei de Assistência a Parturiente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 07 de nov de 2019.

_____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 07 de nov de 2019.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 07 de nov de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 4 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996.** Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência

contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm>; Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Decreto nº 7.393 , de 15 de dezembro de 2010.** Dispõe sobre a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7393.htm>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Lei nº 13.505, de 08 de novembro de 2017.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre o direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar de ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por servidores do sexo feminino.. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13505-8-novembro-2017-785700-veto-154165-pl.html>>. Acesso em: 07 de nov de 2019.

_____. **Lei nº 13.772 de 19 de dezembro de 2018.** Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar e para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13772.htm>. Acesso em: 08 de nov de 2019. 2018 – 1.

_____. **Decreto nº 9.586 de 27 de novembro de 2018.** Institui o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9586.htm>. Acesso em: 07 de nov de 2019. 2018 – 2.

_____. **Lei nº 13.871 de 17 de setembro de 2019.** Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às vítimas de violência doméstica e

familiar e aos dispositivos de segurança por elas utilizados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13871.htm>. Acesso em: 08 de nov de 2019. 2019 – 1.

_____. **Lei nº 13.827 de 13 de maio de 2019.** Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para autorizar, nas hipóteses que especifica, a aplicação de medida protetiva de urgência, pela autoridade judicial ou policial, à mulher em situação de violência doméstica e familiar, ou a seus dependentes, e para determinar o registro da medida protetiva de urgência em banco de dados mantido pelo Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13827.htm>. Acesso em: 07 de nov de 2019. 2019 – 2.

_____, Supremo Tribunal Federal. AI: 810354 RS, Relator: Min. RICARDO LEWANDOWSKI. APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MATERIAIS E MORAIS. LUCROS CESSANTES. PARTO NORMAL. EPISIOTOMIA. LASCERAÇÃO PERINAL DE 4º GRAU. SUTURA DESCONTROLE NA ELIMINAÇÃO DE DEJETOS. INSUCESSO NA TENTATIVA DE CORREÇÃO. DANOS EVIDENTES. ERRO GROSSEIRO. IMPERÍCIA. NEGLIGÊNCIA. NEXO CAUSAL. CULPA RECONHECIDA. DEVER DE INDENIZAR. DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO APELO. Data de Julgamento: 15/12/2010. Data de Publicação: DJe-001. Divulgado 04/01/2011. Publicado 01/02/2011.

BRENES, Anayansi Correa. **Bruxas, comadres ou parteiras:** a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005.

BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Paulus Editora, 2012. Edição Pastoral.

BRIQUET, R. **Obstetrícia Normal.** Barueri: Manole, 2011.

BOWSER D, Hill K. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth:** report of a landscape analysis. USAID / TRAction Project; 2010.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.931 de 14 de julho de 2010.** Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&Itemid=122>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

D’GREGORIO, Rogelio Pérez. **Práticas rotineiras em maternidade:** reflexões sobre a melhor assistência. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Volume 111. Issue 3, December 2010, Pages 201-202. Obstetric violence: A new legal term

introduced in Venezuela. Disponível em:
 <<https://violenciaobstetricablog.wordpress.com/tag/dr-rogelio-peres-d-gregorio/>>.
 Acesso em: 07 de nov de 2019.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S.. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de saúde reprodutiva*. 2006; 80-91.

DISTRITO FEDERAL, Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Acórdão nº 635062 do Processo nº 20070111136983apo. CIVIL. ADMINISTRATIVO. INDENIZAÇÃO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO ESTADO. TRABALHO DE PARTO. ERRO MÉDICO. NASCIMENTO DE CRIANÇA COM SEQUELAS NEUROLÓGICAS IRREVERSÍVEIS. DANO MATERIAL[...] MAJORAÇÃO. 6ª Turma Cível. Data 14/11/2012. Disponível em:
 <<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br;distrito.federal:tribunal.justica.distrito.federal.territorios;turma.civel.6:acordao:2012-11-14;635062>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____, Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Processo nº 20150310250845APR. PENAL E PROCESSUAL PENAL. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER. AMEAÇA E VIAS DE FATO. AUTORIA E MATERIALIDADE COMPROVADAS. DOSIMETRIA ADEQUADA. SENTENÇA MANTIDA. 3ª Turma Criminal. Publicado no DJE: 14/08/2018. Pág.: 208/216. Disponível em: <encurtador.com.br/iqDEV>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Editora Perspectiva. São Paulo, 1972.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 07 de nov de 2019.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte especial. Volume II: introdução à teoria geral da parte especial: crimes contra a pessoa. – 11 ed. Niterói, RJ: Impetus, 2015.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia**: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2007. São Paulo-SP. Disponível em:
 <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

IHU. **Revista do Instituto Humanistas Unisinos n° 396** – Ano XII - 02/07/2012 – ISSN 1981-8769. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao396.pdf>>; Acesso em: 08 de out. de 2019.

JUÁREZ, Diana (org.). **Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios**; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. – 1° ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000943cnt-Violencia_Sobre_Mujeres_17.pdf>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

MEDINA, Graciela. **Violência obstétrica**. Disponível em: <<http://www.gracielmamedina.com/violencia-obst-trica/>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

OEA, Organização dos Estados Americanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. Convenção de Belém do Pará de 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> >. Acesso em: 08 de nov de 2019.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

_____. **Relatório Mundial da Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**. Cedaw 1979. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos direitos Humanos**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

PONTES, M.G.A; LIMA, G.M.B; FEITOSA I.P; TRIGUEIRO, J.V.S. **Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência**. Rev. Ciência

Saúde Nova Esperança. 2014; 69-78. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

PROJETO DE LEI N° 7.633/2014. Autor: Sr. Jean Wyllys. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>> Acesso em: 25 de nov de 2019.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos**: breve referencial teórico. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>>. Acesso em: 19 de nov de 2019.

REDE, Parto Do Princípio. **“Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

REZENDE, Carolina Neiva Domingues Vieira de. **Violência obstétrica**: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. 2014. 60 f. Curso de Direito, Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5969/1/20812390.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça. Apelação crime nº: 70053392767. Relatora: Desembargadora Lizete Andreis Sebben. APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. Parto normal com episiotomia. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (inobservância de regra técnica de profissão). Porto Alegre, 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113388642/apelacao-crime-acr-70053392767-rs/inteiro-teor-113388652>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

SANFELICE. C. F. O. *et al.* **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar**. Campinas, SP, 2014.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

TOSI, L. **A mulher e a ciência:** a revolução científica, a caça às bruxas e a ciência moderna. Ciclo de Conferências proferidas na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em junho de 1988. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/4786705/2352>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

VELOSO, Roberto Carvalho. SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Reflexos da Responsabilidade Civil e Penal nos Casos de Violência obstétrica.** Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais. V.2, nº1. e-ISSN: 2526-0111. Brasília, 2016 p.257-277. Disponível em: <<https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/911/905>>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

VENEZUELA, **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** Gaceta Oficial nº 38.647. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 08 de nov de 2019.

VILLANUEVA-MEYER, Marco. La Familia Chamberlen: El misterio de su éxito profesional y el secreto del fórceps. Revista Galenus. Volume 32, ano 5, nº 4. Disponível em: <<http://www.galenusrevista.com/?La-familia-Chamberlen>>; Acesso em 16 de set. de 2019.

ANEXOS

ANEXO A – CONSULTA VIRTUAL MANOBRA DE KRISTELLER



Karine denuncia profissionais por não atenderem a orientação do laudo médico

violências (<https://catarinas.info/category/violencia/>)

Mãe denuncia maternidade pela morte de bebê após parto traumático

postado em 08/02/2017, 8:12

Por [Portal Catarinas](https://catarinas.info/author/catarinas/) (<https://catarinas.info/author/catarinas/>)

Após um parto sofrido com vômitos, fraqueza e medicação para controle da pressão, a auxiliar de escritório Karine Nunes, 26 anos, não pôde pegar a filha no colo. Ana Clara faleceu 35 horas depois do nascimento na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis. A certidão de óbito indicou hemorragia nos pulmões e falta de oxigênio durante o parto. Mesmo com o laudo do médico que a acompanhou durante toda a gestação indicando a necessidade de cesariana devido à sua saúde e tamanho do bebê, segundo Karine, os plantonistas afirmaram que tais condições não justificariam uma intervenção

MENU
cirúrgica. O caso aconteceu quatro dias antes da sanção da lei da violência obstétrica em Santa Catarina. A Secretaria de Estado da Saúde informou em nota que a Comissão de Óbito da Maternidade Carmela Dutra está apurando o caso.

“A tua pressão está alta porque você está acima do peso. O teu médico não falou que você não poderia engordar 25 quilos? Se o teu médico orientou a realização da cesárea, ele deveria ter feito”, disse o médico residente que fez o atendimento inicial à Karine, conforme relata a paciente.

Ela conta que a médica plantonista fez o exame de toque e identificou que o bebê estava “preso”. Após fortes contrações, a médica informou que ocorreu a chamada distocia de ombro, quando a cabeça do bebê passa, mas o ombro fica travado. “A médica me disse ‘mãe a gente não pode deixar tua filha ali por muito tempo, mesmo sem contração você terá que fazer força’. Duas enfermeiras seguraram minhas pernas e três subiram em cima da minha barriga para empurrar a minha filha, enquanto a médica colocava a mão para puxar. Depois pediram para eu ficar de quatro, foi quando minha filha nasceu”, detalha. O relato de Karine se aproxima de procedimento manobra de “kristeller” – que consiste em segurar as pernas da mulher e fazer pressão em cima da barriga para forçar o nascimento – considerada violenta pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Ministério Público Federal (MPF).

O bebê teve um dos braços fraturados e sofreu uma parada respiratória. Após massagem e medicação para que o coração voltasse a bater, foi levado para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Karina logo foi informada que o quadro de saúde de Ana Clara era grave e que mesmo se sobrevivesse ficaria com sequelas. “Ela não chorou. Nem me mostraram no nascimento, só peguei no colo quando já estava em óbito. Foi tudo muito triste”, conta a mãe. A vítima fez um registro de ocorrência e contratou um advogado para cuidar do caso. Ela tem um filho de 8 anos que veio ao mundo por meio de um parto normal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Algumas das situações consideradas "violência obstétrica" pela lei estadual

Por telefone, o hospital informou que somente a assessoria de imprensa da Secretaria de Estado da Saúde iria repassar informações sobre o caso. A assessoria, por sua vez, enviou a seguinte nota por e-mail: "A Secretaria de Estado da Saúde abriu uma sindicância interna por meio do Serviço de Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra para investigar o fato relatado pela Sra. Karine Nunes. A Comissão de Óbito da Maternidade Carmela Dutra está apurando todos os fatos ocorridos no dia 13 de janeiro de 2017."

Cesariana é ainda mais arriscada

Após a morte do bebê, profissionais da maternidade reiteraram à paciente que o procedimento cirúrgico acarretaria mais riscos, principalmente a sua saúde. "Eles disseram que havia um risco grande em fazer cesárea porque eu poderia sofrer hemorragia e perder o útero. Porém, eu preferia perder o útero a perder a minha filha", afirma Karine.

A ginecologista-obstetra e ativista de direitos das mulheres Melania Amorim listou em seu [blog \(http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html\)](http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html) 160 condições em que não há estudo clínico que indique a necessidade de uma cesárea. Entre eles estão os três

apresentados na gestação de Karine: pressão alta, macrosomia fetal (quando o bebê é considerado grande demais) e edema generalizado. No título da listagem, a médica evidencia seu tom de crítica à adoção sem critério da prática “Algumas desculpas referidas pelas gestantes e/ou utilizadas pelos profissionais para indicar uma “DESNEcesárea”.

Para Gabriela Zanella, presidenta da Associação da Doulas de Santa Catarina (Adosc), o imaginário coletivo criado em torno da costumeira prática da cesariana faz com que médicos e gestantes “optem” de imediato por esse tipo intervenção, mesmo quando o parto normal é a alternativa mais saudável para mães e bebês.

“As mulheres não têm informação de qualidade para que possam optar e discutir com a equipe que vai atender o parto. As equipes, por sua vez, não estão acostumadas a acolher as necessidades das gestantes, especialmente emocionais”, destaca a doula. Ela argumenta ainda que as violências obstétricas cometidas durante o parto normal são comuns, mas só são identificadas quando acometem a saúde do bebê – como neste caso.

Lei sobre violência obstétrica

Está na lei estadual que é violência obstétrica “(...) **recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico**, como por exemplo, **obesidade**, pelos, estrias, evacuação e outros”. Além de ter as pernas seguradas pelas enfermeiras e ser submetida à manobra agressiva, Karine não pôde beber água durante o trabalho de parto, não teve liberdade de movimento e escolha da posição para parir. A indicação de cesárea, sem que realmente houvesse necessidade, pelo médico que acompanhava sua gestação também pode ser considerada uma violência, conforme a lei.

Sancionada em 19 de janeiro deste ano, a lei 17.097 prevê que o Estado deve garantir às gestantes informação e proteção contra esse tipo de violência. O texto tipifica a violência, porém não trata da punição. Os responsáveis podem responder ação penal e cível indenizatória, além de processo administrativo na unidade hospitalar e nos conselhos de classe.

O texto cita as formas mais comuns de violência

(http://www.alesc.sc.gov.br/expediente/2013/PL_0482_9_2013_Original.pdf) em 21 parágrafos e pode ser utilizada como base para ações judiciais, como explicou Mariana Mescolotto, assessora jurídica da Adosc, em entrevista após a aprovação do projeto (<https://catarinas.info/parto-nao-deve-ser-sinonimo->

MATO GROSSO

Médico denunciado por violência obstétrica é indiciado por morte de bebê durante o parto em MT

Obstetra foi indiciado por homicídio culposo e lesão corporal. Segundo delegado, médico confessou ter usado manobra não recomendada durante o parto.

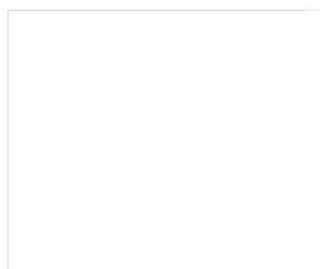
Por G1 MT

05/09/2017 10h08 · Atualizado há 2 anos



Rosa Maria Martins Pires, de 27 anos, disse que o médico agiu com violência e grosseria durante o parto — Foto: Reprodução/TVCA

CONTINUA DEPOIS DA PUBLICIDADE



O médico Jarbes Balieiro Damasceno, que havia sido denunciado por violência obstétrica durante um parto, foi indiciado pela polícia por homicídio culposo (quando não há intenção de matar) e lesão corporal. Segundo o delegado Alex Cuiabano, da Polícia Civil de Cáceres, a 220 km de Cuiabá, o indiciamento por homicídio culposo será pela **morte do bebê uma semana após o nascimento**, em junho deste ano, e a lesão corporal cometida contra a mãe, durante o parto. O **G1** não localizou o médico até a publicação desta reportagem.

O delegado afirmou que o médico confessou ter usado a “manobra de Kristeller” no parto, procedimento que consiste em empurrar a barriga da mulher para forçar a saída do bebê. "Ele disse ter feito essa manobra, que não é recomendada pelo CRM (Conselho Regional de Medicina) para tentar salvar a mãe e o bebê", explicou.

CONTINUA DEPOIS DA PUBLICIDADE

Durante a investigação, ele disse ter ouvido mais de 25 pessoas, entre elas médicos, enfermeiros e funcionários do Hospital São Luís, onde foi realizado o procedimento. "As enfermeiras que atuaram junto na cirurgia contaram que ele usou essa manobra. Elas disseram que ele as obrigou, mas ele disse que pediu", afirmou o delegado.

Essa não foi a primeira vez que o médico usou essa manobra. Segundo o delegado, em depoimento, ele disse que atua como obstetra há 40 anos e que fez esse procedimento várias vezes, apesar de saber que não é recomendado.

Esse inquérito foi concluído e encaminhado ao Ministério Público Estadual (MPE), que deverá se manifestar sobre os crimes pelos quais ele foi indiciado.

Além desse inquérito, há outra investigação em andamento nessa mesma delegacia contra Jarbes Balieiro. O delegado informou que esse outro inquérito apura um procedimento realizado no final do ano passado, em que o bebê fraturou o braço e a mãe teve lesões.



O médico foi afastado das funções logo depois da denúncia.

A morte do bebê

A dona de casa Rosa Maria Martins Pires, de 27 anos, estava grávida de nove meses quando deu entrada no Hospital São Luís, no dia 29 de maio, quando já estava em trabalho de parto. Ela teve hemorragia durante o parto e o bebê morreu no dia 5 de junho, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da unidade de saúde.


CONTINUA DEPOIS DA PUBLICIDADE


ANEXO B – CONSULTA VIRTUAL “MANOBRA DE KRISTELLER MORTE”


Google   Fazer login


[Todas](#) [Imagens](#) [Vídeos](#) [Notícias](#) [Shopping](#) [Mais](#) [Configurações](#) [Ferramentas](#)


Aproximadamente 15.700 resultados (0,27 segundos)


 [Globo.com](#) > [g1](#) > [mato-grosso](#) > [noticia](#) > [medico-denunciado-por-vio...](#)
Médico denunciado por violência obstétrica é indiciado por ...
 5 de set. de 2017 - Segundo delegado, médico confessou ter usado manobra não ... o indiciamento por homicídio culposo será pela **morte** do bebê uma ... O delegado afirmou que o médico confessou ter usado a "manobra de Kristeller" no ...


 [Globo.com](#) > [revistacrescer](#) > [Gravidez](#) > [Parto](#) > [noticia](#) > 2017/01 > m...
Manobra de Kristeller: entenda por que o método é ...
 30 de jan. de 2017 - Polêmica, a manobra de Kristeller está, aos poucos, deixando de ser utilizada nas maternidades brasileiras. Já proibida em diversos países, ...
 Não encontrados: morte


 [Conjur](#) > [br](#) > 2018-out-08 > [mp-debate-violencia-obstetrica-politicas-pu...](#)
Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação ... - ConJur
 8 de out. de 2018 - ... a manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para ... de violência obstétrica contribui para os elevados patamares de **morte** ...


 [Portal Catarinas](#) > [mae-denuncia-maternidade-pela-morte-de-bebe-apos...](#)
Mãe denuncia maternidade pela morte de bebê após parto ...
 8 de fev. de 2017 - O relato de Karine se aproxima de procedimento manobra de "kristeller" – que consiste em segurar as pernas da mulher e fazer pressão em ...


 [Folha Vitória](#) > [br](#) > [aprenda-a-identificar-casos-de-violencia-obstetrica](#)
Aprenda a identificar casos de violência obstétrica
 5 de ago. de 2019 - Procedimentos como utilização indiscriminada de ocitocina sintética, a manobra de Kristeller e a episiotomia dificultam a recuperação física da ...

 [Cofen \(gov\)](#) > [br](#) > [ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contra-manobr...](#)
– Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras ...
 6 de mar. de 2017 - ... a contra-indicação da manobra Kristeller, em que o útero da mulher é pressionado ... da Silva Braz nem sabia o que era manobra de Kristeller nem episiotomia. ...
 Cofen lamenta **morte** da enfermeira Josefa Lourdes Ramos ...

 [RCAAP](#) > [pt](#) > [comum](#) > [bitstream](#)
Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de ...
 de LC Carvalho - 2014 - Citado por 3 - Artigos relacionados
 de Saúde Materna e Obstetrícia, Manobra de Kristeller, Pressão do fundo hipovolêmico materno e **morte** fetal. distinguir um feto vivo de um feto **morto**.

 <https://matemar.blogfolha.uol.com.br> > 2014/12/16 > [hospital-proibe...](#)
Hospital proíbe manobra de Kristeller e reconhece violência ...
 16 de dez. de 2014 - Um hospital público de São Paulo aboliu neste mês a prática chamada de manobra de Kristeller durante os partos após uma paciente ...

 [portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br](#) > [atencao-mulher](#) > [deixar-de-fazer...](#)
Deixar de fazer Manobra de Kristeller - Atenção às Mulheres ...
 4 de mar. de 2018 - Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como? ... sobre o fundo uterino no período expulsivo (Manobra de Kristeller) tenha qualquer benefício para ... O Cuidado em Rede e a Prevenção da **Morte** Materna e Perinatal.

 [Associação Gravidez e Parto](#) > [pt](#) > 25-novembro-pelo-fim-da-manobra...
25 de novembro: pelo fim da Manobra de Kristeller ...
 24 de nov. de 2018 - A manobra de Kristeller é uma intervenção no período expulsivo que ... Quando partilhámos esta triste notícia de **morte** materna, estávamos ...

Pesquisas relacionadas a manobra de kristeller morte

ANEXO C – MANOBRA DE KRISTELLER

Disponível em: <https://catracalivre.com.br/wp-content/uploads/sites/10/2014/12/Manobra_de_Kristeller.jpg>. Acesso em 09 de nov de 2009.

ANEXO D – CONSULTA DO TERMO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” NA PÁGINA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Superior
Tribunal de Justiça

Notícias

Acessibilidade A- A+ AA

MÍDIAS

08/03/2018 18:37

Programa STJ Cidadão destaca violência obstétrica e aborto legal

Na semana do Dia Internacional da Mulher, o programa *STJ Cidadão* aborda, em uma reportagem especial, dois importantes assuntos ligados ao universo feminino: a violência obstétrica e o aborto legal.

A violação de direitos das mulheres, decorrente de agressões sofridas durante o período de pré-natal e parto, é analisada por vítimas e especialistas. O programa vai mostrar também decisões do STJ que garantiram a interrupção da gravidez em casos de estupro ou de risco à saúde da mãe.

O *STJ Cidadão* vai ao ar na TV Justiça, inédito, toda quinta-feira, às 21h, e está disponível no canal do **STJ no YouTube**.

Atendimento à imprensa: (61) 3319-8598 | imprensa@stj.jus.br

Informações processuais: (61) 3319-8410

+55 61 3319.8000

Superior
Tribunal de Justiça

Pesquisa

Pesquisar por:

Quantidade de resultados retornados com a expressão Violência Ob: Procure também em:

08/03/2018 18:37 - Programa STJ Cidadão destaca violência obstétrica e aborto legal

Programa STJ Cidadão destaca violência obstétrica e aborto legal
MÍDIAS 08/03/2018 18:37 (...)

+55 61 3319.8000

ANEXO E – CONSULTA DO TERMO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” NA PÁGINA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL



Brasília, 5 de novembro de 2019 - 23:30 [Imprimir](#)

Notícias STF

Apresentando 5 resultados encontrados para **Violência Obstétrica**

Página 1 de 1

Sexta-feira, 17 de maio de 2019

19:35 - Acompanhe a programação da Rádio Justiça para segunda-feira (20)

Terça-feira, 07 de maio de 2019

19:30 - Confira a programação da Rádio Justiça para esta quarta-feira (8)

Terça-feira, 02 de abril de 2019

20:45 - Confira a programação da Rádio Justiça para esta quarta-feira (3)

Terça-feira, 03 de julho de 2018

18:00 - Confira a programação da Rádio Justiça para esta quarta-feira (4)

Quinta-feira, 10 de maio de 2018

20:00 - Confira a programação da Rádio Justiça para esta sexta-feira (11) em homenagem às mães

Página 1 de 1

BUSCA

AVANÇADO

Digite o termo a ser pesquisado:

Violência Obstétrica

Resultados encontrados no Portal do STF para o termo "**Violência Obstétrica**"
Para visualizar a lista de resultados, escolha uma das opções abaixo.

Todas	Conteúdo	Notícias	Acomp. Processual	Jurisprudência	Transparencia
Conteúdo do Portal					
TEXTOS		Nenhum conteúdo encontrado			
Notícias STF					
NOTÍCIAS		5 notícia(s) encontrada(s)			
Acompanhamento Processual					
POR NÚMERO NO STF		Não foi pesquisado um valor numérico			
POR NÚMERO ÚNICO		Não foi pesquisado um valor numérico			
POR NÚMERO DO PROTOCOLO		Não foi pesquisado um valor numérico			
POR NÚMERO NA ORIGEM		Não foi pesquisado um valor numérico			
POR PARTES OU ADVOGADOS		Nenhum processo encontrado			
Jurisprudência					
Desculpe, ocorreu um erro inesperado.					
Compras					
POR NÚMERO DE PROCESSO		Não foi pesquisado um valor numérico			
POR FORNECEDOR		Nenhum registro encontrado			
POR MODALIDADE		Nenhum registro encontrado			
POR OBJETO		Nenhum registro encontrado			
Contratos					
POR CONTRATADO		Nenhum registro encontrado			
POR OBJETO		Nenhum registro encontrado			
POR NÚMERO CONTRATADO		Não foi pesquisado um valor numérico			
Licitação					
STF		Nenhum edital encontrado			
CNJ		Nenhum edital encontrado			

ANEXO F – EPISIOTOMIA

Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/estudando-episiotomia.html>>. Acesso em 08 de nov de 2019.