



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

MARPLIA ELIAS BERNARDO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DESDOBRAMENTOS LEGAIS FRENTE ÀS
CONTROVÉRSIAS DO TEMA E A AUSÊNCIA DE TIPIFICAÇÃO PENAL

SOUSA-PB
2020

MARPLIA ELIAS BERNARDO

VIOLNCIA OBSTTRICA: DESDOBRAMENTOS LEGAIS FRENTE S
CONTROVRSIAS DO TEMA E A AUSNCIA DE TIPIFICA O PENAL

Trabalho de Concluso de Curso apresentado ao curso de Graduao em Direito da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obteno do ttulo de Bacharelado em Direito.

Orientadora: Prof. Ms. Marlia Daniella Freitas Oliveira Leal.

SOUSA-PB
2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

B518v

Bernardo, Marília Elias.

Violência obstétrica: desdobramentos legais frente às controvérsias do tema e à ausência de tipificação penal. / Marília Elias Bernardo. - Sousa: [s.n], 2020.

56fl.

Monografia (Curso de Graduação em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2020.

Orientadora: Prof. Ms. Marília Daniella Freitas Oliveira Leal.

1. Direitos humanos. 2. Violência obstétrica. 3. Saúde da mulher. 4. Parto e puerpério. 5. Reparação e punição. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 342.7:618.6(043.1)

MARLIA ELIAS BERNADO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DESDOBRAMENTOS LEGAIS FRENTE ÀS
CONTROVÉRSIAS DO TEMA E A AUSÊNCIA DE TIPIFICAÇÃO PENAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Direito da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharelado em Direito.

Sousa - PB, 26 de Novembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Jéssica Marques Coura Aragão (Avaliadora)
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Marília Daniella Freitas Oliveira Leal (Orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Osmando Formiga Ney (Avaliador)
Universidade Federal de Campina Grande

SOUSA - PB
2020

AGRADECIMENTOS

Eu fui agraciada com uma rede de apoio imensa no processo que me trouxe até aqui, ainda assim, não há pessoa a quem eu seja mais grata do que minha mãe, Graça, a base de todos os meus valores e minha maior incentivadora.

Ao meu pai, Marinaldo, que entre os altos e baixos de nossa relação, sempre deixa transparecer seu orgulho por quem sou e nunca questionou minhas escolhas.

Às minhas avós, Dona Duci e Dona Rita (in memoriam) que apesar de não estarem mais presentes fisicamente foram de grande importância em minha formação e sempre acreditaram em mim.

Ao meu afilhado, Diego Segundo, e ao meu irmão, Luís Miguel, que renovam minhas energias com tanta pureza.

À Paola Lourrana por trazer leveza para esse processo tão árduo e não deixar que eu descreditasse em momento algum. É um presente poder dividir a vida com alguém que me compreenda tão bem.

À minha segunda família: Ayanne, Aline, Ingrid, Robson e Segundo por todo suporte, paciência e por serem meus pontos de paz em meio às crises.

Aos amigos que fiz durante o processo e aos que estão distantes, ambos representam laços que fortalecem e dão sentido à vida, principalmente nas pessoas de Bruna, Larissa, Priscilla, Karine, Edvan, Paulo, Ramon, Anderson, Ruanda e os demais do R.A que por tantas vezes se fizeram presentes.

Aos meus colegas de curso: Michelle, Fernanda, André, Dominick, Rivaldo e João Vitor que tornaram os dias na UFCG ainda mais agradáveis.

À professora Mariana Leal, pela generosidade e pelas preciosas orientações. Tivemos poucos contatos presenciais, mas a convivência virtual foi suficiente para que eu guarde uma admiração imensa por ela.

E a todos que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram e torceram por mim ao longo da jornada.

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria das Graças, que apesar de não ter tido a oportunidade de concluir os seus estudos, sempre foi uma grande incentivadora dos meus, estando presente em cada batalha e comemorando comigo até as menores conquistas. Todo o meu amor e minhas vitórias são suas, mãe.

`Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida. _

Simone de Beauvoir

RESUMO

O enfoque atual e a luta secular das mulheres pela garantia e efetivação dos seus direitos, faz crescer a preocupação voltada para os nichos menos visibilizados desse movimento. Nesse sentido, ainda que a saúde seja um dos pilares dos direitos humanos e que seja uma prerrogativa imprescindível para que se atinja um padrão de vida digno, quando se trata da saúde da mulher ainda se percebe uma desatenção aos direitos aqui contidos, tanto pelo poder público quanto por um grupo significativo de mulheres. Logo, por desinformação, por inobservância ou por violação, os direitos de saúde sexual e reprodutiva da mulher são transgredidos. Desde a institucionalização do parto em meados do XVI, originam-se e se consolidam procedimentos, manobras e atendimentos indignos, empregados na assistência gravídica, no parto e também no puerpério. Aliado a esses fatos e sob a análise de pesquisas da Fundação Perseu Abramo e da FIOCRUZ, quanto à incidência dessa, que se define como "violação obstétrica", e com o apoio da literatura científica no que diz respeito aos malefícios das condutas aplicadas rotineiramente no tratamento da mulher enquanto gestante, surge o questionamento: Se há um comportamento violador que atinge direitos humanos básicos e que persiste mesmo diante de uma série de políticas públicas que traçam diretrizes de humanização no atendimento ao parto? O que impede a positivação da violação obstétrica para que haja a devida reparação e penalização dos danos causados? A busca por resultados para essa indagação culminou numa pesquisa qualitativa feita na perspectiva dedutiva e que priorizou a definição das raízes da problemática, a conceituação da violação obstétrica e o estabelecimento dos seus desdobramentos jurídicos, com o propósito de compreender os meios disponíveis para a proteção da mulher e os motivos que levam a morosidade na aprovação dos projetos de lei que versam sobre a tipificação da violação que facilitaria tanto no acesso à justiça quanto a atividade judiciária. Conclui-se, portanto, que a violação obstétrica se sedimentou em virtude do seu revestimento técnico e da preponderância da cultura patriarcal que naturaliza o sofrimento no parto, invisibiliza as violações e engessa o processo modificador tanto na esfera das políticas públicas quanto no campo judicial e que o meio que se demonstra como o mais eficaz para a alteração dessa realidade reside na aprovação do projeto de lei nº 7.633 de 2014, combinado com a positivação penal e consequente sanção às condutas violadoras, desta feita, com a devida fiscalização, pode culminar na maior informação e prevenção das práticas danosas, além de criar a garantia a reparação e a punição, servindo ainda como instrumento orientador tanto para as mulheres, quanto para os profissionais da Saúde e do Direito.

Palavras-chave: Violação obstétrica. Direitos Humanos. Direito de saúde.

ABSTRACT

The current focus and the secular struggle of women wishing to guarantee and enforce their rights increases the concern for the less visible niches in this movement. In this regard, even though health is one of the pillars of human rights and an indispensable prerogative to achieve a decent standard of living; when it comes to women's health, there is still a lack of attention to the rights the movement hold, both by the State and a significant number of women themselves. Therefore, due to disinformation, non-compliance or violence, women's sexual and reproductive health rights are violated. Since the institutionalization of childbirth in the mid-sixteenth century; incorrect procedures, poor labor guidance and poor healthcare have been consolidated, used in pregnancy care, childbirth itself and also in the puerperium. Under the analysis of the research held by the Perseu Abramo Foundation and FIOCRUZ, as to the incidence of these facts - which is defined as 'obstetric violence' - and with the support of scientific literature regarding the harms of poor guidance and care of pregnant women, the following questions arises: is there a violent spectrum that affects basic human rights even when a series of public policies that outline humanization guidelines in childbirth care have been created? What prevents obstetric violence from becoming positive so that the damage caused is properly repaired and penalized? The search for results for these questions culminated in a qualitative research carried out from a deductive perspective and that prioritized the definition of the problem in its roots, the concept of obstetric violence as a whole, and the establishment of its legal developments, in order to understand the means available for the protection of women and also the reasons that lead to the delay in approving bills of law capable of dealing with the violence classification, which would facilitate both access to justice and judicial activity. It is concluded, therefore, that the obstetric violence was sedimented due to its technical coating and the preponderance of the patriarchal culture that naturalizes the suffering in childbirth, makes violations invisible and obstructs the process both in the sphere of public policies and in the judicial field. In this sense, what is shown to be the most effective mean for changing this reality lies in the approval of bill No. 7,633 of 2014 combined with the criminal affirmation and consequent sanction for violating conduct. These combined with due supervision, can culminate in greater information and prevention of harmful practices, in addition to creating the guarantee of reparation and punishment, also serving as a guiding instrument for women, health and healthcare workers.

Keywords: Obstetric violence. Human rights. Right to health.

SUMÉRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA HISTÓRICA CONTRA A MULHER.....	10
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLAÇÃO HUMANA.....	15
3.1 Da institucionalização do parto.....	15
3.2 Ascensão da pauta e conceitualização da violência obstétrica.....	17
3.3 Das práticas violentas e dos direitos atingidos.....	19
4 DESDOBRAMENTOS LEGAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	28
4.1 Políticas públicas de proteção à gestação, parto e puerpério.....	29
4.2 Do direito e da formação atual de resolução judicial dos casos de violência obstétrica no Brasil.....	34
4.3 A violência obstétrica no contexto da pandemia do COVID-19.....	40
4.4 Da necessidade de legislação federal.....	44
4.4.1 Leis estaduais sobre temas englobados pela violência obstétrica.....	46
4.4.2 Análise do Projeto de Lei nº 7633 de 2014 e projetos posteriores apensados.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica, enquanto temática nomeada e ramificada independente no campo das lutas contra a violência de gênero, configura-se como uma forma recente de violação, com primeiras utilizações do termo, em nível internacional, no meio do século passado e que foi inserido no Brasil na década de 80, a partir percepção da necessidade de renovação nos métodos de atendimento – gestação, ao parto, ao pós-parto e ao neonato, com vistas para a humanização dos procedimentos e para a relação médico-paciente formada nesse lapso.

Todavia, o marco da existência de violações aos direitos humanos das mulheres em condições gravídicas coincide com o início da assistência médica e da hospitalização do parto. Em meados do século XVI, iniciam-se as especulações em torno do emprego da cirurgia cesariana e a instrumentalização do parto, sendo este transferido das mãos das parteiras e passando a ser responsabilidade dos profissionais e das instituições de saúde.

O pouco conhecimento do corpo da mulher por esses profissionais e mesmo por elas próprias repercutiu para a consolidação de práticas que, mais tarde, foram entendidas como violentas. Apesar de já haver o entendimento do caráter violador de determinadas condutas praticadas na área obstétrica há ainda assim, a incidência recorrente de muitas delas, perceptíveis, por exemplo, na indicação indiscriminada da cesárea, de procedimentos como a episiotomia, o uso rotineiro da ocitocina, dentre outros utilizados em oposição às evidências científicas quanto aos seus malefícios.

Consta-se também a presença de violências decorrentes de abusos verbais, caracterizados por discriminações, humilhações e desdém ao sofrimento das pacientes. Além da condescendência histórica atribuída ao sofrimento da mulher no parto, que afasta a face violadora das condutas empregadas, vislumbra-se que a violência obstétrica também seja resultado, no contexto nacional, da defasagem do sistema de saúde e de infrações éticas cometidas por alguns profissionais da área.

Dessarte o observado, o presente trabalho busca, na ausência de consenso sobre a totalidade da violência obstétrica, encontrar os pontos convergentes dentro da literatura sobre o tema, a fim de conceituar e classificar a violência obstétrica, fazendo-se entender o porquê de ser tão difícil identificar e punir as condutas violentas no cotidiano obstétrico.

Para atingir a finalidade desta pesquisa, utiliza-se o método dedutivo, ao partir das linhas gerais da violência contra a mulher, afinando a temática até alcançar a violência obstétrica e suas nuances, essas estudadas lançando mão do método qualitativo com fundamentação realizada por meio da literatura bibliográfica pertinente ao tema e também de documentos legais nacionais e internacionais.

Desta feita, o estudo foi dividido em três capítulos. No primeiro, o dimensionamento geral e histórico sobre a percepção da mulher enquanto sujeito de direitos explica como esse reconhecimento tardio corroborou para a aceitação das violências de gênero em qualquer que seja o âmbito.

O segundo capítulo posiciona a violência obstétrica no campo dessas violações de gênero, bem como a define como uma transgressão aos direitos humanos da mulher e elenca as condutas mais incidentes, trazendo ainda dados estatísticos quanto a essas, colhidos pela Fundação Perseu Abramo e a Fiocruz.

O último capítulo aborda as ações tomadas pelo Estado, além de outros artigos e instituições com o intuito de frear as condutas danosas, através de políticas públicas e outras manifestações que favorecem a humanização do parto, atuando, portanto, na prevenção dos danos e na fiscalização da efetivação dos direitos. Em seguida, é feita a explicação de como atua o poder judiciário quando essas demandas chegam a sua apreciação, mesmo com a ausência de lei específica que defina ou criminalize a violência obstétrica, além de analisar os projetos de lei que buscam justamente essa positivação.

Chega-se à conclusão de que a positivação tem a força necessária para impulsionar a real efetivação das diretrizes e políticas públicas da humanização no parto, pois o caráter sancionador da norma atua como balizador das condutas e forçaria as instituições de saúde a serem mais contundentes na fiscalização dos atendimentos realizados em suas repartições fazendo buscar, ainda, a valorização do trabalho dos seus profissionais e fornecendo também condições estruturais e laborais que colaborem para o atendimento humanizado da saúde da mulher.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA HISTÓRICA CONTRA A MULHER

Em consequência da construção histórica de resignação da mulher, da manutenção da cultura patriarcal e do constante aparecimento de formas de violação aos seus direitos, justifica-se a persistência da pauta da violência contra a mulher, em caráter geral ou específico,

com o fim de estudar meios eficazes de prevenir e erradicar lesões prerrogativas conquistadas até os dias atuais.

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2015, chegou a afirmar ser, a violação contra a mulher, a transgressão a direitos humanos mais condescendente em nível mundial.¹

A fim de pormenorizar o instituto da violação contra a mulher, conjuga-se aqui dois conceitos que exprimem a questão: primeiro o da violação em si, definido por Hannah Arendt (2004, p. 22), alinhada ao pensamento de outros teóricos políticos, como sendo “[...]a mais flagrante manifestação de poder[...]. E o poder, descobrimos ser um instrumento de dominação[...], e considerando que a violação de gênero, resultado da injetada cultura patriarcal, faz-se necessário para compreender o instituto, o conhecimento do conceito de patriarcado, em sentido nacional contextualizado e definido por Mary Del Priore (2013, p.12) da seguinte forma:

A soma dessa tradição portuguesa com a colonização agrária e escravista resultou no chamado patriarcalismo brasileiro. Era ele que garantia a união entre parentes, a obediência dos escravos e a influência política de um grupo familiar sobre os demais. Tratava-se de uma grande família reunida em torno de um chefe, pai e senhor forte e temido, que impunha sua lei e ordem nos domínios que lhe pertenciam. Sob essa lei, a mulher tinha de se curvar.

As diferenças que justificam a violação contra a mulher são alimentadas pelos usos e, em caráter legal e universal, evidencia-se essa subposição do gênero feminino, por exemplo, no texto da Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão², de 1789, em o seu preâmbulo, deixa-se clara a proteção aos sacros direitos dos homens sem fazer qualquer menção aos direitos das mulheres.

Embora Marie Gouze³ (1791), conhecida pelo seu pseudônimo de Olympe de Gouges, tenha tentado equiparar homens e mulheres ao apresentar perante a Assembleia Nacional da França a proposta da Declaração de Direitos da Mulher e da Cidadã, a iniciativa restou infrutífera, apesar de reconhecido o documento, culminou com a sua condenação à guilhotina, em 1793, tendo inconcebível era a ideia de considerar as mulheres seres semelhantes em direitos e deveres aos homens.

1 Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/violencia-contr-a-mulher-e-a-violacao-de-direitos-humanos-mais-tolerada-no-mundo-afirma-onu/>> A cesso em: 13 de abril de 2020.

2 Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>> A cesso em: 17 de abril de 2020.

3 Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/mulher/declar_dir_mulher.pdf> A cesso em 17 de abril de 2020.

Apenas no ano de 1948, com o advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos foi reconhecida a igualdade entre os sexos e a necessidade de erradicar todas as formas de preconceito, ainda que abstratamente:

Artigo 2º. Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autônomo ou sujeito a alguma limitação de soberania. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948)

No obstante, em âmbito nacional, foi apenas com a Constituição Federal de 1988, que a mulher atingiu a igualdade formal e esse preceito foi expresso nos objetivos da Carta Magna (artigo 3º), qual seja: `promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação_, e, no artigo 5º, impõe-se a garantia de direitos e obrigações iguais `s dos homens, in verbis: `I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição_ (BRASIL, 1988).

O que os textos legais não informam é que o limiar entre a mulher como objeto e como sujeito de direitos foi opressivo e deu base ` tolerância com a violência contra a mulher observada ainda nos dias atuais. A história mostra que `s mulheres era imposto um tratamento semelhante ao dos escravos, submissas, principalmente quando casadas, suas existências eram limitadas a cuidar da família e da casa, oferecendo a sociedade o modelo de `mulher ideal_ que a igreja ditava (DEL PRIORE, 2013, p. 13).

Se, de um lado a Igreja preconizava o padrão social da mulher, por outro atribuía a esta a característica de ser perigosa, com o corpo propenso ` atuação de forças diabólicas, uma ameaça ` saúde e ` mentalidade masculina (DEL PRIORE, 2014, p. 28-29).

Esse pensamento também foi sustentado na medicina da época que, conforme Soibet (2017, p. 363), apontava o sexo feminino como biologicamente frágil, passional, de baixo intelecto e sexualidade submissa ao destino maternal, em oposição ao homem, ser naturalmente autoritário e sexualmente impulsivo.

Colocada nessa posição moral e fisicamente inferior ao sexo masculino, a mulher foi, e ainda é, vítima das mais diferentes formas de violações. Ao tempo, para a alta classe feminina foi destinada ` subordinação doméstica, já que a elas era oferecido o privilégio de constituir família, enquanto isso `s mulheres pobres era oferecido um tratamento de violações sexuais (SOIBET, 2017, p. 368).

Essas imposições de papéis sociais que se aproximam do que Saffioti (2004, p. 51) definiu como sendo a face impotente do poder a qual as mulheres estão familiarizadas. Fosse pela Igreja, o Estado, a família ou pelas informais imposições da sociedade, as mulheres, qualquer que fosse sua classe, estavam sob constante vigilância, para se garantir que não se rebelariam pondo em risco o equilíbrio civil e eclesástico da sociedade (ARAÚJO, 2017, p. 45).

A melhor maneira de firmar e consolidar as ideias patriarcais desejadas, por óbvio, seria a manutenção da ausência de direitos às mulheres e a imposição de castigos com respaldo legal.

Dentre os permissivos, por muito tempo vigentes no Brasil, cita-se o Título XXXVIII, do Livro V das Ordenações Filipinas que vigorou até a edição do Código Criminal de 1830. Nesse título, há a modalidade lícita de homicídio de mulher adúltera quando realizado pelo seu marido⁴. Consta-se que, em momento algum, o documento cita a escusa de licitude do ato se realizado em oposto.

Dessa perspectiva, assevera-se um duplo controle das condutas femininas: um que lhes impunha os comportamentos adequados perante a sociedade e o outro que condena tudo aquilo que tiver por origem decisões exclusivas das mulheres, o que as deixou limitadas por séculos a escolher entre a obediência ou transgressão das regras.

No que tange à não obediência às regras, vale a literatura trazida por Soibet (2017, p. 367), quanto à condição das mulheres das camadas mais populares, no início do século XX. Estas, por representarem uma parcela feminina no mercado de trabalho, não condiziam com os postulados historicamente construídos de submissão e apesar da inferioridade em relação aos homens trabalhadores, agiam em defesa própria e do que acreditavam, fugindo constantemente do estereótipo que perseguia o feminino.

Tais atitudes, ora expostas, dão vazão ao que preconiza Nísia Floresta (apud DEL PRIORE, 2013, p.151) que afirmava ser a noção de superioridade feminina a justificativa para a imposição da ausência de instrução para as mesmas.

A manutenção do contrato patriarcal, baseado na subserviência da mulher, apesar das diversas faces do conceito de patriarcado, para os homens, equivale à manutenção da sua liberdade civil, por isso mantêm-se entre eles esse acordo de sujeição do sexo feminino (SAFFIOTI, 2004, p.54-55). Isto quer dizer que, independente das conquistas feministas, há na sociedade um mal impregnado, a noção de que, de fato, a mulher é um ser inferior e esse

4 Disponível em: <<http://www1.ci.uc.pt/ihiti/proj/filipinas/15ind.htm>> Acesso em 23 de abril de 2020.

ideal que cria o arcabouço justificador da violência contra a mulher, mesmo depois da conquista da igualdade pelas vias formais.

A consequência da vida em sociedade e dos séculos de imposição da cultura machista é de que mesmo as mulheres passaram a aceitar e reproduzir tais comportamentos. Ao estudar a mulher no espaço público e privado, valendo-se de dados coletados pela Fundação Perseu Abramo, Saffioti (2004, p. 47-48) analisa que a parcela de mulheres (57%) que afirmou não ter sofrido nenhum tipo de violência, provavelmente não se perceberam enquanto vítimas por estarem afeiçoadas a definir certas condutas como normais. Por essa razão, considera ser mais correto, pelo menos ao confrontar mulheres acerca da violência, apontá-la como violação a direitos humanos e não uma violência de gênero.

Ao adentrar no tema da violência em si, assevera-se que há várias concepções e conceitos nos mais diversos ramos quando se trata do estudo acerca da violência contra a mulher, que é outro fator a corroborar com a premissa anteriormente citada por Saffioti.

No primeiro momento, destaca-se o conceito jurídico contido na Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher ratificada pelo Brasil na forma da Convenção de Belém do Pará, em seu artigo primeiro, define: "Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada" (BRASIL, 1994).

Trata-se de uma conceitualização genérica que apesar de englobar todos os meios possíveis de violação do sujeito deixa lacunas quanto a alguns termos empregados, como "gênero" e "sofrimento", considerando-se que o primeiro está repleto de controvérsias sociais e a segunda possui caráter subjetivo.

De forma mais específica, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ)⁵ aponta como violência de gênero aquela sofrida pela mulher independente das suas demais características e condições, resultado de um sistema social que a coloca na posição inferior de sexo subordinado. Ao lançar esse olhar sobre a violação abordada, o CNJ favorece a abertura do caminho para a compreensão da situação da mulher a partir da perspectiva histórica e cultural, a fim de, nessa perspectiva, possa entender a origem da violência e as dificuldades na erradicação.

5 Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/violencia-contra-a-mulher/formas-de-violencia-contra-a-mulher/>> Acesso em: 14 de abril de 2020.

A pesar das revogações dos castigos, das desconstruções provenientes dos movimentos feministas e das demais alterações sociais, a violência contra a mulher ainda é uma realidade notória e que, ao revés das mudanças sociais e legais, intensifica-se com o passar dos anos.

§ cedió que a violência contra a mulher é guarida de ideologias que precisam ser desconstruídas. Não obstante, conforme a variação da forma de emprego dessa violência, mais invisível ela se torna perante a sociedade, por isso há uma necessidade de ir além da violência doméstica, no contexto da violência de gênero, a fim de enriquecer o debate sobre as modalidades de violação e com isso orientar a construção de políticas públicas de combate eficazes, além de fundamentar legislações que consigam surtir efeitos práticos e eficazes.

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLAÇÃO HUMANA

Dentre as formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica tem se tornado um tema cada vez mais caro, seja pela recorrência ou ainda por ser atravessado por questões além do gênero, a despeito de raça, classe econômica, escolaridade, dentre outros.

Apesar de ser uma discussão recente, suas origens também merecem um recorte histórico, visto que é uma forma de violência atrelada a um acontecimento natural humano, qual seja: o nascimento. Desta feita, procede-se com um breve levantamento acerca da institucionalização do parto e da assistência médica no processo de reprodução, a fim de melhor compreender o objeto de estudo.

3.1 Da institucionalização do parto

Neste tópico realiza-se um paralelo entre obras que demonstram a posição social da mulher no tempo e sua visão como indivíduo em conjunto com literaturas que tratam da evolução da medicina da mulher com o propósito de traçar pontos que originaram a pauta da violência obstétrica.

Num primeiro momento, é trazido o conceito mais primitivo do ser "mulher", este feito a partir do caráter biológico, afirmado por Mary Del Priore (2014, p.34) atribuindo-lhe a seguinte definição:

A entranha, mal descrita e mal estudada – comparada – às peras, ventosas e testículos –, acabava por reduzir a mulher – sua bestialidade[...]Ser assexuado, embora tivesse clitoris, – mulher – acabava uma função: ser mãe. Ela carregou por quinze séculos a pecha imposta pelo cristianismo: herdeira direta de Eva, foi responsável pela

expulsão do paraíso e pela queda dos homens. Para pagar seu pecado, sendo-lhe luz entre dores (PRIORE, 2014, p.34).

A visão religiosa e predominante na sociedade imputa uma culpa inexistente que remete a qualquer prática meramente sexual exercida pela mulher, já que o prazer lhes era negado e o seu papel reduzido – maternidade, aceita-se a dor e o sofrimento no partear como forma de castigo divino merecido pelo simples fato da parturiente ser mulher.

Nesse viés, tem-se a ideia de que nos séculos que se sucederam, apesar das inovações e dos estudos biológicos, o que se notava era a aceitação do pensamento trazido por Priore (2014) na última citação, uma vez que a predominância do sexo transpassava as razões científicas tratava-se de uma dura distinção entre os gêneros e, como consequência, a referência dos estudos era dada apenas a um dos sexos, o masculino (ROHDEN, 2001, p.31).

O processo de apagamento da mulher, ao invés de seu lugar de protagonismo, deu-se pela iniciativa de vários segmentos que possuíam certa aderência ao pensamento patriarcal, a exemplo de filósofos como Aristóteles e Voltaire e, até mesmo dos médicos, que, no século XVIII, tinham-se convencido de que a mãe, por apresentar uma estrutura mais frágil, seria a responsável exclusiva por carregar o “ovo” (PRIORE, 2013, p.114).

Dada a inferioridade da mulher, o partear não era responsabilidade dos médicos, mas de parteiras. Os conhecimentos a respeito do auxílio no parto e dos cuidados com o recém-nascido eram, exclusivamente, femininos e passados entre as gerações de avós, mães e filhas da família, sendo condenados os partos em maternidades, os quais causavam grande medo, devido à alta mortalidade (PRIORE, 2013, p. 125).

Todavia, no final do século XVI, em meio às controvérsias, começava-se a falar sobre a cesariana e, conseqüentemente, o “agora” interesse médico na causa, crescendo, então, iniciava-se a perseguição às parteiras, questionava-se desde a fragilidade moral, a imperícia e mesmo as superstições das mesmas, a fim de fundamentar a tomada da responsabilidade no parto (ROHDEN, 2001, p.60).

Com o advento da cesárea, restou comprovado que a institucionalização do parto e o afastamento das parteiras, em um primeiro momento, veio para atender um desejo da classe médica, apesar dos conhecimentos sobre analgesia e o aparelhamento que amparavam os procedimentos serem precípuos, dado o período e a baixa tecnologia, ainda assim tratava-se de uma inovação da qual eles deveriam fazer parte.

Reafirma-se tal premissa através dos estudos de Rohden (2001, p.62) que aponta ter havido um aprimoramento acerca da reprodução para incluir conhecimentos sobre o ciclo

menstrual apenas no século XIX e que há grande disparidade entre os estudos da época e os contemporâneos.

No obstante, no Brasil da mesma época as academias médicas disponibilizavam apenas uma disciplina relativa ao corpo feminino e esta dispunha somente sobre o parto (ROHDEN, p.72).

Logo, demonstra-se irrefutável que desde o princípio não houve, na institucionalização do parto, uma preocupação com a saúde e bem-estar da mulher, mas tão somente o atendimento às pretensões médicas e o aperfeiçoamento da parte do corpo feminino que importava à sociedade.

Muito embora a classe médica justificasse o infindo interesse no corpo feminino, atribuindo um viés humanitário à iniciativa, uma vez que havia sofrimento no trabalho de parto, Simone Diniz (2005, p.628) explica o posicionamento da seguinte forma: "Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto".

O direcionamento da visão científica, exclusivamente, para a reprodução explica a utilização de equipamentos e manobras, hoje, em sua maioria, de uso proibido ou pouco aconselhável por serem danosos à saúde da mulher e do nascituro, visto que o plano principal de fato não era a atenção à saúde da mulher, mas ao desenvolvimento da área médica em si, como meio e fim. Decorreram dessas práticas uma naturalização da violência ao extremo de ser, por vezes, ser imperceptível para quem a pratica e também para quem a sofre.

3.2 Ascensão da pauta e conceitualização da violência obstétrica

A violência obstétrica tornou-se uma discussão necessária após a intensificação da assistência médica na gestação, no parto e no pós-parto tomando por base, em visão macro, dois problemas principais decorrentes desse marco: o primeiro deles foi o excesso de intervenções médicas e o segundo o déficit na atenção primária à saúde da mulher.

Em escala internacional, a primeira denúncia dos maus tratos com a mulher gestante e parturiente datam de 1958 quando a revista norte-americana *Ladies' Home Journal* publicou uma matéria relatada do ponto de vista de mulheres e enfermeiros acerca dos tratamentos desumanos que ocorriam em unidades de saúde no atendimento ao parto, dando notícia de agressões físicas e verbais.

Após 50 anos dessa que foi a primeira denúncia de violência obstétrica, Henri Goer (2010) analisou os relatos ali presentes e concluiu para uma preservação das práticas apesar dos avanços na medicina.

A presença atual da violência aos direitos da mulher, nesse âmbito, comprova, mais uma vez, a naturalização do sofrimento, fazendo com que uma alteração do cenário de violências institucionais de gênero dependa do despertar social para a causa em estudo, de modo a contribuir para a sua percepção, enquanto situação fática, e desta feita haja a colaboração para a erradicação dessa forma de violência.

Essa premissa encontra base no histórico do alcance de prerrogativas das mulheres, uma vez que todas concretizaram-se a partir de movimentos e revoluções emanados da sociedade. Como colocado pela Rede Parto do Princípio (2012): `A mudança do olhar não viria das instituições acadêmicas, mas da organização civil fundamentada nos preceitos do feminismo, trazendo a emergência para as análises que considerem a mulher como o principal sujeito[...].`

Quanto à ascensão da pauta sob a perspectiva feminista, Janaína Aguiar (2010) assevera que a visibilidade começa por esse movimento social em colaboração do movimento de consumidoras de saúde passando pelas corporações médicas e mesmo nas ações do próprio governo, a exemplo da criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Um dos principais fatores que corroboraram para o atual debate acerca da prevenção e punição da violência obstétrica no Brasil decorreu do crescimento do número de cesáreas realizadas no país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1985, apontava que a porcentagem de aplicação dessa intervenção deveria variar entre 10 e 15% e, em 2015, divulgou uma declaração sobre as taxas de cesáreas informando que, em estudo realizado no ano anterior, havia comprovado que não há evidências de que uma porcentagem superior a indicada desde o século passado apresentaria uma associação a redução da mortalidade.

Em contrapartida, a pesquisa `Nascer no Brasil`, com referência aos anos 2011-2012, apontou que 52% dos partos no país aconteciam por meio da cirurgia. No setor privado, o índice sobe para 88% e o inquérito ainda destaca que, todos os anos, quase um milhão de mulheres passam por cesarianas sem a devida orientação obstétrica.

Por isso, e pelas demais formas de violência que serão discorridas a frente, que se busca compreender desde o conceito até o porquê de não existir uma legislação federal específica

que reduza violência obstétrica a termo e busque, além da preven o a esse tipo de viola es, a puni o das práticas englobadas por esta.

Em um primeiro momento, no que toca ao conceito da violência obstétrica, destaca-se que não há consenso por parte dos Arg os responsáveis e pesquisadores do tema. A OMS, na edi o da declara o de Preven o e Elimina o de Abusos, Desrespeitos e Maus-tratos Durante o Parto em Institui es de Saúde (2014), antes de indicar as melhorias necessárias   rea, aponta o sofrimento de `abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto_ e que tais fatos v o de encontro aos direitos fundamentais como: o direito   vida,   saúde,   integridade física e   não discrimina o, sendo assim, uma afronta direta aos direitos humanos internacionalmente protegidos.

Portanto, e para fins do presente estudo, utiliza-se a defini o de violência obstétrica dada por Diniz (2009) que afirma ser a violência obstétrica o apoderamento de todo o processo reprodutivo da mulher, sob os cuidados integrais dos profissionais da saúde que o realizam de forma mecânica, t cnica e impessoal.

Silva (et al, 2019, p.15), categoriza as violências ocorrentes no seio da rede de saúde como sendo as mais danosas, uma vez que, a viola o se opõe a estes e impede os tratamentos. Nessa esteira estariam as viola es obstetr cias, que além de tornar patológico um processo que deveria ser natural, pode acrescer a esse, como consequência das condutas danosas, uma série de agravamentos   saúde da mulher (MAGALH ES, et al, 2019, p.19).

Portanto,   imperioso que antes de tratar sobre as formas de preven o e puni o da violência obstétrica se conheça suas faces, a fim de, através desse saber, encontrar a melhor maneira de garantir os direitos humanos da mulher no parto.

3.3 Das práticas violentas e dos direitos atingidos

Apesar da ausência de posicionamentos que definam, de modo taxativo, no que consiste a violência obstétrica há uma imensa lista de procedimentos e tratamentos relatados, estudados e tipificados, ainda que espalhados pelo sistema, que detalham as práticas prejudiciais   saúde da mulher sejam elas comissivas ou omissivas e que merecem destaque.

Preliminarmente, explana-se sobre a dualidade que há no tratamento da violência obstétrica, colocando-a num recorte de violência institucional, violência contra a mulher ou de ambas.

Aguiar (2010, p.4), ao analisar a estrutura das maternidades públicas com enfoque para os maus tratos para com a mulher nestes espaços, explicou que há uma carência de estudos acerca da violência institucional em comparativo com aqueles referentes à violência contra a mulher em linhas gerais, mas que a violência nos lugares por ela analisados, conforme o visto e o apontado por outros autores, majoritariamente, ocorre por falta de estrutura, sobrecarga dos profissionais e baixa remuneração. Afirmar, ainda, que, sobretudo, o desrespeito aos direitos das mulheres deve-se à sobreposição de condutas morais pessoais dos profissionais frente às situações atendidas.

Por esse posicionamento, conclui-se que não há como dissociar os institutos da violência de gênero e institucional, uma vez que a violência obstétrica se apresenta como uma violência contra a mulher que ocorre em uma instituição de saúde realizada por seus profissionais.

Observado esse ponto, há a necessidade posterior de classificar as condutas e as relações destas com os direitos atingidos, buscando como fim a qualificação da violência obstétrica, além de acrescentar a literatura, os dados que se tem quanto à ocorrência de violação e quais os danos causados.

Precedendo essa caracterização, expõe-se o que a OMS entende como sendo direitos das mulheres nesse campo, com o intuito de fazer uma projeção de quais condutas poderiam ser consideradas violentas.

Logo, a Declaração de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde expressa (OMS, 2014):

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo a 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.

O posicionamento da OMS reafirma o direito à saúde, este já previsto também na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Federal de 1988. Ressalta-se a necessidade de afastar a discriminação quanto ao sexo, a menção ao direito à dignidade, além de evidenciar a proteção contra os maus-tratos no parto, o que equivaleria a proteção da integridade física e psicológica.

Quanto ao momento da aplicação da violência, Letícia Evilla (2017, p.20-21) explica que não se restringe ao parto, podendo ocorrer também durante o pré-natal, no puerpério e

mesmo nos primeiros cuidados com o recém-nascido. No mais, revela-se que, dentro desses momentos, as violações não estão restritas apenas a uma conduta, mas a quebra de toda a confiança que deveria existir na relação entre a mulher e o profissional da saúde responsável (ibidem, p.23).

A adiciona-se a essa quebra de confiança o fato de que a assistência obstétrica deveria ser alicerçada no tripé constituído, conforme Davis-Floid (2001), pelo viés tecnocrático, ou seja, de decisão do profissional da saúde; com perspectiva humanística, formada pelo consenso e a informação na relação médico-gestante; e da orientação holística na qual a mulher se apresenta como protagonista do processo.

Na sequência, para adentrar na classificação quanto às condutas lesivas, ressalva-se, em primeiro ponto, que se encontra explícito no art. 13 do Código Penal⁶ parte final o fato de que os crimes ocorrem a partir de toda ação ou omissão sem as quais não seria possível o resultado (BRASIL, 1940).

Em sentido mais específico, tem-se a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) que apesar de tratar apenas da violência doméstica foi editada com a finalidade de combater a violência contra a mulher e, nesse ponto, define este instituto da seguinte forma: "Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial".

Nesses moldes, a pesquisa "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", da Fundação Perseu Abramo (2010), concluiu que 25% das mulheres já sofreram algum tipo de violência obstétrica, ou seja, uma a cada quatro mulheres já foi impelida física e/ou psicologicamente enquanto encontrava-se na condição de gestante ou puérpera.

O texto da lei ora citada, bem como a porcentagem de incidência da violência obstétrica são resultados da violência simbólica patriarcal que, nesse âmbito, traduzem-se na desconfiança dos processos naturais relativos ao parto e que culminam na aplicação de intervenções sem fundamentos (VASCONCELOS, 2018).

Destarte, e por não haver lei nacional que as defina, utiliza-se aqui a Lei Argentina nº 25.929, de 2004, sobre os direitos das mulheres no curso da gravidez, no parto e no pós-parto, como parâmetro a ser seguido, referindo-se a qual prerrogativa estaria sendo ferida pela conduta lesiva, a seguir detalhada, uma vez que por se tratar de um processo natural na vida

6 Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

das mulheres, os direitos inerentes a estas deveriam ser assegurados da mesma forma em todos os lugares do mundo.

O primeiro direito que a lei argentina faz referência é o direito à informação da mulher quanto às intervenções médicas que podem ser realizadas durante os processos pelos quais elas passam no período da gestação ao parto, com o propósito de poderem optar livremente entre as alternativas que lhes estiverem disponíveis (ARGENTINA, 2004).

De acordo com a cartilha de Direitos das Mulheres no Parto (2017), editada pelo Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, configura-se como as práticas mais corriqueiras realizadas sem o consentimento da gestante, o que corresponderia a ausência de informação a respeito das intervenções médicas, o uso da ocitocina⁷ sintética intraparto, a episiotomia, a indicação de cesárea eletiva sem a devida informação da mulher, exames de toque realizados com a finalidade de ensino, deslocamento de membrana e redução do colo.

Como regra, essas intervenções são realizadas com o intuito de acelerar o parto. É o que mostra o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres (2012) que se denomina 'Parir com dor'. Esse dossiê informa que:

Relatos de várias partes do Brasil referem-se à utilização rotineira de ocitocina, rompimento artificial da bolsa e da dilatação manual do colo para acelerar a dilatação, seguida de comando de puxos, episiotomia, manobra de Kristeller e fórceps para acelerar o período expulsivo. Caso essas manobras não resultem na saída do bebê pela vagina, ou caso haja suspeita de sofrimento fetal, recorre-se à cesárea (que é realizada quando o anestesiologista disponível (2012, p.96).

Constata-se ainda que, quanto à manobra de Kristeller, exercida quando o profissional da saúde empurra a barriga da mulher em trabalho de parto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na decisão nº 489 de 2019, proibiu os seus profissionais de realizarem a manobra e, dentre as consideradas que culminaram nessa decisão, apontou tratar-se de uma conduta que caracteriza violência obstétrica.

Embora haja o reconhecimento por parte da comunidade de profissionais da saúde sobre os malefícios da manobra, ainda se constata que cerca de um terço das mulheres em trabalho de parto são submetidas a este procedimento (GOVERNO DA PARÁIBA, 2020).

Quanto à episiotomia, corte realizado no período com a finalidade facilitar a passagem para o nascituro, a cartilha do Rede Parto do Princípio (2012) aponta vários agravos à saúde

7 Hormônio que tem entre suas propriedades a promoção de contrações uterinas e consequente dilatação. Fonte: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/oficina-processos-de-trabalho-na-rede-cegonha/diretrizes-clinicas-hospital-sofia-feldman/7613-inducao-do-parto/file>

da mulher em decorrência do procedimento e, além de não haver evidências acerca da utilização positiva, a conduta já foi considerada uma forma de mutilação vaginal.

Em sentido oposto ao corte do procedimento de episiotomia, há ocorrência não consentida do chamado "ponto do marido", sutura realizada para resguardar o prazer masculino, conduta desnecessária, do ponto de vista científico e prejudicial, já que pode causar dor no momento das relações sexuais e mesmo infecções (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.82).

No que toca ao procedimento das cesáreas eletivas, conforme visto em tópicos anteriores, o Brasil possui uma taxa muito alta e alarmante, observadas as indicações da OMS, o que aponta para uma falta de informação adequada, principalmente, quando se refere às gravidezes de baixo risco, já que, de acordo com a pesquisa Nascer no Brasil (2010), 45,5% das mulheres nessa categoria escolheram a realização da cesariana.

Ainda nesse diapasão, Aguiar (2010, p.18) afirma residir no descaso com os interesses da mulher, a motivação para que elas optem pela cesárea eletiva é pelo fato de terem a sensação de que nesse procedimento receberiam a atenção que julgam merecer.

A demais, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) se posicionou, no ano de 2019, através da Recomendação nº 038 acerca do incentivo às cesáreas, indicando a necessidade de uma redução do procedimento por acompanhar o entendimento da OMS sobre haver no cenário atual uma "epidemia de cesáreas".

O uso dos procedimentos descritos, sem o devido consentimento, geram lesão aos direitos fundamentais como o direito à liberdade e à informação, visto que as mulheres são afastadas da possibilidade de decisão sobre qual intervenção a ser realizada em seu corpo. Ihe parece mais adequada para o seu conforto e de acordo com suas convicções.

No que se refere ao direito à informação, a lei argentina ainda reforça e especifica que toda mulher deve ter conhecimento, desde a gravidez, sobre os benefícios da amamentação; no momento do parto, o direito de saber sobre a sua evolução; de ser orientada quanto aos cuidados consigo mesma e com o recém-nascido; além de ciência das consequências negativas do uso de drogas (artigo 2º, alíneas "e", "i", "j", "k") (ARGENTINA, 2004).

Para fins de efetivação desses direitos há um caminho imprescindível a ser seguido que reside no cumprimento correto do pré-natal. Entretanto, a pesquisa "Nascer no Brasil" (2012) apontou que 60% das gravidezes não tiveram acompanhamento a partir da 12ª semana de gestação, dessas, em torno de um quarto não teve acesso às 6 consultas, em conformidade com

a indica^{ção} do Ministério da Saúde. Ainda de acordo com a pesquisa, apenas 59% das mulheres foram orientadas sobre maternidades de referência para a realização do parto.

A ausência de informação, as práticas não consentidas e as suas respectivas consequências configuram graves inobservâncias aos direitos das mulheres, além disso reverberam em um prolongamento de assistência médica, junto disso amplia o sofrimento da mãe e e, por vezes, geram um maior custo que seria evitado se observadas as recomendações da instituidoras e dos profissionais que estudam esse processo da vida, tanto no setor público quanto no setor suplementar de saúde.

Seguindo no rol de prerrogativas trazidas pela Lei Argentina, aborda-se o direito da mãe e a ser tratada com respeito, como pessoa sã, de maneira individualizada e que favoreça sua posição de protagonista do parto, com a garantia da sua intimidade e da sua cultura em todo o trâmite de assistência (art. 21, b) (ARGENTINA).

As condutas registradas que se opõem a esses direitos concernem em agressões verbais e psicológicas que ferem diretamente a dignidade da pessoa humana e, em especial, a mulher (COLETIVO FEMINISTA DE SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017, p.26).

O dossiê da Rede Parto do Princípio (2012) informa e exemplifica esse tipo de violação:

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras chocantes, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Nesse tipo de violação uma maior dificuldade de percepção, tendo em vista que esta se camufla no tecnicismo e passa despercebida, no mais conhecido que existe um pensamento indutivo na sociedade de que a violação está atrelada apenas a agressão física, o que afasta compreensão dessas condutas enquanto violentas.

Nesse sentido, explica a Cartilha sobre Violência obstétrica do estado da Paraíba:

Por ser uma violação simbólica, a violação verbal, moral e psicológica são umas das mais comuns violações de direitos cometidas pelos/as profissionais de saúde, de todas as áreas. Essas violações são menos denunciadas e mais naturalizadas entre as mulheres que as sofrem. E muitas vezes, vem acompanhadas do racismo como agravamento para as mulheres negra (GOVERNO DA PARAÍBA, 2020).

Essa percepção caminha em sentido oposto aquele no qual se encaixa o estudo da violação na atualidade, visto que este perpassa instituto da violação física para abarcar

também as violências morais e simbólicas (VASCONCELOS, 2018, p.24). E essa controvérsia se desenvolve justamente por se tratar de uma violência de gênero, onde, o sujeito ativo, nesse caso o profissional da saúde, busca desacreditar a vítima revestindo a sua atitude de necessidade ou ato consequente a culpa de uma ação da vítima (ibidem, p.23).

Os dados da Fundação Perseu Abramo (2010) fundamentam essa premissa, uma vez que dentro do percentual de mulheres que afirmaram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica apenas 9% afirmaram ter ouvido gritos e 7% que foram xingadas ou humilhadas, mas quando a pergunta da pesquisa foi mais específica e direcionou o questionamento sobre a oitiva de frases do tipo: `na hora de fazer, não chorou_, 14% responderam positivamente para a ocorrência e com referência a frase: `não chora que ano que vem você está aqui de novo_, 15% responderam ter passado por situação semelhante.

A existência dessa postura antiética com a imposição de ameaças e gritos direcionados ao paciente anulam a sua autonomia e subjetividade. É um processo de descoisificação da mulher e restrição da prática exclusivamente sobre o corpo, deixando assim de enxergar o indivíduo enquanto sujeito dotado de liberdade (AGUIAR, 2010, p.153).

Justifica-se essa abordagem com base na sobrecarga dos profissionais da saúde (ibidem, 2010, p. 164). Entretanto, a falha que permite esse esgotamento não advém das pacientes, mas sim das instituições privadas ou da gestão pública, o que esvazia o argumento e favorece apenas a invisibilização da pauta.

Ainda sob análise do dispositivo argentino citado, tem-se o que o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (2017) chama de: `discriminação a atributos específicos_, o que se refere aos maus tratos em razão de classe, cor, idade e etnia. O coletivo ilustra a desigualdade no tratamento conforme as características da paciente ao realizar a afirmação de que as assimetrias entre as taxas de cesárea no setor público e privado são exemplos de como a classe social e as desigualdades econômicas interferem na qualidade do cuidado dedicado às mulheres.

O Coletivo relaciona os dados da pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) observando que, na amostra da pesquisa, 68% das mulheres tiveram filhos em instituições públicas, 16% apenas na rede privada e 8% em ambas; dessas, 11% das usuárias da rede pública sofreram algum tipo de maltrato em maternidades, em oposição a apenas 4% das pacientes da rede privada que foram vítimas de maus-tratos.

No mesmo contexto, há de se englobar o julgamento sofrido pelas mulheres em situação de abortamento, dado o fato de que o aborto provocado, em regra, é ilegal no país e

apesar de haver a figura do aborto espontâneo ocorre o estabelecimento de um preconceito no atendimento desses casos.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde de Atenção humanizada explica o atendimento ao abortamento (2011):

[...]se faz necessário superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de um suposto sentimento de culpa por terem provocado o aborto.

Esse fato repercute na questão da discriminação por atributos específicos no que toca ao fato de que a ilegalidade expõe as mulheres, em situação mais vulnerável, às piores formas de provocar o aborto, o que põe em risco sua saúde e assevera a necessidade da utilização do sistema público. Logo, a elas acrescentado, além da violência em razão da cor, da classe e da idade, a suposição de que o abortamento foi provocado e como consequência, atribui-se um tratamento negligente ou mesmo uma omissão desse, o que causa risco à sua saúde física e mental.

Atualmente, a literatura abordada aponta para condutas que ferem a integridade física, através das violações diretas ao corpo da mulher e que também atingem a integridade mental junto com as agressões verbais e omissões dos mais variados tipos. Não obstante, trata-se também como violação obstétrica as condutas lesivas ou desnecessariamente aplicadas ao recém-nascido sem o devido consentimento.

Dentre os direitos do recém-nascido, a Lei argentina elenca no artigo 21, alínea h, que o direito da mãe tê-lo ao seu lado durante a permanência na instituição de saúde, desde que não haja necessidade de algum cuidado especial com o mesmo (ARGENTINA, 2004) Esse tratamento tem por objetivo favorecer o início da amamentação exclusiva, sem contar que não há contraindicações no que diz respeito ao contato entre mãe e filho logo após o nascimento (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.144).

A pesquisa `Nascer no Brasil` (2012) apontou como recorrente a prática da separação precoce entre mãe e filho no país e que a modalidade do parto influencia diretamente nesse acontecimento, já que foi percebido um maior índice de ocorrência quando se tratava do parto cesariano. Além disso, a pesquisa trouxe dados de outras condutas tidas como inadequadas, em que 71% dos recém-nascidos saudáveis passaram pelo procedimento de aspiração das vias aéreas superiores, 39,5% pela aspiração gástrica, 8,8% recebeu oxigênio inalatório e 8,7% fez

uso de incubadora. Em contrapartida, observou-se uma baixa efetivação do que são consideradas boas práticas, por exemplo, apenas 28,2% tiveram contato com a pele da mãe, logo após o nascimento, e apenas a 16,1% dos bebês foi oferecido o seio materno, logo na sala de parto.

Os dados ainda demonstram que a mortalidade neonatal está intimamente ligada, dentre outros fatores, à qualidade do pré-natal, do parto e mesmo das instalações onde ocorreu a assistência médica à gestante (NASCER NO BRASIL, 2012).

Evidencia-se, nesse contexto, que a inobservância das práticas mais indicadas, relativas aos cuidados com os recém-nascidos também merecem atenção no universo da violência obstétrica, logo que esses atos levam a violações e contribuem para a taxa de mortalidade de sujeitos que são parte intrínseca desse processo.

Por fim, contextualiza-se o dispositivo da Lei argentina relativo ao direito da gestante de ser acompanhada, conforme sua escolha, por pessoa de sua confiança desde o trabalho de parto até os cuidados posteriores a este (ARGENTINA, 2004). Desta feita, a prerrogativa encontra guarida na legislação nacional na forma da Lei nº 11.108 de 2005, a lei do acompanhante, que traz previsão similar a lei argentina⁸.

Nesse sentido, é possível notar a força da lei, já que 75% das mulheres foram acompanhadas em seus partos, no ano de 2012 (NASCER NO BRASIL, 2012). Não obstante, o Dossiê da Rede Parto do Princípio (2012) indica que a existência de descumprimento está ligada à ausência de penalidade, apesar de configurar, em sua concepção, uma violência institucional e psicológica.

No mesmo sentido, ainda configuram violência institucional contra a mulher as condutas que em nada influenciam no processo do partear, que ferem direitos como a intimidade e a dignidade, além de gerarem danos patrimoniais, como por exemplo, imposição de jejum, de nudez e a coação para a aquisição de planos de fotografias, filmagens, apartamentos, dentre outros (VASCONCELOS, 2018, p.25).

⁸ 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.

Reitera-se também que a Cartilha sobre violência obstétrica do estado da Paraíba, considera também como violação dos direitos das gestantes, os atos agressivos cometidos pelo acompanhante ou qualquer outro familiar (GOVERNO DA PARAÍBA, 2020, p.16)

Feita a classificação e demonstrada a incidência da violência obstétrica em âmbito nacional, além de compreender o porquê de serem estudadas enquanto modalidades de violência, assimila-se a necessidade de dar visibilidade a temática. Assim, caso empregadas em caráter desnecessário e em desconformidade com as normas e recomendações de saúde podem ferir os direitos fundamentais e gerar danos, por vezes, irreparáveis.

Portanto, a temática é digna de atenção do Estado e da sociedade com o fim de mudar a realidade de maus-tratos contra as mulheres, visto que a saúde, enquanto um direito de todos, deve ser reivindicada e por ser um dever estatal, cabe aos entes públicos proverem as melhores condições de efetivação e erradicação dessa violação, garantindo a dignidade para as mulheres.

4 DESDOBRAMENTOS LEGAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O fato de não haver uma legislação específica sobre a violência obstétrica que traga um rol de condutas e suas respectivas sanções não afasta a premissa de que a violação à mulher no âmbito obstétrico seja uma realidade no país, conforme se demonstrou nos dados e na literatura anteriormente citados.

A despeito da ausência dessa lei, o Brasil conta com um largo sistema jurídico que abrange as mais diversas situações, além de contar com a dinâmica jurisprudencial e com a efetivação dos direitos através do desempenho das funções dos demais poderes, por exemplo, com o emprego das políticas públicas.

Desta feita, destacam-se as políticas públicas, recomendações de órgãos internacionais e ministeriais nacionais, com enfoque para a defesa dos direitos da mulher gestante e atribui-se análise a integralidade ou não da proteção dessas prerrogativas, com observação para os pontos de falha desses instrumentos protetivos.

Por fim, detalha-se o trâmite desde os canais de denúncia até se chegar às formas de reparação dos danos causados pela falha na proteção dos direitos da mulher gestante, com a devida contestação a insuficiência dos meios de acesso à justiça nos casos de violência obstétrica, frente à inexistência de legislação específica que os ampare.

4.1 Políticas públicas de proteção à gestação, parto e puerpério

Em um primeiro momento, busca-se a compreensão do que seriam políticas públicas. Boneti (2006, p.13) explica que são as ações que nascem em conformidade com o cenário social em que atuam, são intervenções que buscam alterar ou regular uma realidade e dependem diretamente da força política vigente, do comportamento das classes sociais e das organizações da sociedade civil.

Com isso, pode-se concluir que as políticas públicas são instrumentos não são de efetivação de direitos, mas de um plano político atuante que também reflete as maiores necessidades sociais em voga e devem ser pleiteadas pelos cidadãos, já que esses são o alvo principal das ações.

Nessa vertente, elucida-se que, em linhas gerais, as políticas públicas de proteção aos direitos das mulheres acompanham a crescente do movimento feminista, sendo este representante do comportamento social, e, segue também a positivação dos direitos humanos, ou seja, foram intensificadas com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal, logo, resultados de planos políticos.

No que diz respeito às políticas públicas de saúde, a própria Constituição Federal dispõe sobre a sua imperiosa necessidade para a efetivação desse direito fundamental, como expõe o texto do artigo 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).

Outrossim, as políticas públicas relativas à proteção da mulher gestante e puérpera nasceram da preocupação de órgãos internacionais, como a OMS, que há muito expressa a necessidade de atenção para essa área de cuidado, tanto que, em 1985, em conferência realizada junto a OPAS (Organização Pan americana de Saúde) colaborou na formulação de um documento que continha as tecnologias consideradas apropriadas para o parto, ficando conhecida, posteriormente, como Carta de Fortaleza (WHO, 1985) e, em 2014, reforçou a preocupação através da edição da Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.

Como já visto em outros pontos do trabalho, a OMS define e classifica a violência obstétrica como uma série de abusos e maus-tratos de ordem física, psicológica e patrimonial (OMS, 2014). Além da presença considerável de condutas dessa ordem em todo o mundo, a Organização também emitiu essa declaração por perceber que se trata de uma violação que

atinge, em regra, um grupo específico que, em condições normais, já é alvo de cerceamento de direitos, como explica o texto da Declaração: `Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos_ (OMS, 2014).

Outro fator que levou a edição do documento pela Organização refere-se à ausência de entendimento unânime quanto à medição científica da problemática, o que corrobora para o desconhecimento da repercussão das condutas lesivas na saúde da mulher (OMS, 2014).

Nesse sentido, a declaração indica uma série de posturas a serem tomadas pelos Estados, a fim de diminuir os impactos causados pelos maus-tratos sofridos pelas gestantes em instituições de saúde, até que se atinja a erradicação desses. São essas as posturas:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e a ação contra o desrespeito e os maus-tratos; [...]
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; [...]
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; [...]
4. Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; [...]
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS, 2014);

A ação dos governos apoiadores da declaração se perfaz justamente por meio das políticas públicas engajadas no estudo e alteração da realidade de maus-tratos.

O Brasil também conta com programas desenvolvidos por coletivos, associações e ONGs voltadas para a garantia dos direitos das mulheres, a exemplo do Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, da ReHuNa, da Rede Parto do Princípio, além de institutos de pesquisa que trazem entre seus eixos a produção de dados também relativos à aplicação dessas prerrogativas, como a Fundação Perseu Abramo e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e, no sentido do documento da OMS, todos esses devem trabalhar em colaboração com o governo para a efetivação dos direitos e fiscalização dos abusos.

Entretanto, feita uma busca aberta na internet sobre dados acerca da violência obstétrica em si, foram encontradas apenas as duas já citadas pesquisas: `Mulher brasileira e negro nos espaços público e privado_, de 2010, da Fundação Perseu Abramo que dedicou um

capítulo – saúde reprodutiva e ao aborto; e o Inquérito nacional sobre parto e nascimento ‘Nascer no Brasil’ da Fiocruz que traz dados dos anos 2011 e 2012.

Mesmo as pesquisas pontuais, como a de Maria do Carmo Leal, também da Fiocruz, que fez estudos mais recentes com recorte para a violência obstétrica sofrida por mulheres negras, demonstrando serem essas as maiores vítimas dos abusos em instituições de saúde (PINA, RIBEIRO, 2020), são baseadas nos dados das já referidas pesquisas. Com isso, completam-se 8 anos de defasagem de dados relativos a esse tipo de violência institucional contra a mulher, o que dificulta a sua percepção e também o planejamento de políticas públicas adequadas para o enfrentamento das violações.

Os únicos dados recentes sobre a situação atual do parto estão presentes no DATASUS⁹ (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) e dizem respeito à mortalidade materna e de mulheres em idade fértil, que em 2018 – último ano referenciado na base de dados – apontou para uma estimativa de 1.658 óbitos maternos, sendo desses 1.114 por causas obstétricas diretas. Entretanto, quando selecionado o recorte de morte por situação prevista na CID-10, a classificação que define as causas de morte hospitalar no SUS, o sistema de dados informa não possuir registro sobre essa categoria, o que dificulta na identificação dos casos que possam configurar violência obstétrica.

Todavia, mesmo diante da escassez de dados, o movimento pela humanização do parto no Brasil precede os anos de referência das pesquisas. Do ponto de vista das ações estatais, o Ministério da Saúde criou, ainda na década de 80, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o intuito de gerar um atendimento equânime por todo o país e trazer à luz uma nova maneira de tratar a saúde materno-infantil, se afastando do modelo antes conhecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Inclusive, para atingir os fins do programa, o Ministério lançou no texto uma série de objetivos gerais e específicos a serem cumpridos pela pasta. Como objetivos gerais, o texto englobou a efetivação dos direitos já positivados das mulheres, ao oferecer uma atenção mais humanizada, voltada para a diminuição da morbimortalidade materna decorrentes de razões que poderiam ser prevenidas e para o cumprimento desses propósitos por meio, por exemplo, da capacitação profissional nas áreas de saúde da mulher, intensificação das informações relativas à saúde e ao planejamento familiar, além da capacitação específica para a humanização do atendimento ginecológico, obstétrico e neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

⁹ Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>

Dada a iniciativa estatal e o fortalecimento da pauta da saúde da mulher com enfoque para as mudanças no nascer, no ano de 1993, foi fundada a ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, uma organização da sociedade civil que, preocupada com o alto índice de cesáreas no país, resolveu se organizar com o propósito de reivindicar a humanização do nascer, sob a argumentativa de que o número alarmante de cesáreas se dá ao passo que são realizadas várias intervenções desnecessárias e dolorosas no processo fisiológico do parto vaginal, fato que impõe medo às mulheres e as faz optar pela cesariana eletiva, uma escolha leiga, tendo em vista a ausência da concessão de informações suficientemente claras a respeito dos riscos da cirurgia (REHUNA, 1993).

Entretanto, no que diz respeito à humanização do parto, cabe a correta conceitualização, uma vez que o termo não se limita a uma diminuição do número de cesáreas, estende-se a todo o sistema de assistência à saúde da mulher em condições de parto. Segundo o que entende Diniz (2005): "A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no 'que fazer' diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher".

Tendo por parâmetro a presente definição aliada ao objetivo da ReHuNa, a associação busca desde a sua fundação resgatar o protagonismo e a autonomia da gestante, alinhando associando da forma mais adequada o tecnicismo médico ao processo natural do nascer. Dentre as suas crenças, apontou pela necessidade de implementar as ações do programa de assistência integral à saúde da mulher (REHUNA, 1993).

O reforço da instituição para aquilo que o PAISM já havia previsto se justifica a saber que não basta a elaboração de um documento para que se altere a realidade, é necessário que as políticas públicas passem da fase de planejamento.

Nesse prisma, em meio às reivindicações e corroborando com as diretrizes do PAISM, o Estado implementou uma nova política pública com vistas para a humanização, instituindo através da Portaria/GM nº 569 de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, desta feita, sendo mais específico quanto à área de saúde da mulher, o PHPN trouxe os princípios norteadores do parto humanizado, categorizou como deveria ser o atendimento à gestante desde o pré-natal até o pós-parto, apontando inclusive sobre a quantidade de consultas, a vinculação a uma maternidade, os exames a serem feitos, as informações a serem fornecidas e o cuidado com o recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde editou também um documento intitulado 'Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher' (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), este que traz um conteúdo mais didático, voltado para a disseminação da informação relativa aos direitos reprodutivos, a saúde materna e gestacional e explica como se configura a assistência humanizada em todos os tipos de parto, incluindo a atenção a pacientes mais delicadas, como são os casos de aborto e das portadoras de HIV.

Os dois documentos associados são de grande valia para o direcionamento das instituições de saúde e das próprias gestantes quanto aos seus direitos e quais as condutas mais corretas a serem tomadas nos mais variados cenários casuísticos.

E, ainda sob análise dos dois documentos, em complemento as diretrizes e ao material didático abordado em ambos, o PHPN trazia incentivos financeiros aos municípios que o adotasse, sendo esses incentivos atribuídos desde o mero preenchimento da ficha da gestante e posterior cadastramento no Sis prenatal (Sistema de acompanhamento da gestante) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Contudo, apesar constar no site do DATASUS a descrição e o endereço para acesso do Sis prenatal, o mesmo não se encontra disponível atualmente¹⁰, motivo que leva a dificuldade de fiscalização quanto à aplicação de todas as políticas públicas e medidas já comentadas, além de ter como consequência a inacessibilidade aos dados que demonstrem a efetivação ou não dos direitos reprodutivos da mulher e o posterior reconhecimento dos casos de violência obstétrica.

Quanto às políticas públicas estaduais, explana-se uma das mais recentes, editada pelo Governo da Paraíba, através da Secretaria de estado da mulher e da diversidade humana de 2020, e que se trata de uma cartilha sobre violência obstétrica, que além de informar as mulheres quanto às condutas que caracterizem violência obstétrica, explica ainda como os profissionais de saúde podem evitar e reportar os atos lesivos dos quais tenham conhecimento, trazendo ainda à luz as legislações pertinentes aos direitos da mulher, orienta para os canais de denúncia pertinentes aos casos e incentiva a utilização do Plano de Parto como meio de prevenção às violações, uma vez que todas as decisões da gestante ficam documentadas nesse instrumento (GOVERNO DA PARAÍBA, 2020).

Malgrado note-se a dificuldade na manutenção das políticas públicas já existentes, os movimentos em prol da humanização do parto e antiviolação obstétrica encabeçados,

¹⁰ Site fornecido pelo DATASUS: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/>. Consultado pela última vez no dia 02 de outubro de 2020

principalmente, pelo movimento feminista tentam manter a visibilidade já alcançada para a causa. Um exemplo da luta paralela à atuação do governo é a cartilha "Direitos das Mulheres no Parto", confeccionada pelo Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde que visa, além de informar às mulheres, chamar a atenção dos profissionais de saúde e do direito sobre a existência da violência obstétrica, sobre a ineficácia prática das normas esparsas e das políticas públicas voltadas ao cumprimento dos direitos da mulher (COLETIVO FEMINISTA DE SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017) e pode ser visto como um convite à mobilização desses grupos profissionais para atuarem na frente de combate às violações.

As políticas públicas, por estarem diretamente ligadas aos direitos humanos como um todo e serem reflexo dos direitos constitucionais em vigência, deveriam, caso bem aplicadas fossem, ser instrumentos suficientes de efetivação das prerrogativas, atuando, no caso da temática em estudo, senão para a sua erradicação, mas para a sua considerável diminuição. E é em razão da existência dessas ações que se assevera na argumentativa de que é necessária a existência de uma lei específica que discipline os direitos, classifique as violações e puna as condutas transgressivas.

4.2 Do direito e da formatação atual de resolução judicial dos casos de violência obstétrica no Brasil

Embora haja uma insuficiência, até mesmo uma competência reduzida das políticas públicas, e que aliada a isso ainda haja uma lacuna no que diz respeito à existência de uma lei específica sobre a violência obstétrica, o sistema jurídico pátrio engloba todo um universo de direitos individuais e coletivos que deveriam ser aplicados aos casos concretos relativos às violações dos direitos das mulheres.

Acompanhando a hierarquia das normas dentro do ordenamento jurídico brasileiro, a Constituição Federal carrega, entre os seus fundamentos, o respeito à dignidade da pessoa humana, objetiva ainda a promoção do bem de todos, independentemente de qualquer característica e em sua principiologia enaltece a prevalência dos direitos humanos no Estado brasileiro (BRASIL, 1988).

Especificamente, no que toca a proteção da saúde e maternidade, a carta constitucional os posiciona no rol dos direitos sociais¹¹, deixando claro, em capítulo posterior, que a competência concorrente de todos os entes federativos legislar acerca da saúde¹². Todavia, quando se trata da legislação penal¹³, em qualquer área que esteja posicionada a matéria, caberá privativamente ao União positivá-la.

Ressalva-se também que a saúde é um dos pilares da seguridade social, junto à previdência e assistência social e que deve ser posta sob o égide do princípio da universalidade da cobertura e do atendimento, conforme o texto do artigo 194 (BRASIL, 1988). Cabe ainda ao ente público atuar na fiscalização e controle da aplicação do direito¹⁴ a fim de garantir a universalidade preconizada no artigo anteriormente citado.

Ainda, sob demonstração dos direitos previstos na Constituição Federal e que tocam a saúde da mulher, no que diz respeito às práticas de violência obstétrica, o rol de direitos fundamentais disposto no artigo 5º traz a proteção, por exemplo, da intimidade, assegurado o direito à indenização de cunho material e moral diante de danos (artigo 5º, inciso X); e assegura o direito à informação de interesse particular de quem a solicita (artigo 5º, inciso XXXIII).

Nessa mesma perspectiva, e com o propósito de cumprir com a regulamentação do direito à saúde previsto na carta constitucional, tem-se a Lei nº 8.080 de 1990 que em seu texto deixa explícito quais são os princípios que devem reger as atividades do Sistema Único de Saúde, evidenciando a partir da mera leitura dessa base principiológica a aproximação entre a legislação geral da saúde e os fundamentos do parto humanizado, por exemplo no corpo dos cinco primeiros princípios elencados no artigo 7º da lei em comento, quais sejam:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; (BRASIL, 1990).

11 Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

12 Art. 24. Compete ao União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

13 Art. 22. Compete privativamente ao União legislar sobre: I - direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho;

14 Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle[...]

A forma de aplicação da saúde que a lei prevê, se coaduna com toda reivindicação feita pelo movimento de humanização no parto e torna visível ainda a falta de aplicação no que concerne a esses deveres, quando percebida a incidência das práticas de violência obstétrica posta em números no capítulo anterior do presente estudo.

Posterior a essa, foi sancionada a lei nº 9.263, de 1996, que prevê o planejamento familiar como um direito de todos e ainda traz algumas penalidades, mas estas são dadas em respeito a alguns casos de esterilização (BRASIL, 1996)

A lei do SUS ainda foi reforçada, no sentido de proteção aos direitos da gestante, com a alteração trazida pela Lei nº 11.108, de 2005, que acrescentou o artigo 19-J na legislação em comento, com o propósito de garantir o acompanhamento da parturiente por uma pessoa de sua indicação durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (BRASIL, 2005). Não obstante, para dar efetiva aplicação a respeito dessa prerrogativa, a Lei nº 12.895 de 2013 tornou obrigatória a exposição da lei do acompanhante em todas as instituições de saúde do país.

Como já exposto anteriormente, a Rede Parto do Princípio (2012) fez um levantamento e concluiu que esta vem sendo uma das prerrogativas mais efetivadas, no que diz respeito aos direitos da mulher no parto, e que a falta de punição justifica a prevalência das argumentativas oferecidas pelas instituições nos casos de descumprimento da lei.

Outra lei que deveria beneficiar as gestantes e que, por ausência de sanção para o descumprimento, vem sendo inobservada é a Lei nº 11.634, de 2007, que prevê a vinculação da gestante a maternidade onde receberá assistência médica. Em contraposição a norma, a Rede Parto do Princípio (2012) aponta para uma peregrinação das gestantes em busca de uma vaga para o atendimento ao parto e que esse acontecimento por si só configura um tipo de violência obstétrica, ainda que uma das causas contribuintes para o índice de mortalidade materna. O que explica da seguinte forma:

A peregrinação em busca de vaga é uma das principais causas de mortalidade materna. A afixação de cartazes de "Nº vagas" estimulam a peregrinação, omitindo a instituição e os profissionais do trabalho de encaminhar a gestante para um serviço que tenha vaga disponível para atendimento, em contrariedade à norma (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Ainda, em se tratando de meios de proteção à mulher em hospitais e maternidades, cabe mencionar ao Código de Ética Médica, instrumento que limita a atuação do profissional, condicionando as boas práticas. Nesse sentido, o código veda, por exemplo, a conduta omissiva danosa que gera responsabilidade pessoal ao profissional; a prática de atos

desnecessários ou proibidos por lei; a realização de procedimento sem o devido consentimento do paciente e a sua conscientização sobre a importância do mesmo; o tratamento desrespeitoso e indigno (CFM, 2019).

Outrossim, apesar de em grau de conselho de classe profissional haver penalidades aplicáveis às atitudes que fogem às vedações do Código de Ética, essas atingem o exercício da atividade e encontram-se dispostas no artigo 22 da Lei nº 3.268, de 1957, sendo elas, advertência confidencial, censura confidencial, censura pública, suspensão pelo período de 30 dias e cassação do exercício profissional (BRASIL, 1957).

Diante da inexistência de meios específicos de reparação pessoal da mulher pelas violações obstétricas sofridas e da penalização legal do profissional vítimas, caso busquem a reparação judicial, precisam se apoiar no que se aproxime da sua realidade e esteja disposto nas leis codificadas como: o Código civil, o Código de defesa do consumidor e o Código penal.

Dessa forma, o Código Civil preconiza, em seu artigo 186, que: "Aquele que, por ato ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito" (BRASIL, 2002). E, após explicar o que vem a ser um ato ilícito, define a responsabilização de quem o pratica, impondo no artigo 927 que: "Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo." (ibidem, 2002). Em ato seguinte a esses dispositivos, o Código pormenoriza as situações que ensejem reparação e suas respectivas indenizações, além de ressaltar que essas não excluem a sanção criminal.

No que diz respeito à aplicação do Código de Defesa do Consumidor, há a responsabilização objetiva, ou seja, independente de culpa, da instituição em que haja ocorrido o dano, conforme o artigo 14 e há ainda a responsabilização pessoal do médico enquanto profissional liberal, desde que verificada a sua culpa, conforme contido no parágrafo 4º do mesmo artigo (BRASIL, 1990).

Por fim, quanto à responsabilização criminal, há nas previsões do Código Penal tipos relativos à ofensa da integridade física (artigo 129) e ao constrangimento ilegal (artigo 146) (BRASIL, 1940). Essas, em análise conjunta as condutas que caracterizam violação obstétrica, são cabíveis quando presentes as violações físicas e as agressões verbais seguidas de imposição de comportamento ou consentimento forçado para a realização de procedimentos que a princípio fogem à vontade da gestante.

A saber da existência e possibilidade de aplicação dessas legislações em demandas que busquem a reparação e a penalização das condutas de violência obstétrica, analisa-se a existência e o conteúdo de decisões judiciais com esse enfoque.

Em pesquisa, Vasconcelos (2018) concluiu para uma inutilização do termo violência obstétrica ao perceber um maior número de julgados quando a busca foi feita a despeito da expressão "erro médico". A premissa da autora continua em voga, visto que, realizada uma busca no endereço eletrônico do JusBrasil, quando a pesquisa é feita no intuito de encontrar jurisprudências referentes ao termo "violência obstétrica" o site mostra cerca de 600 resultados, em oposição a esses dados, quando busca-se para demandas por "erro médico no parto" o site encontra cerca de 10.000 resultados.

Essa dificuldade de percepção da violência obstétrica pelo poder judiciário se dá em razão da incompreensão do tema pelos julgadores, o que culmina em um cerceamento dos direitos das mulheres também sob as vistas desse poder (BRITO, OLIVEIRA e COSTA, 2020).

Nesse diapasão, aborda-se dois julgados de demandas que tem por objeto condutas classificadas, em regra, como violência obstétrica. O primeiro julgado tem como centro da questão uma depressão pós-parto que, de acordo com a mulher acometida, foi causado pelo tratamento da instituído em que foi atendida e pela inobservância da sua vontade em não optar pelo parto vaginal, em virtude do sofrimento que estava passando para tanto, negativa de escolha essa que aparentemente foi feita sem a devida informação da gestante quanto aos benefícios do parto vaginal e aos riscos da cesariana, o que representa um cerceamento do direito a informação. Nesse sentido, tem-se a ementa:

APELAÇÃO CÍVEL - RESPONSABILIDADE CIVIL - ERRO MÉDICO - AÇÃO de reparação por danos morais - Sentença de improcedência - Autora que afirma ter sofrido "violência obstétrica" durante o parto, devido a insistência da requerida na realização de parto normal, o que teria desencadeado depressão pós-parto e síndrome do pânico - Decisão de improcedência mantida por seus próprios e jurídicos fundamentos - Perícia realizada por profissional do IMESC que concluiu pela ausência de nexo de causalidade entre os supostos danos causados e o atendimento médico-hospitalar dispensado - autora - Recurso não provido.
(TJ-SP 10025895720148260292 SP 1002589-57.2014.8.26.0292, Relator: José Carlos Ferreira Alves, Data de Julgamento: 20/07/2018, 2ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 20/07/2018)

Então no julgado, uma inobservância ao sentimento e ao relato da paciente quanto ao seu atendimento na instituído resumindo o ato decisório ao documento técnico pericial, o que corrobora para o apagamento da mulher dentro do vínculo formado entre ela e o profissional. Essa situação cria uma relação de poder em que apenas a argumentativa de uma parte prevalece

e reverbera uma desatenção aos direitos da mulher, além de configurar uma indiferença do poder judiciário quanto a esta questão (BRITO, OLIVEIRA e COSTA, 2020).

Em outra decisão, soluçiona-se um caso de morte materna decorrente de uma infecção que o requerente alega ter sido desencadeada em virtude de uma episiotomia, conforme ementa:

APELAÇÃO CÍVEL. Ação pelo procedimento comum ordinário, com pedidos de indenização por dano moral e pensionamento. Alegação de erro médico no atendimento prestado à companheira do primeiro autor e mãe do segundo, quando do parto desse último, com perfuração de útero que teria levado à morte da parturiente (adolescente, época, com 15 anos de idade), por infecção generalizada. Sentença de improcedência, baseada nas conclusões do laudo pericial, no sentido de não ter havido a lesão alegada ou falha na prestação do serviço médico, naquela oportunidade. Insurgência dos autores motivada na configuração do nexo de causalidade entre a episiotomia realizada no parto e a infecção que levou a parturiente a óbito. Laudo pericial que, embora admita como provável porta de entrada da infecção a episiotomia realizada, não reconhece qualquer prática indicativa de erro médico no atendimento prestado, pelo que não se configura a responsabilidade civil do ente estatal. Parecer da Procuradoria de Justiça em consonância. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. (TJ-RJ - APL: 00809689520138190021, Relator: Des(a). PATRÍCIA RIBEIRO SERRA VIEIRA, Data de Julgamento: 15/07/2020, DÊCIMA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 2020-07-17).

Nesse caso, há um reconhecimento pericial de que o procedimento realizado pode ter atuado como ponto inicial da infecção que levou à morte da vítima, entretanto, por não acreditar que tenha havido erro médico em sua aplicação o negado pleito.

Como já exposto em outros pontos do presente trabalho, não há na literatura científica indicativos de benesses trazidas pela aplicação da episiotomia. Logo, cabe a respeito da conduta do profissional da saúde e do julgador do caso, a seguinte premissa abordada por Brito, Oliveira e Costa (2020): "A partir do momento que o profissional mantém a conduta sabendo dos riscos e contraindicações, aceita o resultado e assume o risco, consentindo com o dano resultante".

Ressalva-se ainda que a vítima do segundo caso era uma adolescente de 15 anos, informando que devido a preocupação da OMS, já vista no presente estudo, quanto à proteção com um grupo específico mais atingido pelas violações obstétricas e posicionando nesse recorte as mães adolescentes.

Dessarte a presença das violações e o conteúdo dos julgados, conclui-se para a percepção de que toda a ação empregada no processo do parto é feita com a intenção de cumprir o dever médico com a vida (VASCONCELOS, 2018, p.82). Ou seja, não cabe a dúvida quanto à procedência da atitude do profissional e como este vem amparado pela técnica, de plano, afasta-se qualquer indício de culpa, dolo, negligência ou imperícia.

Vasconcelos (2018) ainda analisa que, por não haver imposição cotidiana a utilização do termo 'violência obstétrica', a maioria das demandas recai no campo da reparação civil.

A inutilização do termo ou a troca pelo mais ameno, ao se nomear as condutas violadoras como sendo meros 'erros médicos', minimiza a transgressão e dificulta o reconhecimento dessas violências, até mesmo no seio judicial. Logo, desconhecida a face ilegal e cerceadora de direitos da mulher que sofre violência obstétrica, inviabiliza-se a sanção e o caráter pedagógico que essa teria quanto à repetição posterior dos procedimentos danosos.

4.3 A violência obstétrica no contexto da pandemia do COVID-19

Sabemos que situações anormais contribuem para a precarização da efetivação dos direitos, sejam eles quais forem. Ocorre que se vivemos, no presente momento, uma situação pandêmica em razão do novo Coronavírus (Sars-CoV-2), decretada pela OMS¹⁵ em março de 2020 e no mesmo mês anunciada como crise que fez o Brasil decretar o Estado de Calamidade¹⁶.

Por obviedade médica, medidas foram tomadas no sentido de priorizar o atendimento às pessoas acometidas pelo vírus. Entretanto, é imperioso mencionar que a situação não deveria atuar como condicionante para a supressão de outros direitos básicos, como é o caso da atenção à saúde da mulher e, primordialmente, da mulher gestante.

Com o intuito de garantir a assistência no parto e no nascimento, a ReHuNa elaborou um conjunto de recomendações a serem seguidas no período pandêmico, a fim de manter um equilíbrio entre a efetivação dos direitos da mulher e do recém-nascido e o combate ao vírus.

Dentre os pontos abordados na recomendação, a rede aponta para a manutenção da presença do acompanhante por se tratar de uma ação que traz muitos benefícios ao processo do parto, tanto referentes à saúde física quanto mental da gestante; pede que seja seguida a recomendação do CFM, no sentido de suspender as cirurgias eletivas, dentre elas as cesáreas, visto que, enquanto procedimento cirúrgico, o seu caráter colocaria a mulher em situação de elevado risco de contaminação pelo vírus. Recomenda-se, ainda, o fornecimento de EPIs (equipamentos de proteção individual) da forma correta por toda equipe profissional, para

15 Fonte: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020#:~:text=All%20countries%20must%20strike%20a,disruption%2C%20and%20respecting%20human%20rights.&text=This%20is%20not%20just%20a,be%20involved%20in%20the%20fight>.

16 Decreto legislativo nº 6 de 20 de março de 2020, disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/31993957>.

gestante quando oportuno e também para o acompanhante; analisa a necessidade de reforçar o incentivo ao parto natural, quando a gravidez for de baixo risco, priorizando a utilização dos centros de parto normal e o acompanhamento da gestante realizado por enfermeiras obstétricas, observado o fato de que os hospitais estão com uma demanda maior dos infectados virais; e preza ainda pela proteção aos direitos das mulheres em situação de vulnerabilidade; (REHUNA, 2020).

A finalidade de promover advertências sobre as melhores formas de garantir os direitos no parto e nascimento no atual cenário visa não só a manutenção do atendimento humanizado para as mulheres, como também busca assegurar a integridade dos profissionais de saúde que, nesse período, encontram-se, bem como as parturientes, expostos a um maior risco (REHUNA, 2020).

Também nesse sentido de garantismo, o Ministério da Saúde editou a Nota Técnica nº 016/2020, através das atribuições da Coordenação de Saúde da Mulher, por saber que o cenário de crise assevera ainda mais as diferenças sociais e, por isso, buscou manter o acesso à saúde sexual e à saúde reprodutiva da mulher no contexto da pandemia do COVID-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Apesar da iniciativa, a nota foi posteriormente retirada do endereço eletrônico do Ministério da Saúde, ato este, repudiado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao considerar que:

[...]a Nota Técnica nº 16/2020-COSMU/CGCIV I/DAPES/SAPS/MS, que orienta que os serviços essenciais à saúde sexual e saúde reprodutiva (SSSR), "devem ser considerados como serviços essenciais e ininterruptos", garantindo assim que "os serviços de atenção à violação sexual; o acesso à contracepção de emergência; o direito de adolescentes e mulheres à SSSR e abortamento seguro para os casos previstos em Lei; prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS" e "a contracepção como uma necessidade essencial" sejam mantidos no contexto da pandemia da COVID-19; (CNS, 2020).

Notobstante ao afastamento do documento, alguns casos de violação obstétrica, apesar de não serem anunciados assim, ganharam notoriedade desde o início da pandemia. Um exemplo de relevância, foi o caso de uma criança de 10 anos que após ser abusada desde os 6 anos de idade, engravidou e ao buscar o sistema de saúde, acompanhada por sua representante legal, para a realização da interrupção da gravidez, por se tratar de uma das modalidades de

aborto legal, prevista no Código Penal¹⁷, recebeu a recusa de atendimento em uma instituição de saúde em seu Estado, teve os seus dados vazados para a imprensa e posterior a visibilidade dada ao seu caso, precisou da autorização judicial para que se realizasse o procedimento, não podendo a ser efetivado após a decisão e em uma instituição de saúde pertencente a um Estado que não era o seu (JIMENEZ, 2020).

Desta feita, fica perceptível a violação de vários direitos, notáveis desde a recusa no atendimento, a quebra do direito à intimidade, que neste caso, além de decorrer de uma proteção constitucional também prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente e mesmo a inobservância a outras normas do Ministério da Saúde, afora a nota exclusiva, como por exemplo, a norma técnica de atendimento humanizado ao abortamento de 2011.

No mais, seguido da repercussão do caso em apreço, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 2.282 de 27 de agosto de 2020, documento este que impõe uma burocratização a efetivação do dispositivo do Código Penal que permite o aborto nos casos de estupro, com a exigência de comunicação às autoridades, justificativa do procedimento mediante depoimento detalhado da vítima quanto a violação sofrida, análise técnica de uma equipe multiprofissional sobre o caso e ainda a necessidade de autorização após todo o trâmite para que se realize o aborto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Dificultar o acesso ao direito previsto em lei caracteriza, além de uma arbitrariedade, mais uma forma de violação imposta a pessoas que já se encontram em estado de sofrimento pessoal pela violação sofrida e que, sob o cumprimento da portaria, ainda se prestam a um sofrimento institucional desnecessário.

Nesse mesmo sentido, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) se posicionou contra o documento, dando também justificativas técnicas quanto à impertinência do mesmo, ao apontar que o documento fere o sigilo médico e traz obstáculos que atuam como impeditivo para que a vítima de violação busque as instituições de saúde (SBMFC, 2020). No mais, a sociedade ainda apontou para os danos psicológicos gerados pelo trâmite imposto pela portaria:

Além disso, a mesma Portaria ainda prevê que a mulher que sofreu uma violação grave, como o estupro, seja obrigada a relatar e rememorar em detalhes o acontecimento ao ser submetida a um questionário, e assista e ouça os batimentos cardíacos do feto antes que tenha garantido o seu direito ao aborto legal. Ambas as práticas são extremamente deletérias à saúde mental da mulher, já vítima de um estupro, que então seria submetida a uma violação institucional, praticada pelo

17 Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Estado. Vale ressaltar que nenhuma destas práticas seria vantajosa ou baseada em evidências científicas, para que sua implementação possa ser, de alguma forma, justificada (SBMFC, 2020).

A questão do aborto no Brasil é ladeada por argumentativas de cunho moral e mesmo religioso, entretanto não cabíveis ao caso, visto que o permissivo legal não deixa dúvidas quanto à possibilidade da realização do procedimento nessa situação. Logo, o dimensionamento médico e aqueles pertinentes às ações estatais posteriores evidenciam consequências claras da invisibilização da pauta da violência obstétrica, bem como, a atenção aos direitos das mulheres, considerando-se que estas atuam como fatores contributivos para o assentamento das condutas violentas já abordadas até este ponto do trabalho e presentes na questão em comento.

Ainda no contexto da pandemia, outro caso que repercutiu foi o da morte de um feto na trigésima nona semana de gestação devido à ausência de anestesista para a realização do parto na instituição de saúde em que a gestante foi atendida, o fator foi corroborado pela fala da secretária de saúde do município em que está localizada a instituição, uma vez que esta afirmou não haver um anestesista no local e ainda que este é terceirizado (BONI, 2020).

A notícia aponta para a defasagem na estrutura do sistema de saúde, principalmente, no que diz respeito à valorização do profissional da área, o que se agravou no período de pandemia.

Como posto pela ReHuNa e citado anteriormente, a efetivação dos direitos à saúde da mulher passam também pela devida importância dada à classe profissional. Premissa também defendida por Aguiar (2010):

Vimos também que a violência institucional reflete certa erosão do poder médico no seu exercício cotidiano, nas relações interpessoais. A precariedade de recursos materiais e humanos; a descontinuidade da assistência prestada do pré-natal ao parto dificultando a formação de vínculos de confiança entre profissionais e pacientes; (AGUIAR, 2010, p. 185).

A autora ainda aborda situação semelhante ao último caso tratado, ao definir que: "Os profissionais, portanto, sabem que estão realizando um cuidado menos efetivo do que poderiam se tivessem acesso aos recursos básicos que a medicina oferece, como por exemplo, a presença de anestesista disponível ou outras alternativas de manejo da dor" (AGUIAR, 2010, p. 125).

A análise dos casos e das ações efetivadas pelo Estado no período de pandemia servem de fortalecimento para o movimento que busca a humanização do parto, uma vez que evidenciou não só a fragilidade dos direitos da mulher, como também demonstrou que esses

podem retroceder em situações anómalas, além de demonstrar que no que toca ao direito de saúde, esse depende diretamente da valorização e estruturação do SUS.

4.4 Da necessidade de positividade federal

Feita a explanação no que se refere ao histórico dos direitos das mulheres, a respeito das ações voltadas à proteção da sua saúde e quanto à volatilidade na aplicação dessas ações em períodos anómalos que culminam na percepção de situações violadoras, conclui-se sobre a necessidade de uma positividade da violação obstétrica, com a apropriação do termo e força punitiva que ofereça segurança jurídica a qualquer tempo, no que toca aos direitos fundamentais intrínsecos à saúde materna.

A positividade atuaria ainda como um obstáculo na vigência de poderes que representem ideologias políticas desvalorizadoras dos direitos humanos, pois seria imperativa e eximiria a efetivação do direito a submissão de um juízo de valor que pudesse ser arbitrário, visto que estaria revestida de publicidade e segurança. O que não quer dizer que definiria toda a ação profissional médica, ou mesmo estatal como sendo transgressora, uma vez que há diferenças entre segurança e certeza jurídica, como leciona Nader (2014):

Os conceitos de segurança jurídica e de certeza jurídica não se confundem. Enquanto o primeiro é de caráter objetivo e se manifesta concretamente através de um Direito definido que reúne algumas qualidades, a certeza jurídica expressa o estado de conhecimento da ordem jurídica pelas pessoas. Pode-se dizer, de outro lado, que a segurança possui um duplo aspecto: objetivo e subjetivo. O primeiro corresponde às qualidades necessárias à ordem jurídica e já definidas, enquanto o subjetivo consiste na ausência de dúvida ou de temor no espírito dos indivíduos quanto à proteção jurídica. (NADER, 2014, p. 130-131).

O que se tem, portanto, é a necessidade de uma lei em sua completude que previna e puna as condutas danosas diretamente resultantes da atuação profissional e que impeça a supressão dos direitos em qualquer situação mediante as ações do Estado, como por exemplo, através da Portaria nº 2.282, estudada no último tópico. Para tanto, no sentido do tema em estudo, é imprescindível apropriar-se do termo Violação Obstétrica, entendê-lo e positivá-lo, para que se chegue à segurança pretendida.

Contudo, o que se nota é um entendimento estatal recente contrário a esse viés, uma vez que o Ministério da Saúde se posicionou no ano de 2019 em oposição à utilização do termo. São que se expõe nos trechos do despacho do Acórdão ministerial, em

resposta ao Ofício nº 017/19 que pedia um posicionamento do MS acerca do emprego do termo 'viol, ncia obstétrica'_18:

O posicionamento oficial do Ministério da Saúde que o termo 'viol, ncia obstétrica' tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério[...] portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud FEBRASGO, 2019).

O posicionamento do ministério reflete o pensamento de que justamente a falta de legislação específica que dificulta a conceituação da viol, ncia obstétrica (DINIZ, 2005). Logo, na ausência de conceito e de lei, as mulheres ficam merc, da mutabilidade do entendimento estatal quanto a violação, o que gera uma oscilação na efetivação dos direitos através das políticas públicas.

Além disso, quando percebida a viol, ncia, podem buscar a reparação por seus danos e frustrações através das demandas cunho moral e material (VASCONCELOS, 2018), e quando da tentativa de caracterizar a viol, ncia no âmbito judicial como obstétrica a pretensão, em geral, resta infrutífera.

Esses fatores explicam a discrepância entre a porcentagem de incid, ncia das condutas violentas na assistência ao parto e o número de demandas por viol, ncia obstétrica presentes no judiciário, além de influenciarem no conteúdo decisório das mesmas, uma vez que o direito como ciência dinâmica, acompanha o entendimento social das matérias levadas a sua apreciação quando essas carecem de positividade.

Portanto, não havendo lei específica sobre a viol, ncia obstétrica, registra-se uma tendência a não fiscalizar e punir dessas condutas. E sob a constatação dessa realidade que se respalda que apenas a positividade das violações obstétricas poderia vir a sanar as falhas das políticas públicas já constituídas, prevenindo os retrocessos dos direitos das mulheres e por meio das sanções prover a diminuição no número de casos registrados, como também incentivar as vítimas a buscarem a reparação dos danos, evitando assim a subnotificação das condutas e a repetição das mesmas sem o devido reconhecimento enquanto violadoras.

4.4.1 Leis estaduais e municipais sobre temas englobados pela viol, ncia obstétrica

¹⁸ O documento se encontra disponível no site da FEBRASGO

Em contraponto à lacuna federal no que tange a positividade da violação obstétrica, alguns estados e municípios brasileiros já possuem instrumentos normativos que abordam a temática.

A lei do município de Diadema - SP, de número 3.363 de 2013, foi a primeira do país a tratar especificamente da violação obstétrica, conceituando-a e classificando as suas práticas. A lei foi replicada, por exemplo pelo estado de Santa Catarina, na forma da lei nº 17.097 de 2017, pelo estado do Pernambuco na forma da Lei nº 16.499 de 2018 e também serviu de base para o projeto de lei 1.232 de 2015 que tramita na assembleia legislativa do estado do Rio de Janeiro.

Em outros estados e municípios como em São Paulo (Lei nº 15.894 de 2013, municipal e Lei nº 15.759 de 2015, estadual), Ribeirão Preto - SP (Lei nº 109 de 2013) e Paraíba (Lei nº 11.329 de 2019) há leis que tratam do atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, em alguns casos, fazendo referência também, ao termo e aos tipos de violações obstétricas.

Apesar de válido o esforço desses entes no sentido de disseminar e incentivar a humanização do parto, as legislações por eles elaboradas não possuem força jurídica punitiva, não as elevando ao grau de crimes, uma vez que não o é de competência dos mesmos legislar sobre o direito penal (LEANDRO, 2018).

4.4.2 Análise do Projeto de Lei nº 7.633 de 2014 e projetos posteriores apensados

A despeito da ausência de efeitos jurídicos pertinentes às legislações ora citadas, explana-se que não é por falta de iniciativa legislativa que não se tem uma lei federal direcionada à violação obstétrica.

Ainda no ano de 2013, quando surgiu a primeira lei municipal referente às violações obstétricas, foi apresentado o projeto de lei nº 6.567¹⁹ que sugeriu a alteração do artigo 19-J da Lei nº 8.080 de 1990, para atender, além do direito ao acompanhante, as demais diretrizes abordadas nas normativas técnicas que versam sobre o parto humanizado.

No ano posterior, foi apensado a essa iniciativa o projeto de lei 7.633, mais abrangente que o primeiro, a proposta que visa a humanização da assistência à mulher e ao neonato encontra-se dividida em 4 títulos, sendo o primeiro dedicado a especificar as diretrizes e os

19 Fonte: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=596285&ord=1>

princípios que norteiam a efetivação aos direitos da mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério, trazendo de plano também o conceito e a classificação das ações que podem ser observadas como violação obstétrica e condicionando as manobras e procedimentos de risco a justificativas quanto ao seu emprego (BRASIL, 2014)

O título posterior dedica-se as formas de reparação e penalização dos casos de violação obstétrica, vinculando essas práticas as sanções da legislação sanitária federal, sem que haja prejuízo as responsabilizações cíveis e criminais do agente causador do dano (BRASIL, 2014).

O projeto ainda aborda em um título exclusivo o pleito pela diminuição no índice de cesáreas e o incentivo as boas práticas obstétricas e fecha o seu texto com as disposições gerais no último título (BRASIL, 2014).

Dessarte o projeto de lei engloba todas as vertentes já vistas na literatura científica e abordadas através de dados estatísticos, ainda consta desse a presença de outros 6 projetos pensados que também buscam a humanização da assistência médica e o reconhecimento legal da violação obstétrica, o que comprova a relevância da matéria e atividade legislativa quanto a essa.

Ao dispor sobre a imperiosidade na positivação da pauta, ainda há de se falar sobre a eficácia que teria a sua transformação em dispositivo penal específico. Dessa forma, argumenta Vasconcelos (2018): `Há de se concordar que, para além da função dogmática em si, em termos de política criminal, a inserção de um tipo penal específico facilita e aprimora a persecução penal em delitos dessa espécie_.

No mesmo sentido, Capez (2018) explica que a tipificação penal infere maior objetividade a percepção do delito, pois abre menos espaço a subjetividade das situações fáticas. O que explica da seguinte forma:

A ciência penal, por sua vez, tem por escopo explicar a razão, a essência e o alcance das normas jurídicas, de forma sistemática, estabelecendo critérios objetivos para sua imposição e evitando, com isso, o arbítrio e o casuismo que decorreriam da ausência de padrões e da subjetividade ilimitada na sua aplicação. [...] não permitindo a descrição como infrações penais de condutas inofensivas ou de manifestações livres a que todos têm direito mediante rígido controle de compatibilidade vertical entre a norma incriminadora e os princípios como o da dignidade humana. (CAPEZ, 2018, p.60)

Conforme a explicação do doutrinador e as implicações a direitos decorrentes da violação obstétrica, percebe-se o encaixe entre as condutas violadoras e os objetivos do direito

penal brasileiro, evidenciando assim, não só a situação fática que deveria levar a sua positivação, como também o embasamento jurídico para tanto.

Portanto, aponta-se, em questão dogmática, para uma completude do projeto de Lei nº 7.633 de 2013, tendo como aditivo a este, para que se assegure a sua aplicação no âmbito penal, apenas a elaboração de um dispositivo específico relativo à matéria, a ser posicionado no rol dos delitos em espécie.

Por fim, feita a análise das leis e dos projetos de leis, alinhados as demais formas de políticas públicas e reivindicações das mais variadas classes quanto a positivação da violência obstétrica, conclui-se que a morosidade na apreciação dessas demandas são resultado da invisibilização da pauta, do desconhecimento das condutas enquanto violências tanto entre os poderes quanto entre as vítimas e mesmo da desatenção pontual à efetivação dos direitos das mulheres como reflexo da ainda persistente desigualdade entre os gêneros, que mantem as pautas femininas sempre em segundo plano e guardam a cultura patriarcal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica se posiciona no rol de uma imensa lista de violências contra a mulher que se enraizaram na sociedade por não encontrarem, ao longo da história, representação legítima que atuasse em sua oposição.

Essa falta de representação é resultado de uma construção cultural observada sob duas perspectivas: a primeira, que desqualificou as mulheres por muito tempo enquanto sujeitos de direitos e a segunda que normalizou o seu sofrimento, o que, por vezes, fez com que elas não se percebessem enquanto vítimas.

Ressalva-se que ambas as premissas são frutos da mesma corrente histórica: o patriarcalismo.

É notório que, nos últimos anos, tenha crescido o movimento pela busca da igualdade de gêneros e, conseqüentemente, nesse plano, a efetivação dos direitos das mulheres, principalmente, através da pauta da erradicação da violência, incluindo a violência obstétrica.

A movimentação é percebida na edição de uma série de leis, documentos e convenções nacionais e internacionais que tem por objetivo prevenir, punir e educar os cidadãos quanto à inaceitabilidade da violência contra a mulher.

Nesse sentido, as alterações percebidas no contexto social, ainda que paulatinas, indicam para um resultado positivo da imposição dessas diretrizes e normas.

Não obstante, em paralelo a essas conquistas, ainda há temas que são precarizados na pauta dos direitos e das violações contra a mulher e que, por se encontrarem em um terreno de difícil assimilação do senso comum, demandam uma maior atenção quanto à aplicação das prerrogativas e das punições às transgressões.

Nesse recorte, encontra-se a violência obstétrica que por estar associada às questões extremamente técnicas se torna ainda mais difícil de ser percebida pelas autoridades, pelo Estado e mesmo pelas vítimas.

Desse ponto de vista, e com as conclusões retiradas do estudo feito, conclui-se para a necessidade do reforço na pauta da violência obstétrica, uma vez que, apesar de já acumuladas algumas décadas de pesquisa na área e de serem fomentadas diretrizes que buscam a humanização dos procedimentos referentes à gestação, ao parto e ao puerpério, ainda há uma forte incidência de violações dos direitos das mulheres nessas condições.

Desta feita, a erradicação das violações obstétricas deve passar por vários setores, como os de capacitação dos profissionais para a humanização no atendimento, a valorização e disposição de meios para que o sistema único de saúde consiga oferecer uma boa prestação dos seus serviços, a informação das mulheres acerca dos seus direitos, a fiscalização da sua efetividade e ademais, devem ser fornecidos os meios para que quando transgredidos os direitos e gerados os danos, as vítimas possam encontrar guarida para alcançar a reparação.

É certo que o sistema jurídico próprio consegue englobar por meio das normas vigentes o universo de situações que possam ocorrer no seio da atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva da mulher, mas ao dedicar uma legislação específica para as formas de violência contidas nesse meio colaboraria para a facilitação do acesso à justiça, além de favorecer a aplicação das penalidades adequadas, a fim de prover o caráter pedagógico das sanções e corroborar para a efetiva diminuição da violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques. Violência institucional nas maternidades públicas: hostilidade ao invólucro de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>. Acesso em 14 de junho de 2020.

ARAÚJO, Emanuel. A arte da sedução: Sexualidade feminina na colônia. In: DEL PRIORE, Mary (org). História das mulheres do Brasil. 10.ed. São Paulo. Contexto. 2017.

ARENDR, Hannah. Da Violência. Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará 1994.

ARGENTINA. Salud pública, Ley 25.929. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>. Acesso em 08 de setembro de 2020.

EVILA, Letícia. Parto: outro lado invisível do nascer: Como a violência obstétrica afeta 1 em cada 4 mulheres no Brasil. 2017. Disponível em: https://issuu.com/tccs.jornalismo.ufms/docs/livro-reportagem_parto_leticia_v. Acesso em: 25 de março de 2020.

BRASIL. Código Civil. 2002. República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 01 de outubro de 2020.

BRASIL. Código penal. 1940. República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 01 de outubro de 2020.

BRASIL. Código de defesa do consumidor. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em 05 de outubro de 2020.

BRASIL. Constituição Federal da República do Brasil. Brasília. Senado Federal. 1988.

BRASIL. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. República Federativa do Brasil. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em 24 de agosto de 2020.

BRASIL. Lei Maria da Penha. República Federativa do Brasil. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

BRASIL. Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13268.htm. Acesso em 05 de outubro de 2020.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 23 de setembro de 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

BRASIL. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em 13 de outubro de 2020.

BRASIL. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.633 de 2014. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em 05 de outubro de 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. APL: 00809689520138190021. Disponível em: <https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/876536892/apelacao-apl-809689520138190021?ref=serp>. Acesso em: 06 de outubro de 2020

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. APL: 10025895720148260292 SP 1002589-57.2014.8.26.0292. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/603325181/10025895720148260292-sp-1002589-5720148260292/inteiro-teor-603325202?ref=juris-tabs>. Acesso em: 06 de outubro de 2020.

BRITO, Cecília Maria da Costa. OLIVEIRA, Ana Carolina Godim de Albuquerque. COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. Vol. 9. nº1. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Brasília. 2020.

BONETTI, Lindomar Wessler. Políticas públicas por dentro. São Geraldo: Editora Unijuí, 2006.

BONI, Jônatas. Bebê morre na barriga da mãe e após hospital de RO ficar sem anestesista para fazer o parto. G1. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2020/08/21/bebe-morre-na-barriga-da-mae-apos-hospital-nao-ter-anestesista-para-fazer-parto-em-ro.ghtml>. Acesso em: 04 de outubro de 2020.

CAPEZ, Fernando. Curso de direito penal, volume 1, parte geral. 22.ed. São Paulo. Saraiva Educativo. 2018

CNS. Recomendação nº 038 de 11 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/images/Reco038.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

CNS. Recomendação nº 045 de 23 de junho de 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1233-recomendacao-n-045-de-23-de-junho-de-2020>. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

COFEN. decis^o n^o 489 de 2019. Dispon^ovel em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/70264534. A cesso em: 03 de setembro de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. C^odi^go de ^otica m^odica. 2019. Dispon^ovel em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. A cesso em 05 de outubro de 2020.

COLETIVO FEMINISTA DE SEXUALIDADE E SA^oDE. Direitos das mulheres no parto: conversando com profissionais da sa^ode e do direito. 1.ed. 2017. Dispon^ovel em: <https://www.mulheres.org.br/direitos-das-mulheres-parto-com-profissionais-saude-direito/>. A cesso em 13 de fevereiro de 2020.

DATASUS. ^obitos de mulheres em idade f^ortil e ^obitos maternos - Brasil. Dispon^ovel em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. A cesso em: 02 de outubro de 2020.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, n. 75, p. 5-23, 2001. Dispon^ovel em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf. A cesso em: 02 de setembro de 2020.

DEL PRIORE, Mary. Conversas e hist^orias de mulher. 1.ed. S^o Paulo. Planeta. 2013.

DEL PRIORE, Mary. Hist^orias ^ontimas. 2.ed. S^o Paulo. Planeta. 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. G^onero, sa^ode materna e o paradoxo perinatal. Vol. 19. n^o 2. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humaniza^o da assist^oncia ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. Vol. 10, n^o 3. Rio de Janeiro. Ci^oncia & Sa^ode Coletiva. 2005.

FEBRASGO. Posicionamento oficial do Minist^orio da Sa^ode sobre o termo `viol^oncia obst^otrica`. 2019. Dispon^ovel em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>. A cesso em: 05 de outubro de 2020.

FUNDA^o ^o PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e g^onero nos espa^os p^oblico e privado. 2010. Dispon^ovel em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>. A cesso em 24 de agosto de 2020.

GOER, H. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. J Perinat Educ. 2010, Summer; 19(3): 33-42. Dispon^ovel em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920649/>. A cesso em: 03 de setembro de 2020.

GOVERNO DA PARA^oIBA. VIOL^oNCIA OBST^oTRICA cartilha de orienta^o e apoio para mulheres. 2020. Dispon^ovel em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-da-mulher-e-da-diversidade-humana/arquivos/cartilha-sobre-violencia-obstetrica.pdf/view>. A cesso em: 13 de novembro de 2020.

JIMŠNEZ, Carla. Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores – porta do hospital. El País. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>. Acesso em: 04 de outubro de 2020.

LEANDRO, Claudia Cadorin. A violência obstétrica e sua construção jurídica como violência de gênero: o direito das mulheres a um parto humanizado. 2018. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/6859>. Acesso em 13 de fevereiro de 2020.

MAGALHŪES, Beatriz de Castro, et al. Caracterização dos estudos sobre violência realizados pela enfermagem nos anos de 2013 a 2017. In MEDEIROS, Nŕvel Mabel, et al. (org). Violência na perspectiva da saúde pública. 1.ed. Belo Horizonte. Editora Poisson. 2019.

MINISTŠRIO DA SAŪDE. Nota tŕcnica nŕ 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. 2020. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/projeto-cegonha/coronavirus_-_material_tecnico/sei_ms_-_0015082716_-_nota_tecnica_6_ssr.pdf. Acesso em: 04 de outubro de 2020.

MINISTŠRIO DA SAŪDE. Atenção humanizada ao abortamento. 2ed. Brasília. 2011. Disponível em: https://catarinas.info/wp-content/uploads/2018/04/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em 30 de março de 2020

MINISTŠRIO DA SAŪDE. PAISM – Programa de assistência integral – saúde da mulher 21 anos depois. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

MINISTŠRIO DA SAŪDE. Parto, aborto e puerpŕrio: Assistência humanizada – mulher. 2001. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 13 de fevereiro de 2020.

MINISTŠRIO DA SAŪDE. Portaria/GM n.ŕ 569 de 2000. 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

MINISTŠRIO DA SAŪDE. Portaria nŕ 2.282 de 27 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

MINISTŠRIO DA SAŪDE. Programa de humanização no prŕ-natal e nascimento. 2002. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

MINISTŠRIO DA SAŪDE. Programa de assistência integral – saúde da mulher: Princípios e diretrizes. 1.ed. Brasília. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2020.

NADER, Paulo. Introdução ao estudo do direito. 36ª ed. Rio de Janeiro. Editora Forense. 2014.

NASCER NO BRASIL. Slides da pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2012. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 17 de abril de 2020.

OMS. Declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/#:~:text=Declara%C3%A7%C3%A3o%20da%20OMS&text=No%20mundo%20inteiro%2C%20muitas%20mulheres,f%C3%AAsica%20e%20%C3%A0n%C3%A3o%20discrimina%C3%A7%C3%A3o. Acesso em 15 de junho de 2020.

PINA, Ruth. RIBEIRO, Rafaela. Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/>. Acesso em: 01 de outubro de 2020.

SAFIOTTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo. Editora Perseu Abramo. 2004.

SILVA, Leandro Russo Lima, Et al. A origem da violência nos seres humanos e a repercussão da agressão na saúde pública, uma visão multidisciplinar. In MEDEIROS, Nêvel Mabel, et al. (org). Violência na perspectiva da saúde pública. 1.ed. Belo Horizonte. Editora Poisson. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Posicionamento sobre a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.282 de 27/8/2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/posicionamento-sobre-a-portaria-do-ministerio-da-saude-no-2-282-de-27-8-2020/>. Acesso em: 04 de outubro de 2020.

SOIBET, Rachel. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In. DEL PRIORE, Mary (org). História das mulheres do Brasil. 10.ed. São Paulo. Contexto. 2017.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: Parir com dor. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

REHUNA. Carta de Campinas - Ato de fundação. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Funda%C3%A7%C3%A3o-da-ReHuNa-1993.pdf>. Acesso em: 08 de setembro de 2020.

REHUNA. Recomendações para a assistência ao parto e nascimento em tempos de pandemia de Covid-19: em defesa dos direitos das mulheres e dos bebês. 2020. Disponível em: <http://rehuna.org.br/recomendacovid19/>. Acesso em: 04 de outubro de 2020.

ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: Sexo e gênero na medicina da mulher [online]. 2.ed. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2001.

VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues. A lyne e seus espectros: Breve estudo sobre a violência obstétrica no Brasil. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14044?locale=pt_BR. Acesso em 05 de outubro de 2020.

WHO. Appropriate technology for birth. 1985. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/appropriate-technology-for-birth-who/>. Acesso em: 01 de outubro de 2020.