

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA DOR ALÉM DO PARTO

Cairo José Gama Bezerra¹

Eduardo Matzembacher Frizzo²

Gabrielle Paloma Santos Bezerra Couto³

Marcelo José Coelho Almeida⁴

Tatiana Morais Cosate⁵

Resumo: O presente trabalho trata acerca da violência obstétrica, um problema de saúde pública que, de maneira silenciosa, se propagou rapidamente na sociedade brasileira fazendo de vítimas aqueles que deveriam ser os protagonistas no momento do parto, a saber, a mulher e o recém-nascido. Nesse sentido, em um primeiro momento é feita uma exposição histórica, conceitual e exemplificativa desse tipo de violência, abordando pontualmente algumas das principais ações e programas desenvolvidos por outros países e pelo Brasil voltadas para o seu enfrentamento. Em sequência, realizou-se uma análise das garantias protetoras das vítimas, bem como dos direitos tutelados atingidos pela violência obstétrica, apresentando-se os projetos de lei que atualmente tramitam no Congresso Nacional com o condão de combatê-la, seja por meio da implantação de políticas públicas, seja pela sua criminalização. Por fim, averigua-se a possibilidade de responsabilização penal dos agentes que comentem atos que se configuram como violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro. A construção metodológica utilizada valeu-se de pesquisas bibliográficas ou descritivas, a partir de livros, artigos, dissertações, teses e pesquisas estatísticas. Finalmente, constatou-se uma falha das ações de proteção das vítimas da violência obstétrica, bem como uma ineficiência jurídica das garantias voltadas aos seus direitos, que leva a crer que a inexistência de um tipo penal específico sobre o tema tem provocado nelas um sentimento de insegurança e impunibilidade.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Criminalização. Possibilidade.

Abstract: This study is about the obstetric violence, a public health problem that, in a silent way, spread quickly in the Brazilian society making of victims those who should be the protagonists at the moment of the birth, namely, the woman and the newborn. In this sense, at first, a historical, conceptual and exemplary exposition of this form of violence is made, punctually addressing some of the main actions and combat programs developed by other countries and by Brazil. In the sequence, an analysis was made of the protectionist guarantees of the victims, as well as of the rights protected by the obstetric violence, presenting the bills that are currently processed in the National Congress with the condemnation to fight it, either through the implantation of public policies, or by its criminalization. Finally, it is investigated the possibility of criminal responsibility of agents who comment on acts that are configured as obstetric violence in the Brazilian legal system. The methodological construction used was based on bibliographic or descriptive research, from books, articles, dissertations, theses and statistical surveys. Finally, there was a failure of actions to protect the victims of obstetric violence, as well as a legal inefficiency of the rights guarantees, which leads to the belief that the lack of a specific criminal type on the subject has provoked in them a feeling of insecurity and impunity.

Keywords: Obstetric Violence. Criminalization. Possibility.

¹ Acadêmico do Curso de Bacharel em Direito da Faculdade de Balsas (UNIBALSAS).

² Professor orientador do Curso de Bacharel em Direito da Faculdade de Balsas (UNIBALSAS).

³ Professora orientadora do Curso de Bacharel em Direito da Faculdade de Balsas (UNIBALSAS).

⁴ Professor orientador do Curso de Bacharel em Direito da Faculdade de Balsas (UNIBALSAS).

⁵ Professora orientadora do Curso de Bacharel em Direito da Faculdade de Balsas (UNIBALSAS).

INTRODUÇÃO

O sofrimento de mulheres e crianças com a assistência ao parto é registrado em diferentes momentos na história da humanidade. Nesse sentido, deve-se ressaltar que muito embora esse seja considerado um tema de recente discussão ou mesmo um campo de novo estudo pela comunidade acadêmica, a consequência de movimentos de combate a esse problema impactou de forma significativa a mudança de práticas de cuidado no ciclo gravídico-puerperal em todo o mundo.

Contudo, pesquisas recentes revelam que cerca de 25% (vinte e cinco por cento) das mulheres que tiveram seus filhos nos hospitais e maternidades públicas e privadas brasileiras já foram vítimas de alguma forma de violência obstétrica, termo utilizado para categorizar os atos que de maneira física, psicológica ou sexual violentam a mulher grávida e de seu filho durante o processo de nascimento. Tal estudo, embora pioneiro, admite que este número possa ser ainda maior, haja vista a baixa proliferação de informações sobre quais condutas caracterizam esse tipo de violência.

Nesse contexto insurge-se o presente trabalho com o fito de analisar, ainda que de forma propedêutica, a violência obstétrica nas instituições de assistência à saúde do Brasil e o seu impacto nos direitos e na vida de mulheres e crianças para, então, discutir acerca da possibilidade de torná-la uma conduta penalmente típica no ordenamento jurídico brasileiro.

Para tanto, será realizado um estudo preliminar histórico e conceitual sobre a violência obstétrica e o seu enquadramento nas condutas de seus agressores a fim de se traçar uma delimitação das suas diversas nuances para viabilizar a sua abordagem sob a ótica do Direito Penal.

Em ato contínuo será feita uma análise dos direitos e garantias assegurados pelo sistema normativo pátrio às vítimas deste tipo de violência, bem como da sua aplicabilidade prática, verificando-se ainda os projetos de lei que, mesmo indiretamente, têm o condão do enfrentamento às práticas abusivas médicas, em especial o PL 2825/2015 que propõe a tipificação penal da violência obstétrica como Crime de Constrangimento Ilegal.

Assim, a partir do paradigma traçado serão expostas perspectivas antagônicas de estudiosos sobre a problemática central supramencionada tanto sob o viés teórico quanto prático, buscando, depois de percorrido todo esse caminho, apresentar uma resposta satisfativa a lacuna legal que, de alguma forma, tem contribuído para a perpetuação dessa violência institucionalmente constituída.

A metodologia utilizada partiu de pesquisas bibliográficas e descritivas, com uso de materiais publicados em livros, artigos, dissertações, teses, pesquisas estatísticas e documentários relativos ao tema, além de leis de caráter interno e internacional e legislação correlata de outros países a fim de promover uma melhor elucidação da problemática suscitada.

1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No final dos anos 1950, nos Estados Unidos, uma matéria publicada pelo *Ladies Home Journal*, revista voltada para as donas de casa norte-americanas, viabilizou denúncias de graves atos de violência praticados por médicos e outros profissionais da saúde daquele país contra mulheres e seus bebês durante o período gestacional (GOER, 2010).

Segundo a referida matéria as parturientes eram submetidas a tratamentos análogos à tortura, sendo expostas ao uso irrestrito de amarras e algemas nos pés e mãos a fim de prendê-las ao leito durante o trabalho de parto ocasionando hematomas e lesões nos seus pulsos e em demais partes dos seus corpos.

Tais condutas eram justificadas como tentativas de controlar os efeitos provocados por um procedimento chamado *twilight sleep*⁶, uma técnica alemã que consistia na aplicação de uma substância formada por um misto de morfina e escopolamina e que levava a paciente a uma sedação intensamente profunda a qual, geralmente, lhe provocava alucinações e fortes agitações psicomotoras durante o período de parto e pós-parto com o fim de aliviar a dor provocada pelo nascimento.

Contudo, a utopia do “parto indolor” não passava de um mito, uma vez que o efeito da substância fazia com que as pacientes caíssem em um estado de semiconsciência e amnesia, tornando-as incapazes de se lembrar dos efeitos recentes. Não se lembrar da dor não significa que não houve dor durante o trabalho de parto.

Muitas mulheres se debatiam e feriam a si mesmas enquanto gritavam constantemente, razão pela qual eram presas às suas camas para serem impedidas de cair no chão. Elas permaneciam amarradas, muitas vezes deitadas sobre o seu próprio vômito, pelo tempo que fosse necessário, enquanto seus bebês eram retirados à força de seus corpos por meio do uso irrestrito de fórceps⁷. Estes, por sua vez, nasciam drogados e com a capacidade

⁶ Sono crepuscular, em tradução livre dada pelo autor.

⁷ O fórceps obstétrico, segundo as palavras de Magalhães (1996), é um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do parto.

respiratória afetada, pois a droga atravessava a placenta afetando o seu sistema nervoso central.

Os relatos acima causaram uma repercussão nacional sobre o assunto, fazendo com que mulheres de todo o país com depoimentos semelhantes enviassem uma numerosa quantidade de cartas à revista responsável pela publicação da matéria, o que impulsionou mudanças importantes nas rotinas de assistência médica às parturientes.

Nessa mesma época, na Europa, consoante o texto do *AIMS Journal* (2007), um movimento similar despontou em países do Reino Unido, promovendo a criação de uma entidade com o objetivo de implementar medidas de prevenção a atos considerados violentos e cruéis no atendimento às mulheres grávidas. A carta responsável pela fundação dessa entidade, originalmente publicada no jornal britânico *The Guardian*, afirmava que:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário de visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes (2007, s.p.).

Em razão desses fatos foi que feministas como Adrienne Rich (1979) e Vivian Pinn (1996) promoveram a elaboração de obras que criticavam a irracionalidade de tais práticas. A primeira, a partir do relato de experiências de mulheres da alta sociedade, escreveu: "Parimos em hospitais [...] negligentemente drogadas e amarradas contra nossa vontade, [...] nossos filhos retirados de nós até que outros especialistas nos digam quando podemos abraçar nosso recém-nascido" (1979, p. 269).

Na América Latina, no final da década de 1990, no Peru (1998), foi publicado pelo Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher o relatório *Silencio y Cumplicidad: Violencia contra la Mujer en dos Servicios Publicos de Salud no Peru*, que descrevia graves violações dos direitos humanos da mulher durante o parto, definindo diretrizes que deveriam ser aplicadas aos países latino-americanos.

No Brasil, trabalhos pioneiros como o "Espelho de Vênus", do Grupo Ceres, publicado no início dos anos 1980, abordavam o tema, descrevendo como violento o chamado parto institucionalizado:

Não é apenas da relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado

quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto (1981, p. 349).

Em São Paulo, a pesquisa "Violência - Um Olhar sobre a Cidade", de autoria de Souza et. al. (1992), incluiu em sua abordagem, de forma descritiva, os relatos de usuárias do sistema de saúde que, a seu turno, revelaram que o atendimento às parturientes era violento e que a postura dos funcionários e atendentes que fazem parte do sistema era agressiva e intimidadora, humilhando incisivamente a mulher e desrespeitando a sua dor.

Assim, embora a violência obstétrica tenha se tornado um tema que, no passado, foi abordado pelas políticas públicas de saúde brasileiras, reconhecido, por exemplo, pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), nos anos 1980, que reconheceu as falhas que muniam o sistema de assistência à gestante, o enfrentamento de tais problemas foi relativamente negligenciado pelas políticas públicas e até mesmo por movimentos feministas, diante da resistência profissional médica e da necessidade de foco em questões, à época, consideradas mais urgentes.

Apesar disso, Simone Diniz (2002) defende que as discussões sobre o tema não morreram, estando presentes, por exemplo, em cursos promovidos pelo Departamento de Medicina Preventiva e o pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, ambos da Universidade de São Paulo (USP), responsáveis pela publicação de manuais sobre o tema e promoção de capacitação para o atendimento a mulheres vítimas de violência durante o parto.

Esse interesse acadêmico sobre o tema ampliou a produção de estudos sobre o assunto, a exemplo da pesquisa "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", de Venturi (2013), que de maneira inédita oportunizou a visibilidade de índices de violência obstétrica a nível nacional.

Com apoio da Fundação Perseu Abramo, no ano de 2010, foram entrevistadas milhares de mulheres em todo o país que tiveram seus filhos por meio do parto normal em hospitais e maternidades públicas e privadas, constatando-se que uma em cada quatro relata ter sofrido alguma forma de violência por parte da equipe de assistência médica durante o período gestacional. Se forem consideradas apenas aquelas que passaram por um processo de abortamento este número dobra de tamanho, alcançando cerca de metade delas, segundo relatado em pesquisa.

Nesse sentido, cabe esclarecer que, como em outros países da América Latina, no Brasil, o termo "violência obstétrica" é utilizado para categorizar as diversas faces da

violência contra as mulheres e crianças durante assistência gravídico-puerperal, desde o pré-natal ao pós-parto, alcançando ainda as situações de abortamento.

Um dos conceitos mais aceitos por estudiosos sobre o tema é o empregado pela Venezuela, pioneira entre os países latino-americanos em legislar sobre violência obstétrica, definindo-a da seguinte forma:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicação e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, s.p.).

A partir dessa linha de pensamento, cumpre ressaltar que, embora abrangente, o conceito supramencionado traz limites pela sua generalidade e abstração ao tratar sobre o tema, não fornecendo a elucidação necessária sobre o tema capaz de materializar esse tipo de violência em sua forma prática.

Por esse motivo, faz-se necessária a análise de trabalhos como o de Tesser et al (2015) que categorizou de forma sintética as principais formas de violência obstétrica associando-as aos direitos tutelados, baseando-se na ótica jurídica e social e exemplificando de forma concreta na realidade brasileira, conforme disposto na tabela a seguir:

QUADRO: Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica.		
CATEGORIAS DE DESRESPEITO E ABUSO	DIREITOS CORRESPONDENTES	EXEMPLOS DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
Abuso físico.	Direito a estar livre de danos e maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas eletivas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática de episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Imposição de intervenções não consentidas, intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento.	Realização de episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto, indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros).
Cuidado não confidencial ou	Direito à confidencialidade	Maternidades que mantém enfermarias de

não privativo.	e privacidade.	trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos. E que ainda alega falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Direito à dignidade e ao respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual do tipo “quando você fez achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos.	Direito à igualdade, a não discriminação e a equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas.
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Direito à liberdade e à autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes.
Fonte: Adaptado de Tesser et al (2015).		

A consequência de tais práticas acaba por constituir, por exemplo, implicações diretas para a morbidade⁸ e mortalidade maternas, refletindo em um problema social ainda maior: a saúde pública e a qualidade assistencial, de acordo com a OMS e a UNICEF (2014).

Desse modo, entre as formas de violência obstétrica que implicam na morbimortalidade maternas estão:

Em primeiro lugar, consoante Diniz (2009), o uso excessivo e inapropriado, que por diversas vezes também não é informado e consentido, de intervenções potencialmente danosas e invasivas do parto vaginal, acima da média justificável, a exemplo do uso

⁸ O termo morbidade constitui a “capacidade de produzir doença” (FERREIRA, 1975).

desregulado de ocitocina sintética⁹ para acelerar ou mesmo induzir ao parto, manobra de Kristeller¹⁰ e da episiotomia¹¹.

Pode-se falar, ainda, sobre o constrangimento ou coerção ao parto cesariano, aumentando sua ocorrência e os riscos que ele acarreta, tal qual afirma Maia (2008), através de um cerceamento de opções à mulher que tem como opções disponíveis a cesárea ou um parto normal agressivamente manejado, sem sequer aplicação de qualquer tipo de anestesia, complementa Diniz (2012).

Desse modo, salientam-se os dados apresentados pelo documentário “O Renascimento do Parto” de Eduardo Chauvet (2013), que aduz que as mulheres têm sido induzidas a trocar um procedimento mais seguro por um que aumenta em até 03 (três) vezes o risco de morte para a mãe e em até 2,5 (dois e meio) para o bebê apenas por uma questão de conveniência médica.

Fatos que têm contribuído para tornar o Brasil um país aonde o percentual de cesáreas chega a 52% (cinquenta e dois por cento) em geral alcançando alarmantes índices de 70 (setenta) a 90% (noventa por cento) ou mais se considerados apenas os hospitais e maternidades particulares, de acordo com o referido documentário.

Contudo, destaca-se que para a OMS (2015) não há justificativa genuína, científica ou médica para haverem índices acima de 15% (quinze por cento). Nesse sentido, ganha embasamento a tese de Rance et. al. (2013), que constatou que das mortes maternas brasileiras estima-se que 23% (vinte e três por cento) decorrem do aumento do número de cesarianas indiscriminadas desde o ano 2000.

Somado a esses fatos a mulher também é forçada a suportar a hostilidade e negligência por parte da equipe médica que, por não raras vezes, tem deixado de vê-la como um ser humano, o que se acentua nos casos em que a paciente expressa a sua dor a partir de choro, gritos e gemidos ou que, de maneira insistente, pedem ajuda, explica Fioretti (2014).

Tal tratamento é estendido àquelas que se encontram em situação de abortamento, uma vez que, segundo dados da pesquisa de Venturi (2013), mencionada em linhas anteriores,

⁹ A ocitocina injetável é utilizada para a indução e aumento do trabalho de parto. Revisões recentes fazem recomendações para o uso de ocitocina injetável na indução do trabalho de parto, aumento das contrações por inércia uterina, abortamento incompleto e, no período pós-parto, para redução da perda sanguínea e prevenção da atonia uterina (ANVISA, 2009).

¹⁰ A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

¹¹ A episiotomia constitui “uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão – segundo período do parto. O termo episiotomia vem de *epision*, que significa região pubiana, e *tome*, de incisão” (UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2014).

a principal reclamação apontada pelas entrevistadas, no que diz respeito ao atendimento, é a forma hostil que tais pacientes são tratadas que, por sua vez, decorre de suposições pessoais da equipe médica de que a paciente tivesse cometido auto aborto, ou, nos casos previstos em lei, por considerações morais.

Ainda em relação ao atendimento Allotey et. al. (2011) destacam a negativa da presença de um acompanhante, direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005, durante o parto e pós-parto, período em que ocorre a maioria das mortes materno-infantil. Além desses casos, dados da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013) denotam que as mulheres ainda são vítimas de discriminação em razão de sua cor, etnia, raça, nível de instrução e escolaridade, idade, religião ou crença, condição financeira e social, orientação sexual, quantidade de filhos, entre outros fatores.

Na maioria das vezes o preconceito é exteriorizado por comentários constrangedores que partem dos profissionais responsáveis pelo atendimento, principalmente aqueles que fazem parte da rede pública de saúde. Em certos casos, a depender da reação da vítima, tais comentários podem se converterem em ofensas, xingamentos e humilhação à mulher e à sua família ou, ainda, na negativa de atendimento ou mesmo em um tratamento negligente.

Com os bebês não é diferente, não se podem olvidar as sequelas, muitas vezes permanentes, que muitas crianças são obrigadas suportar em razão de um parto mal executado. O segundo documentário da trilogia de Chauvet (2018) chamado “O Renascimento do Parto 2”, apresenta estudos da OMS que denotam algumas das consequências da violência obstétrica para o recém-nascido, a exemplo da cesariana eletiva, sem uma indicação definida, associando-a com o aumento das complicações pós-nascimento, aumento da chance de internação em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) Neonatal e aumento da mortalidade neonatal.

Nesse diapasão chama atenção o fato de que apesar da seriedade do problema o interesse legislativo sobre o tema é escasso, seja para o fim de regular os fatores que provocam esse tipo de violência, seja para punir aqueles que cometem tais atos. Contudo, já tramitam no Congresso Nacional projetos legislativos que dispõem sobre implantação de políticas públicas de enfrentamento à violência obstétrica de modo a assegurar o direito da mulher enquanto gestante, parturiente, em estado puerperal ou em situação de abortamento, os quais serão esboçados nas linhas posteriores.

2 O (DES)AMPARO DO SISTEMA NORMATIVO BRASILEIRO ATUAL E OS PROJETOS DE LEI EM CURSO

A partir da visão propedêutica, histórica e conceitual da violência obstétrica delineada nos parágrafos anteriores, faz-se necessária uma abordagem sobre o tema em debate a partir da ótica protecional contemporânea oferecida pelo sistema normativo brasileiro aos sujeitos de direito envolvidos vitimados por este tipo de violência.

Nesse sentido, ressalta-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, constituída com o escopo de conceber os direitos naturais da pessoa humana a partir de um panorama internacional, categorizando-os como universais (para todos, sem discriminação), indivisíveis (não são garantidos parcialmente) e inalienáveis (não podem ser negociados).

Internamente esses direitos humanos se desdobram na forma de garantias e proteção à dignidade humana (CF/88), a autonomia (CF/88, Código Civil/2002 e Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789), à integridade física (CF/88, CC/02, Pacto de San Jose da Costa Rica/1969), ao mais alto nível de saúde (CF/88 e Lei 8.080/90), a assistência apropriada ao parto e nascimento (CEDAW/79), a não ser submetido a procedimento desnecessário ou com risco à vida/saúde (CF/88 e CC/02) e, conseqüentemente, a não ser submetido a tratamentos violentos nas entidades de prestação de serviço e atenção à saúde.

No que diz respeito aos direitos da mulher, destaca-se o enfrentamento global da violência de gênero por meio de acordos e convenções de caráter internacional, a exemplo da Convenção de Belém do Pará de 1994, conjunto de acordos firmados entre diversos Estados com o fito de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher promovida pela Organização dos Estados Americanos (OEA), da qual o Estado brasileiro é signatário.

Nela restou definido que “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado”, deve ser entendida como violência contra a mulher. Em seu artigo 2º a referida Convenção salienta que esse tipo de violência pode ocorrer nas mais diversas instituições humanas, inclusive nas entidades prestadoras de serviço de saúde, entendendo como violência, inclusive, aquela “perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra”.

Assim, é por essa ótica que a Convenção de Belém do Pará de 1994 visa, entre as formas de violência suportadas pela mulher, o combate à violência institucional que, nas

palavras de Motta (2011, s.p.), acaba sendo “promovida, desenvolvida e estimulada pelo próprio Estado”, como ocorre com a violência obstétrica, tornando difícil a sua identificação como delito, vez que se manifesta no interior de algumas das instituições sociais, como hospitais e maternidades.

Em relação aos recém-nascidos cabe mensurar o que assegura o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n° 8.069/90), que, a partir de sua constituição, rompeu com o paradigma unicamente punitivo da Doutrina da Situação Irregular insculpida no antigo Código de Menores (Lei n° 6.697/79) para dar lugar à Doutrina da Proteção Integral, passando a enxergar crianças e adolescentes como sujeitos de direito e assegurando-lhes, entre outros direitos fundamentais, o direito à vida e à saúde ainda que na condição de nascituro, ratificando a ótica constitucional¹² e internacional¹³ de proteção desses direitos.

Nesse prisma que o ECA, em seu art. 7º, estatui que a criança tenha direito a um “nascimento [...] sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”, garantindo à mãe, na forma do artigo 8º, *caput* e §8º, “atenção humanizada à gravidez, ao parto, perinatal e pós-natal integral [...]” e a um “acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso [...]”, bem como o direito a um acompanhante durante todo o período gestacional e acomodação conjunta ao seu bebê, segundo o disposto no § 6º do mesmo dispositivo.

Entretanto, ainda que extensa a lista de direitos e garantias assegurados à mulher e ao recém-nascido, Carolina Rezende (2013) aponta que a não concretização desses direitos em políticas públicas efetivas e o seu desconhecimento por parte de seus sujeitos tem perpetuado uma invisibilidade do problema aos olhos da sociedade que, ao longo dos anos, categorizou essas condutas como práticas comuns na rotina médica.

Tornou-se comum a fala de mulheres vítimas de violência obstétrica no sentido de entenderem que os comportamentos adotados pela equipe médica estejam dentro da normalidade, conforme pondera Simone Belli (2013), ainda que essas mulheres “reconhecessem que se sentiam mal e humilhadas, consideravam que isso era habitual e que

¹² Assim, pode-se afirmar que “a Constituição Federal de 1988, pela primeira vez na história brasileira, aborda a questão da criança como prioridade absoluta, e a sua proteção é dever da família, da sociedade e do Estado. Se é certo que a própria Constituição Federal proclamou a doutrina da proteção integral, revogando implicitamente a legislação em vigor à época, a Nação clamava por texto infraconstitucional consoante com as conquistas da Carta Magna” (SILVA, p. 11, 2000).

¹³ Princípios 4º e 5º, da Declaração dos Direitos da Criança, de 1959 e artigos 6º e 24, da Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança, de 1989.

não podiam decidir nada, nem se queixar porque depois teriam que retornar ao mesmo local e se encontrar com a mesma equipe” (BELLI, 2013, p. 32).

Nesse sentido a violência obstétrica cresceu de maneira desenfreada podendo ser caracterizada, de acordo a teoria de Marilena Chauí, como uma violência perfeita:

[...] a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte denominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronímia que não se percebe como tal (1984, s.p.).

Assim, a vítima muitas vezes sequer se dá conta da violência que está sendo operada em seu desfavor, suportando, por exemplo, a imposição de procedimentos prescritos ou sem evidência científica ou clínica em seus corpos sem o seu devido consentimento. O agressor, por seu turno, na maioria das vezes, acaba sendo visto como herói, haja vista que a ignorância técnica por parte dos demais em relação à realidade dos fatos limita a capacidade da vítima de, ao menos, questionar ou de entender se o seu direito como mãe e do seu recém-nascido foi respeitado.

Diante desses fatos, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.067/2005, que estabeleceu diretrizes em relação à atenção obstétrica e neonatal definiu que o atendimento deveria ser pautado nos pilares essenciais da qualidade e da humanização, constituindo dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, percebendo-os como sujeitos de direitos, estatuinto:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005, s.p.).

Em comparação, conforme já esboçado em linhas anteriores, enquanto no Brasil os primeiros passos em direção ao enfrentamento do problema pelo Estado se deram por meio de órgãos do Poder Executivo, em outros países latino-americanos como Argentina e Venezuela a iniciativa partiu do Poder Legislativo ao editar normas específicas sobre o tema a fim de tentar conter e regular as ocorrências de violência obstétrica por meio da implantação de técnicas de parto humanizado.

Contudo, a edição dos textos normativos argentinos e venezuelanos mencionados não importou na criação de novos tipos penais, não se vislumbrando em nenhum desses casos a criminalização da violência obstétrica, impondo-se, no máximo, a aplicação de multa e a

possibilidade de postulação civil em face do agressor a fim de tentar obter-se a reparação pelos danos sofridos de forma injusta.

No Brasil existem iniciativas legislativas pontuais sobre o tema em trâmite ou suspensas no Congresso Nacional, a exemplo do Projeto de Lei da Câmara – PL 7.633/2014, que fora apresentado pela ONG Artemis ao Deputado Jean Wyllys (PSOL/RJ), que traz consigo a proposta de humanização no atendimento à gestante/parturiente, garantindo-lhes a priorização por parte da equipe médica em um atendimento humanizado durante todo o ciclo gravídico/puerperal alcançando ainda o pós-parto.

O projeto visa ainda alcançar a redução do percentual de cesáreas a partir de políticas públicas aplicadas nos hospitais e maternidades públicas e privadas no Brasil ao máximo de 15% (quinze por cento) orientado pela OMS, como ocorre em países desenvolvidos.

Além desse projeto, podem-se citar outros que caminham na mesma direção como o PLS 8/2013, do ex-senador Gim Argello, fruto de um trabalho conjunto com profissionais da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, que tem como objetivos obrigar a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), já aprovado no Senado e remetido à Câmara.

O PLS 75/2012, da senadora licenciada Maria do Carmo Alves (SE), que, entre outras práticas, proíbe que a gestante que se encontra em condição de detenta seja algemada durante o parto.

A PEC 100/2015, em trâmite na Câmara dos Deputados, de autoria do deputado Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB), que tem o condão principal de viabilizar a disponibilização de uma equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS.

O PL 359/2015, também em trâmite na Câmara, da deputada Janete Capiberibe (PSB-AP), que propõe o fornecimento de cursos de qualificação básica para as parteiras tradicionais bem como a inclusão de sua atividade no âmbito dos serviços oferecidos pelo SUS.

Ocorre que os projetos supramencionados, apesar de abordarem com pertinência práticas que necessitam ser implantadas nos serviços de assistência à saúde, em nenhum momento defendem a punição penal daquele que pratica a violência obstétrica, tampouco se preocupam, ao menos, com o direito de reparação civil de forma específica em tais casos.

Nesse sentido, insurge-se o PL 2825/2015, de autoria do Deputado Marco Feliciano, que dispõe acerca da criminalização da violência obstétrica, praticada em toda a rede de assistência à saúde pública e/ou privada, passando a ser compreendida como crime de constrangimento ilegal, incidindo nas penas previstas no art. 146 do Código Penal¹⁴.

O referido projeto de lei define e tipifica a conduta tida como violência obstétrica da seguinte forma:

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

O Deputado Marco Feliciano apresenta o projeto sob a imprescindibilidade de que o parto humanizado seja implantado em todo o País, em toda a rede de assistência à saúde pública e/ou privada, de maneira a evitem-se abusos e violações que ocorrem nessa ocasião, por parte dos maus profissionais, como vem sendo amplamente divulgado em todos os meios de comunicação.

O parlamentar reconhece que a violência obstétrica vem sendo praticada de várias formas, seja pelo preconceito ou pela insensibilidade da equipe de saúde, ou ainda por meio de condutas condenáveis por parte dos profissionais responsáveis pelo bem-estar da gestante e do bebê, formas diversas de desrespeito que, embora menos agressivas, são as mais difundidas, pois ofendem a paciente, como estas expressões que são comuns: - “Não era o que você queria? Agora aguenta a dor”, - “Cale a boca, quem manda no procedimento sou eu”.

Soma-se a isso o abuso de poder para constranger a paciente e muitas das vezes privá-la de um direito seu, inclusive quando o médico se recusa a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja situação de emergência; a negligência, que se situa na fronteira com o erro médico, que ocorre quando profissionais de saúde atuam com

¹⁴ Art. 146 - Constrangimento Ilegal – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que não manda:

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

Aumento da Pena

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

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

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

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

II – a coação exercida para impedir suicídio.

irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê.

Contudo, a aprovação do referido projeto de lei é temerária, dada a excludente de tipicidade contida no § 3º, I, do art. 146 do Código Penal, ou seja, a lei alcançará tão somente os profissionais de saúde que não sejam médicos uma vez que estes poderão justificar eventuais condutas e intervenções nas escusas do eminente perigo de vida para a mãe e/ou concepto.

Dessa forma, percebe-se que a criminalização da violência obstétrica trata-se de um tema complexo ora por envolver diversos interesses jurídicos em choque direto, ora pelas limitações ofertadas pelo próprio ordenamento jurídico pátrio, conforme detalhadamente abordar-se-á a seguir.

3 DA POSSIBILIDADE/ IMPOSSIBILIDADE DE CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

De acordo com o que fora elucidado no item anterior, o único projeto que, de alguma forma, se propõe a criminalizar as condutas identificadas como violência obstétrica encontra um limite subjetivo que faz com que ele perca sua aplicabilidade.

Nesse sentido, é de todo oportuno ressaltar a ausência de leis ou projetos de leis que criminalizam condutas médicas abusivas, a dificuldade para punir penalmente a violência obstétrica pode se dar, por exemplo, em razão da existência de algumas excludentes de ilicitudes no Código Penal Brasileiro.

A primeira a ser destacada é o exercício regular do direito, prevista na segunda parte do inciso III do art. 23 do CP, que deixou a cargo da doutrina pátria a incumbência de dar-lhe uma definição a exemplo do magistério de Damásio de Jesus (2011) que leciona: “A expressão direito é empregada em sentido amplo, abrangendo todas as espécies de direito subjetivo (penal ou extrapenal). Desde que a conduta se enquadre no exercício de um direito, embora típica, não apresenta o caráter de antijurídica.”.

Nesse prisma, as intervenções médicas e cirúrgicas, por exemplo, constituem exercício regular do direito, desde que não exercidas com abuso, assevera a doutrina, que ainda acrescenta “o médico deverá colher o consentimento do paciente, ou de seu representante, se menor, somente se podendo cogitar de cirurgia independentemente de autorização do paciente nos casos de estado de necessidade” (ESTEFAM, 2018, p. 321), ou

seja, na forma do art. 23, I, quando a vítima estiver em perigo atual, que não tenha dado causa.

A terceira limitadora é o consentimento do ofendido, que apesar de se tratar de uma causa supralegal, vez que não encontra amparo legal, a depender do delito figurará ora como causa excludente da ilicitude ora afastará a sua tipicidade, conforme assevera Greco (2017). Neste ponto, percebe-se que a maioria das violências classificadas como violência obstétrica se dá em razão da intervenção médica eletiva, sem o consentimento da mulher, ou pelo menos sem o consentimento pleno, aqui entendido como aquele praticado sem erro nem violência.

Além disso, cabe ressaltar o que aponta o magistério de Gustavo Nascimento Fiuza Vecchietti (2010) no sentido de que a criminalização de uma conduta apenas se justifica como *ultima ratio*, ou seja, de maneira subsidiária, nas situações em que há a falência do sistema de controle social, não respondendo de forma adequada a ação do indivíduo transgressor.

Nesse sentido, cabe mensurar que muito embora o sistema normativo brasileiro garanta constitucionalmente reparação por danos de ordem material e moral causado por terceiros ou pelo Estado¹⁵, pensão vitalícia à família, em caso de morte ou incapacidade permanente¹⁶, suspensão/cassação do registro do profissional da saúde ou mesmo multa para o estabelecimento¹⁷ e em determinados casos até a sua condenação criminal¹⁸, os relatos desse tipo de violência são cada vez mais numerosos, em conformidade com os números supracitados da pesquisa de Venturi (2013).

A esse respeito surge o seguinte questionamento: a criminalização da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro trata-se de uma possibilidade prática? Uma vez que, até o presente momento, não há no sistema normativo pátrio uma lei específica que tipifique penalmente esse tipo de violência.

Para Rezende (2014) a manifestação mais relevante do Estado sobre esta temática, ocorreu quando este assumiu a responsabilidade pela morte de Alyne Pimentel, vítima do atendimento precário disponibilizado pela saúde pública do Rio de Janeiro. Em virtude de tal fato, o Brasil se comprometeu a cumprir a recomendação do Acompanhamento da Implementação da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW/79), mediante disposição trazida pelo Comunicado nº17/2008, de 10 de agosto de 2011, através do qual afirmou que a morte de Alyne poderia ter sido evitada uma

¹⁵ Art. 5º, V e art. 37, §6º, ambos da CF/88 e art. 927 do CC.

¹⁶ Art. 950 do CC.

¹⁷ Lei 3.268/1957.

¹⁸ Código Penal, Decreto 20.931/1932, Lei 6.437/1977 e RDC 36/2008.

vez que ocorreu em virtude da violação de direitos humanos corriqueira na situação de mulheres gestantes.

O caso acima serve como paradigma para reafirmar o que expressa a OMS sobre o assunto, que a violência obstétrica aponta para um problema muito maior: o da falha prestação de serviços de saúde. Nessa linha de pensamento está Fabiana Paes que, ao tratar do tema aponta como solução uma força tarefa conjunta no sentido de promover a reeducação de médicos e suas equipes em uma medicina baseada em evidências científicas, pois para ela a “criminalização (da violência obstétrica) é demagogia. Não adianta querer que o Direito Penal dê resposta a tudo” (2015, s.p.).

Antonio Celso Ayub (2017), médico coordenador da comissão de fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers), defende que existe e sempre vão existir médicos que realizam procedimentos contraindicados ou malfeitos, mas isso não tem nada a ver com o movimento que quer criminalizar as ações dos obstetras. Para Ayub alguns procedimentos não podem ser considerados agressões, vez que são utilizados por bons profissionais, levando em conta o bem-estar dos pacientes.

Contudo, o dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012) que pontuou medidas de combate e enfrentamento a tais abusos aduz que:

[...] deve-se fazer cumprir os dispositivos legais já existentes, deve-se corrigir seus dispositivos, de modo a não permitir interpretações que venham subtrair um direito que se pressupõe estar atribuído e criar novos dispositivos, assegurando que se cumpra a totalidade do que se preconiza nas campanhas governamentais de humanização.

Nesse sentido, Raquel Marquez, presidente da ONG Artemis, defende que as leis atuais não têm sido cumpridas em uma numerosa quantidade de estabelecimentos de saúde: “O governo não quer, mas a ideia é criminalizar profissionais que causem danos. Bebês que morrem de prematuridade por cesárea mal indicada, a gente não pode mais conviver com isso. Vamos continuar morrendo?” (2016, s.p.), questiona. Para ela muitas são as melhorias que precisam ser alcançadas nos serviços de assistência ao parto e um dos primeiros passos a ser dado em direção a esse objetivo é a responsabilização penal dos agressores:

A violência obstétrica mata, mulheres morrem após serem submetidas à manobra de Kristeller, de hemorragias, de ruptura de fígado, de cesárea desnecessária. Parto é barato, é inconcebível a ideia de mulheres e bebês pagarem com a sua vida (2016, s.p.).

Entre essas ideias pondera Muniz (2012) que a mulher, vítima mais afetada nesse tipo de violência, precisa perceber que seu sofrimento não é apenas um incômodo inerente ao

parto, mas uma violência praticada por médicos e demais profissionais de saúde contra ela. No entanto, para que isso ocorra é necessário que as políticas de conscientização sejam amplificadas, a ponto desse conhecimento fazer parte da noção de direitos que cada parturiente deve ter em mente:

Sendo essa violência comum no cotidiano do atendimento à mulher no parto, torna-se fundamental que se fale sobre isso, que se esclareçam as condições de possibilidade deste fenômeno, com o objetivo de que as próprias mulheres encontrem meios de identificá-lo e impedi-lo, podendo transformar este quadro (MUNIZ, 2012).

Dessa forma, diante do cenário tão deficiente, Muniz assevera que além disso é necessária uma reciclagem na forma de trabalho de parte dos profissionais médicos atuantes neste campo para que a mulher e seu bebê sejam vistos como sujeitos de direitos e personagens principais no contexto do nascimento, de modo que sua intervenção se dê apenas nos casos clinicamente indicados ou quando a mulher, ciente de todos os seus direitos e informações necessárias assim o escolha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de tudo o que fora exposto pode-se afirmar que o sistema normativo brasileiro não é totalmente omissivo à violência obstétrica. Existem leis e projetos de leis que podem ser aplicados ao problema, contudo percebe-se uma ineficiência de tais normas haja vista o seu contínuo desrespeito, conforme apontam os dados estatísticos anteriormente apresentados.

Nesse sentido, não se pode olvidar que a inexistência de uma lei específica que assegure sanções concretas em face daqueles que pratiquem a violência obstétrica provoque na mulher um estado de insegurança que, por fatores naturais, já se encontra sob grande vulnerabilidade em razão do parto. Por motivos óbvios os profissionais, que integram a rede de assistência ao parto, sempre justificarão seus atos afirmando que apenas estão fazendo o seu trabalho contando, na grande maioria das vezes, com o apoio dos hospitais e maternidades onde prestam seus serviços.

Por esses motivos, resta ao Direito Penal, ante a falência e inaplicabilidade prática das demais esferas jurídicas, amparar essas vítimas assegurando-lhes os seus direitos a ter uma assistência médica digna e humanizada, devolvendo-lhe o protagonismo e o empoderamento do parto levado por uma cultura incisivamente machista e institucionalizada implantada ao longo dos anos, como abordado anteriormente.

A atual inaplicabilidade das normas jurídicas existentes tem contribuído para criação de um sentimento de impunidade fazendo com que médicos e suas equipes hajam da forma como bem entenderem com as mulheres, seus corpos e seus filhos. Tal fenômeno é explicado pelo simples fato de que, quando finalmente têm coragem, para denunciar as vítimas não recebem em contrapartida do Estado uma sanção que refreie a conduta do profissional, formando um ciclo no qual o único beneficiado é aquele que cometeu os abusos.

Entretanto, é preciso lembrar que o problema da violência obstétrica vai muito além da conduta dos agressores, pois, conforme já fora elucidado, ele é apenas uma das faces de um todo muito mais preocupante, a saúde pública brasileira que padece pela falta da devida atenção por parte dos órgãos públicos.

É preciso ir além da letra fria da lei, faz-se necessária uma reeducação dos profissionais envolvidos e uma conscientização da mulher quanto aos seus direitos e garantias bem como quanto às informações que precisa estar ciente para assim fazer a melhor escolha para si e para o seu filho, baseada em evidências científicas sólidas longe do senso comum imposto pela sociedade e comunidade médica.

Tal problemática só poderá ser resolvida a partir do momento em que for devolvido à mulher o pleno controle do seu destino e o pleno controle do seu parto. Além de punir os agressores é necessário um investimento com seriedade na política nacional de humanização do parto o que só pode ocorrer se respeitado um tripé central.

Em primeiro lugar, o protagonismo restituído à mulher, que é fundamental. Em segundo lugar uma visão integrativa e abrangente do fenômeno, não simplesmente do ponto de vista mecânico e fisiológico, mas abarcando também os aspectos psicológicos, afetivos, emocionais, espirituais, culturais e contextuais onde o parto está acontecendo. E o terceiro ponto fundamental é uma vinculação visceral com a medicina baseada em evidências, pois, tudo que se fala hoje em dia a respeito de humanização do nascimento está ligada às pesquisas mais modernas sobre os procedimentos realizados no nascimento e no parto.

REFERÊNCIAS

AIMS *Journal*. 2007. *Listen With Mother*. Disponível em: <https://www.aims.org.uk/journal/item/listen-with-mother>. Acesso em 04 de maio de 2018.

ALLOTEY, PA; DINIZ, S, et. al. **Saúde sexual e reprodutiva e direitos na educação em saúde pública**. *Reprod Health Matters*. 2011. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2811%2938577-1>. Acesso em 19 de maio de 2018.

ANVISA. **Modelo de bula profissional da saúde RDC 47/09. 2009.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=23373912016&pIdAnexo=3921829. Acesso em 19 de maio de 2018.

ARGENTINA. **Ley de proteccion integral a las mujeres.** Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Coordenação de Anne Joyce Angher. 10. ed. São Paulo: Ridel, 2004.

_. **Código Civil.** Lei nº 10406, de 10 de janeiro de 2002.

_. **Código de Menores,** Lei Federal 6.697, de 10 de outubro de 1979.

_. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.** Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_. **PL 7.633/2014.** Autoria: Deputado Federal Jean Wyllys PSOL/RJ. Câmara dos Deputados.

_. **PL 2.589/2015.** Autoria: Deputado Federal Pastor Marco Feliciano PSC/SP. Câmara dos Deputados.

_. **PLS 8/2013.** Autoria: Senador Gim Argello. Senado Federal.

CHAUI, Marilena. **Participando do debate sobre mulher e violência.** *Perspectivas antropológicas da mulher 4* (Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1984, 0. 23-62).

CLADEM - Comitê da América Latina e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher. Centro Jurídico dos Direitos Reprodutivos e Políticas Públicas (CRLP). ***Silencio Y Complicidad: Violencia Contra Las Mujeres En Los Servicios Públicos de Salud En El Perú.*** Lima: Cladem/CRLP. 1998.

CONITEC - Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 19 de maio de 2018.

CEDAW/ONU. **Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979.** Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/onumulheres/documentos-de-referencia/>. Acesso em 11 de outubro de 2018.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris.** 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf> . Acesso em: 26 setembro de 2018.

DINIZ, CSG. **Meio gogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009.

_, SG. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto.** São Paulo: Fundação Ford e do CREMESP; 2002.

_, SG; AYRES, JRCM. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2001.

_, SG. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009;

_, SG; D'OLIVEIRA, AFL; LANSKY, S. **Equidade e serviços de saúde da mulher para contracepção, aborto e parto no Brasil.** Reprod Health Matters. 2012;20(40):94-101. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40657-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40657-7).

FERREIRA, A.B.H - Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.

FIORETTI, B. **Nascer no Brasil: parto, da violência obstétrica às boas práticas.** DVD. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

GOER, Henci. **Crueldade nas maternidades: cinquenta anos depois.** Rev. de Ed. Perinatal. 2010.

CERES, Grupo. **Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher.** Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.

LEAL, MC; DOMINGUES, RMSM; DIAS, MAB; et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad Saúde Pública. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tln=pt. Acesso em 12 de março de 2018.

MAGALHÃES, F. **Pequenas noções sobre o fórceps.** Rev Gin Obst. 1996.

MAIA, MB. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte.** Tese (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde,** 2013b. Disponível em: <https://bit.ly/2NN1b3i>. Acesso em 18 maio de 2018.

_. **Portaria 1.076 de 2015.** Disponível em: <https://bit.ly/2NN1b3i>. Acesso em 18 maio de 2018.

MOTTA, Alfredo Dolcino. **Violência Institucional: O Estado gerador de criminalidade.** Disponível em: <http://www.uff.br/direito/artigos/artigo1.htm>. Acesso em 21 de julho de 2018.

PAULA, Érica de. **O Renascimento do Parto.** Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Brasil. Distribuição BRETZ - BACK FIVE. 2013. 1 DVD (90 min). NTSC, color.

_, Érica de. **O Renascimento do Parto 2.** Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Brasil. Distribuição BRETZ - BACK FIVE. 2018. 1 DVD (90 min). NTSC, color.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php . Acesso em 17 agosto de 2018.

_. **Declaração Universal dos Direitos das Crianças**. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm. Acesso em 17 agosto de 2018.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana de Direitos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”)**, 1969.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre as taxas de cesáreas**. Disponível em: <https://bit.ly/2Et7Z6b>. Acesso em 15 março de 2017.

_. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS; 2014.

PINN, Vivian. **OUR BODIES, OURSELVES**. 1 ed. Nova York: Simon and Schuster. 1996.

RANCE, S; CARTER, W; et al. **Alertas de segurança das mulheres em cuidados de maternidade**. BMJ Qual Saf. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2OqDP8l>. Acesso em 10 de maio de 2018.

REZENDE, Carolina. O respeito a direitos fundamentais a partir de ferramentas internacionais: Como o descaso com Maria da Penha transformou o ordenamento jurídico brasileiro. Monografia (Bacharelado), 2013, 70f., Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

RICH, Adrienne. **Em Mentiras, Segredos e Silêncio. Prosa Seleccionada 1966-1978**. 1 ed. Nova York: Norton, 1979.

SILVA, Antônio Fernando do Amaral e. Comentários ao art. 1º, p. 11, in: CURY, Munir (org.). Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado. São Paulo: RT,2000.

SOUZA EM; MICHALISZYN PR; CUNHA, MFO. **Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade, violência nas ações de saúde**. Cadernos Cefor. 1992.

TESSER, Charles Dalcanale; Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Rev Bras Med Família Comunidade. 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em 20 de maio de 2018.

UNA - SUS. **Recomendações da OMS para o parto normal**. 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>. Acesso em 19 de maio de 2018.

VECCHIETTI, Gustavo Nascimento Fiuza. "Ultima ratio" do Direito Penal. Comportamento frente aos crimes contra a ordem tributária e previdenciária. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 15, n. 2717, 9 dez. 2010. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/18001>. Acesso em: 16 out. 2018.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas: UNFPA; 2007.

VENTURI, G; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo. 2013.