



FACULDADE NACIONAL DE DIREITO



UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE LEGISLATIVA E
JURISPRUDENCIAL**

ISABELA SOUSA DE JESUS PEREIRA

Rio de Janeiro

2023

ISABELA SOUSA DE JESUS PEREIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE LEGISLATIVA E
JURISPRUDENCIAL**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Dra. **Cristiane Brandão Augusto Mérida**

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação

P436v Pereira, Isabela Sousa de Jesus
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise legislativa e
jurisprudencial / Isabela Sousa de Jesus Pereira. -
Rio de Janeiro, 2023.
72 f.

Orientador: Cristiane Brandão Augusto Mérida.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2023.

1. violência obstétrica. 2. justiça reprodutiva.
3. judicialização. I. Mérida, Cristiane Brandão
Augusto , orient. II. Título.

ISABELA SOUSA DE JESUS PEREIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE LEGISLATIVA E
JURISPRUDENCIAL**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Cristiane Brandão Augusto Mérida

Data da Aprovação: 07/07/2023

Banca Examinadora:

Cristiane Brandão Augusto Mérida

Orientadora

Tereza Cristina Ramos Paiva

Membro da Banca

Isadora de Oliveira

Membro da Banca

Rio de Janeiro

2023

O que a vida quer da gente é coragem

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Os anos de graduação na Faculdade Nacional de Direito foram repletos de desafios e conquistas, me trazendo experiências e ensinamentos que levarei para o resto da vida. Ao longo do caminho, diversas pessoas queridas me apoiaram e me deram forças para vencer mais essa etapa tão importante.

Agradeço a minha mãe, Cristina Sousa, pelo incentivo e amor incondicional. Sem dúvidas você sempre foi a maior responsável por tudo isso. Sem o seu apoio e amor eu não chegaria até aqui. Tenho certeza que há muito caminho pela frente e sua presença nele me dá mais confiança para conquistar tudo o que sonho.

Agradeço aos meus familiares por todo incentivo e carinho ao longo da graduação. Destaco aqui o meu padrinho Carlos Sousa, minha madrinha Rosana Leite, meu irmão Marcos Antonio, minha tia Laura e minha avó Lisette.

No âmbito acadêmico, agradeço a minha orientadora, Cristiane Brandão, pelo suporte, paciência e carinho nesse processo de construção da pesquisa.

Agradeço à professora Tereza Paiva, a quem tenho grande carinho e que há muito tempo esteve comigo descobrindo esse tema tão relevante.

Agradeço ao professor Robson Macedo pelo apoio e suporte na elaboração da pesquisa, você foi especial nesse processo.

Agradeço ao Yuri Bertoletti, meu namorado, por todo amor e carinho no dia a dia. O seu apoio foi fundamental para a conclusão dessa etapa tão importante. Obrigada por todo companheirismo e dedicação.

Não poderia esquecer das minhas amigas que estiveram comigo e sempre me apoiaram com palavras carinhosas. Destaco aqui minhas amigas Debora Leal, Thayna Cartaxo, Mariana Ornelas, Manuela Brandão, Luisa Helena e Amanda Bastos. Vocês foram o meu porto seguro em muitos momentos, sou muito grata por isso.

RESUMO

A violência obstétrica é espécie do gênero violência contra a mulher e pode ser entendida como uma violação à integridade física e psicológica no parto, no nascimento e nas situações de abortamento. A presente monografia tem o objetivo de demonstrar no que consiste essa hostilidade e como os eixos de opressão de raça, classe e gênero são determinantes nas intervenções e práticas que envolvem o período gravídico puerperal. Para mais, busca-se entender como o ordenamento jurídico brasileiro e de outros países da América Latina agem no enfrentamento desse tipo de violência. Por fim, é analisado como o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e o Superior Tribunal de Justiça tratam a questão da violência obstétrica em seus julgados.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos reprodutivos; justiça reprodutiva; judicialização.

ABSTRACT

Obstetric violence is a type of violence against women and can be understood as a violation of physical and psychological integrity during childbirth, childbirth and abortion situations. In this perspective, this monograph aims to demonstrate what this hostility consists of and how the axes of oppression of race, class and gender are determinant in interventions and practices involving the puerperal pregnancy period. Furthermore, we seek to understand how the Brazilian legal system acts in the face of this type of violence. To this end, an analysis is made of the laws of Latin American countries that define and typify obstetric violence, bringing, in the end, the debate to Brazil. Finally, research is carried out on how the Court of Justice of Rio de Janeiro and the Superior Court of Justice deal with the issue of obstetric violence in their judgments.

Keywords: obstetric violence; reproductive rights; reproductive justice; judicialization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE LEGISLATIVA	13
1.1. O surgimento do termo “violência obstétrica”.....	13
1.2. Tipos de violências obstétrica.....	16
1.3. Como os países da América Latina vêm enfrentando a temática.....	22
1.3.1. Venezuela.....	23
1.3.2. Argentina.....	24
1.3.3. México.....	26
1.3.4. Brasil.....	27
1.3.4.1. Resoluções que versam sobre a violência obstétrica	31
2. ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA E RACISMO	33
2.1. Gênero e interseccionalidades.....	33
2.2. Racismo obstétrico.....	36
2.3. O movimento por Justiça Reprodutiva.....	44
3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS TRIBUNAIS	48
3.1. Processos que tramitam perante o Tribunal de Justiça do Rio De Janeiro (TJRJ).....	49
3.2. Processos que tramitam perante o Superior Tribunal de Justiça (STJ).....	58
3.3. Resolução nº 343 do CREMERJ.....	60
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	66

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é espécie do gênero violência contra a mulher e pode ser entendida como uma violação à integridade física e psicológica da mulher. Segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, a “Convenção de Belém do Pará”, a violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual, ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Convenção de Belém do Pará, 1995). São atos dirigidos contra a mulher e que agredem a sua integridade física e psicológica, a partir de abusos ou assédios sexuais e desrespeitos aos seus direitos reprodutivos e de cidadania. Logo, a violência contra a mulher apresenta diferentes formas de manifestação e uma delas muito recorrente, porém ainda timidamente discutida, é a violência obstétrica (FERNANDES E NARCHI, 2013).

Na rotina dos hospitais brasileiros, esse tipo de violação se manifesta a partir de maus tratos durante a gestação, ocorrendo através da violência física e psicológica e podendo provocar grandes sofrimentos psíquicos às mulheres. Entende-se por violência obstétrica qualquer ato de negligência, assédio moral e físico, abuso e desrespeito com as parturientes por parte dos profissionais de saúde, seja através do abuso de ações intervencionistas ou de medicalização, de uma atenção desumanizada e na transformação patológica dos processos fisiológicos que envolvem o parto e o nascimento (JUAREZ et al; 2012).

Segundo o levantamento realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência obstétrica. À vista disso e considerando a relevância do tema, surgiu o interesse em analisar o compromisso do Brasil no enfrentamento e combate da violência obstétrica, as iniquidades que circundam o tema, bem como a forma que a jurisprudência vem tratando-o.

No primeiro capítulo será realizado o estudo sobre o surgimento do termo “violência obstétrica” e uma apresentação sobre essa temática, expondo no que consiste essa hostilidade e como ela se manifesta nas rotinas dos hospitais e maternidades brasileiras. Em seguida, estudaremos as legislações e dispositivos que permeiam a responsabilidade e reconhecimento

da VO em outros países da América Latina como Venezuela, Argentina e México. Ao final, será examinado como o Brasil vem enfrentando o tema.

Apesar da falta de uma legislação federal que trate especificamente sobre a violência obstétrica, atualmente existem no Brasil projetos de leis e outras normativas que buscam tutelar os direitos das mulheres no âmbito do parto e nascimento visando a implementação de uma assistência mais humanizada e a erradicação de práticas violentas durante o pré-natal e pós-parto. Esses projetos de leis (PL) serão apresentados neste capítulo.

No segundo capítulo serão estudadas as iniquidades que atravessam o tema, demonstrando como os marcadores sociais de raça, etnia, gênero e classe influenciam no tratamento dispensados às mulheres que fazem parte de grupos sociais mais vulnerabilizados. Com isso, visitamos conceituações como a da interseccionalidade que nos auxilia a entender como a sobreposição de opressões impactam diretamente no tipo de tratamento que será dispensado às mulheres não brancas.

Nesse cenário, nos anos 2000, surge para nós o movimento de Justiça Reprodutiva, que se baseia em três grupos de direitos humanos: o direito de ter filhos sob as condições que escolher, o direito de não ter filhos e o direito de criar filhos sob condições dignas e livre de violências (ROSS, 2017). Assim, a ideia de justiça reprodutiva busca considerar as intersecções econômicas, sociais e políticas como fatores determinantes para a tomada de decisões sobre os seus corpos, sua sexualidade e sua reprodução.

No terceiro capítulo, será realizada análise para verificar como o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e o Superior Tribunal de Justiça vêm encarando as demandas que versam sobre os casos de violência obstétrica. Embora seja um tema em ascensão nas pautas dos movimentos sociais e nos veículos de informação, no cenário do Poder Judiciário brasileiro o tratamento ainda é tímido. Com isso, dos processos que foram encontrados, interessante notar que o termo “violência obstétrica” está sendo usado para fundamentar as decisões, demonstrando que esse tipo de violação aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres também está sendo pautado e responsabilizado no judiciário.

As questões tratadas nesse estudo são amplas e complexas, de modo que a discussão não se esgota no presente Trabalho de Conclusão de Curso. Pretende-se, com esse trabalho, contribuir para o debate de temas relevantes para os movimentos sociais que buscam a humanização do parto e nascimento, bem como colaborar para a aproximação do Direito na tutela de direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

CAPÍTULO 1

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE LEGISLATIVA

A Violência Obstétrica representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo da opressão feminina pelo próprio sistema de saúde. (Souza e Pileggi-Castro)

1.1 O surgimento do termo “violência obstétrica”

Nas últimas décadas, especialmente a partir de meados do século XXI, as abordagens sobre a violência obstétrica tem ganhado maior visibilidade e gerado cada vez mais discussões, especialmente no campo jurídico e legislativo, incluindo também as pesquisas no meio acadêmico.

Embora não se tenha um consenso sobre a origem do termo “violência obstétrica”, diversos autores como Chadwick (2016), Sadler et al. (2016) e Pickles (2015) relatam que o mesmo apareceu na América Latina durante os anos 2000 como pauta de movimentos ativistas que discutiam a desmedicalização do parto e o empoderamento de mulheres durante a gravidez, parto e nascimento.

Segundo Sadler et al. (2016), o Brasil foi pioneiro nas discussões em torno da humanização do parto e nascimento, pois em 1993 surgiu a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) que reconheceu a prática de intervenções desnecessárias e a violação aos direitos reprodutivos das mulheres nas rotinas hospitalares. O tema também foi abordado em trabalhos feministas como o livro Espelho de Vênus, do grupo Ceres, publicado na década de 1980, que descreve a violência institucionalizada durante o parto.

Alguns depoimentos mostram que:

Não é apenas na 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 (ALVES et al, 1981, p. 349).

Outro marco foi a Primeira Conferência Internacional para a Humanização do Nascimento, realizada no Brasil em 2000, evento que deu origem a Relacahupan (Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento), que também buscou discutir pautas relacionadas ao direito das mulheres a um parto digno e respeitoso. (SADLER et al., 2016).

Ademais, pontua Chadwick (2016) que o termo ganhou tipificação nas legislações da Venezuela em 2007, da Argentina em 2009 e do México em 2014. Nesse mesmo sentido, afirma Pulhez (2013) que o termo “violência obstétrica” foi citado pela primeira vez no meio acadêmico pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, em editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, no ano de 2010, oportunidade na qual o médico teceu comentários sobre os artigos da lei venezuelana que responsabilizava civil e penalmente o praticante e/ou a instituição que cometia atos atentatórios aos direitos das parturientes.

As práticas obstétricas sofreram profundas mudanças com a crescente hospitalização e medicalização da assistência ao parto e ao nascimento. O panorama atual da parturição demonstra uma grande falha no que se refere ao respeito dos direitos humanos das mulheres. A violência obstétrica foi reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde e a partir de meados do século XXI ganhou maior visibilidade através da mídia, documentários, pesquisas acadêmicas e ações movidas pelo ativismo social.

A declaração da OMS intitulada “Prevenção e eliminação de abuso, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” foi o documento responsável por reconhecer a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher, apontando a

necessidade da realização de pesquisas com o objetivo de definir, medir e compreender este fenômeno, para a elaboração de medidas de prevenção e eliminação dessas práticas, visto que a falta de consenso internacional sobre como a violência obstétrica se apresenta, dificulta o conhecimento real de sua prevalência e do seu impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres (OMS, 2014, p. 1).

Ao longo dos últimos anos, o tema foi difundido e discutido em diversas partes do mundo. Corroborando com esta observação, é relevante destacar que foram fundados cinco Observatórios de Violência Obstétrica liderados por grupos da sociedade civil no Chile, Espanha, Argentina, Colômbia e França. Assim, é perceptível que, embora os países latino-americanos tenham encabeçado diversas discussões sobre o tema, sobretudo na elaboração de legislações que se preocupem especificamente com esse tipo de violência, os países europeus também vêm demonstrando preocupação com esta problemática. Em 2016, inclusive, esses cinco observatórios divulgaram uma declaração comum, relatando que esse tipo de violência representa uma das formas mais invisíveis e naturalizadas de violência contra a mulher e que constitui grave violação dos direitos humanos. (SADLER et al., 2016).

Nesse sentido, o termo violência obstétrica foi institucionalizado para o reconhecimento das críticas à medicalização da maternidade e à violação à saúde sexual e reprodutiva. Ele retrata a má qualidade de atenção à saúde durante o parto e o nascimento, e é compreendido como qualquer violência, física, verbal, emocional ou psicológica, sofrida pelas mulheres na gestação, trabalho de parto, parto ou puerpério (MACEDO, 2015).

A Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro, fundada no ano de 2016, deu início ao projeto “Doula a quem quiser”, que tem como finalidade a promoção do acesso à informação sobre gestação, parto e puerpério. O projeto também visa atentar quanto à violência obstétrica para mulheres, em especial as mulheres negras e em privação de liberdade, e profissionais da saúde. No ano de 2019, essa Associação, em parceria com o Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, elaborou uma cartilha intitulada “Gestação, parto e puerpério: conheça seus direitos” que objetiva “o processo de autonomia e de efetivação do protagonismo das mulheres, em

especial, daquelas que passaram pela infeliz experiência do racismo institucional”. O projeto também visa alertar as mulheres sobre graves violações que podem sofrer na gestação, no parto e no puerpério, incentivando a denúncia dessas hostilidades.

À vista disso, a violência obstétrica tem uma estreita relação com a assistência desumanizada na gestação, no parto ou em situações de abortamento; com o processo de medicalização do nascimento; com a realização de procedimentos desnecessários; com a institucionalização dos partos; com a questão de gênero, raça e saúde, como também de a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas (ZANARDO et. al, 2017).

1.2 Tipos de Violência Obstétrica

O modelo atual de assistência ao parto no Brasil é resultado de profundas mudanças desde meados do século passado. Diversos procedimentos, quando necessários, salvam vidas e diminuem morbidades para a mulher e o recém-nascido. Entretanto, segundo estudos, observa-se que nas rotinas hospitalares a utilização em larga escala de procedimentos considerados inadequados e desnecessários pode colocar em risco a vida de ambos, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências, como também contribuir para o aumento da violência obstétrica. (TESSER et al, 2015).

Segundo D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), a violência contra mulheres nas instituições de saúde se apresentam sobre quatro tipos: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro).

De acordo com Tesser et. al (2015), cada tipo de violência obstétrica fere um direito. O abuso físico, que pode ser observado em situações como de realização de procedimentos sem justificativa, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias

desnecessárias, nega o direito da gestante de estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos. A discriminação baseada em certos atributos se contrapõe ao direito à igualdade, não discriminação e equidade da atenção; o abandono, a negligência ou recusa de assistência, é um desrespeito ao direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e de qualidade. A negação desses direitos, embora possa ocorrer em todas as classes sociais, se expressa de maneira mais frequente contra as mulheres negras, de baixa renda e dependentes dos serviços públicos de saúde, revelando além de uma apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, um forte componente discriminatório e reprodutor de desigualdades.

Neste sentido, o quadro a seguir apresenta as formas de manifestação de violência obstétrica catalogadas pela ONG Parto do Princípio (2012):

TIPO DE VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Física	Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.	Privação de alimentos Interdição à movimentação da mulher Tricotomia (raspagem de pelos) Manobra de Kristeller Uso rotineiro de ocitocina Cesariana eletiva sem indicação clínica Não utilizar analgesia quando indicada.
Psicológica	Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.	Não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada. Ameaças, mentiras, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas. Omissão de informações ou informações prestadas em linguagem pouco acessível Desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.
Sexual	Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.	Episiotomia Assédio Exames de toque invasivos, constantes ou agressivos Lavagem intestinal Cesariana sem consentimento informado Ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento

		informado Imposição da posição supina para parir Exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento
Institucional	Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.	Impedimento do acesso aos serviços Impedimento à amamentação Omissão/violação dos direitos da mulher no período de gestação, parto e puerpério Falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes Protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.
Material	Condutas ativas e passivas para obter recursos financeiros em prol de pessoa física/jurídica, violando direitos de mulheres em processos reprodutivos.	Cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde Indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, como única alternativa que viabilize o acompanhante.
Midiática	Ações praticadas por profissionais através da mídia, para prejudicar mulheres em processos reprodutivos; apologia às práticas cientificamente não indicadas.	Apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica Ridicularização do parto normal Merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno Incentivo ao desmame precoce

Organização: Bourguignon, Werner e Pontes (2017).

Fonte: Parto do Princípio (2012).

A pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pelas pesquisadoras Maria do Carmo Leal *et al* (2017), da Fundação Oswaldo Cruz, oferece um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. A pesquisa foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas, e contou com a entrevista de mais de 23.000 mulheres. Entre as entrevistadas, apenas 5% tiveram o parto vaginal sem nenhuma intervenção e 52% dos partos foram cirúrgicos. A pesquisa aponta que 75% das mulheres não receberam alimentação, 73% não tiveram acesso a procedimentos não medicamentosos para o alívio da dor, como banho quente, 81% não tiveram direito a acompanhante, o que é previsto por lei desde 2005. Entre as mulheres que pariram, 36% receberam ocitocina e 53,5% foram submetidas à episiotomia. Diante dos dados, não são necessários elementos adicionais para enfatizar a gravidade da violência obstétrica no Brasil (ENSP/FIOCRUZ, 2014).

Abaixo, estão expostos detalhes sobre alguns desses procedimentos inadequados e desnecessários que caracterizam a violência obstétrica, como a normalização da cesárea como prática de nascer, as práticas recorrentes de episiotomia, o uso da manobra de Kristeller e a não permissão de acompanhantes durante o parto e nascimento.

Primeiramente, podemos citar o uso indiscriminado de cesáreas, reconhecido por Zanardo et al. (2017) como o fenômeno da “Epidemia de cesarianas” no Brasil. Embora o procedimento cirúrgico seja apontado, muitas vezes, como um modo de nascer seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna, os efeitos adversos da cesariana são evidentes e persistentes. Estudos revelam que o aumento nas taxas de cesariana isoladamente não diminuiu a mortalidade perinatal. O que pode contribuir para a diminuição dessa taxa é o bom acompanhamento pré-natal e melhorias no cuidado intensivo ao recém-nascido (TESSER et al, 2015).

A realização de cesáreas nem sempre é uma escolha feita pela mulher. Por ser um modelo conveniente para os profissionais de saúde, que trocam a imprevisibilidade do parto normal pelo agendamento das cirurgias, esse procedimento é, muitas vezes, induzido e realizado sem o consentimento da parturiente, o que pode ser considerado um ato de violência que por ser corriqueiro é também banalizado.

Com a cultura pró-cesárea, possivelmente ocorreu (e continua ocorrendo) uma modificação no treinamento dos médicos obstetras no país: eles podem não estar desenvolvendo habilidades clínicas para lidar com o parto normal sem intervenções cirúrgicas. Como resultado, qualquer alteração ocorrida durante o processo do parto tende a ser resolvida pela cirurgia, ignorando muitos casos que poderiam ser evitados com benefícios para mulher e para o seu bebê. Diante de todos os fatores expostos é possível compreender como o grande número de cesáreas, muitas vezes desnecessárias, pode contribuir para a violência obstétrica (TESSER et al, 2015).

Outra prática recorrente é a episiotomia, um procedimento cirúrgico realizado no períneo da mulher no momento do parto vaginal, e que, na maioria das vezes, é realizado sem o seu consentimento e sem maiores esclarecimentos. Dentre as inúmeras consequências provocadas pela episiotomia, podemos citar: infecção, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal), dor no ato sexual (dispareunia), risco aumentado de lacerações no parto seguinte, autoestima afetada devido à estética da cicatriz, menos satisfação com o parto (FMES, 2014). Adiciona-se aqui a prática da episiorrafia da episiotomia, que consiste numa sutura adicional para apertar o canal vaginal, absurdamente denominada “ponto do marido”.

Apesar de não possuir qualquer embasamento científico e ser contraindicada pela Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a episiotomia ainda é praticada de modo rotineiro e continua sendo ensinada nas faculdades brasileiras (FMES, 2014).

Em complemento, também podemos citar o não reconhecimento do direito ao acompanhante. Conforme aponta Rodrigues et al. (2017), as evidências sobre os benefícios do apoio durante o parto levaram à recomendação deste procedimento a todas as mulheres. A presença do acompanhante é capaz de minimizar os sentimentos de insegurança e medo que a mulher enfrenta em momento delicado em sua vida, o parto.

Nota-se que o acompanhamento otimiza a fisiologia do parto, reduzindo a dependência de intervenções médicas. O acompanhamento por uma pessoa de confiança da mulher proporciona o apoio emocional e o encorajamento durante o processo do parto. Além disso, o apoio garante que a gestante esteja informada sobre o progresso do parto, aprenda técnicas para lidar com o momento e receba medidas de conforto.

Na década de 1990, grupos de pesquisadores e ativistas de diferentes países promoveram ensaios clínicos que demonstravam o desenvolvimento do parto de mulheres com e sem acompanhante. Esses estudos demonstram que o acompanhamento traz muito resultados positivos para a mulher e o neonatal. A partir disso, a OMS levou a uma recomendação de que “o apoio contínuo durante o trabalho tem benefícios clinicamente

significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento” (OMS, 1996, p.2).

No Brasil, a Lei nº 11.108 de 2005, mais conhecida como Lei do Acompanhante, determina que todas as mulheres nos serviços públicos e privados de saúde tenham direito ao acompanhamento. Isso se confirma pela redação do artigo 19 desta lei, que assim dispõe:

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

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente (BRASIL, 2005).

Embora este direito esteja previsto em lei, como também na Política Nacional de Humanização (PNH) e na Resolução nº 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ainda é comum a existência de unidades hospitalares que não permitem o acompanhamento de uma pessoa escolhida pela gestante na hora do parto.

Outra prática muito comum e uma das principais causas de mortalidade materna é a peregrinação em busca de leito disponível. Conforme se demonstra no Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012), é dever da instituição e seus profissionais da saúde encaminharem a mulher, caso não tenha vaga, para um serviço que tenha leito disponível. Entretanto, essa não é a realidade que encontramos ao nos depararmos com diversos relatos de mulheres que precisam se deslocar em busca de um leito vago.

A manobra de Kristeller é uma violência de caráter físico e psicológico que consiste em uma compressão da parte superior do útero para acelerar a saída do bebê, o que pode causar graves sequelas que lhe são inerentes como lacerações perineais graves, traumas das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta e até mesmo a internação em UTI neonatal para o bebê. Esta manobra, inclusive, já foi banida pelo Ministério da Saúde e pela

Organização Mundial da Saúde, embora ainda seja realizada frequentemente na assistência ao parto junto a outros procedimentos inadequados e invasivos (TESSER et al, 2015).

Nesses termos, a violência obstétrica nega a valorização dos processos subjetivos na produção da saúde, isto é, não permite a construção de relações que possam transcender os aspectos normativos e quantitativos muito presentes nos processos de trabalho marcados pela dissociação entre o assistir e cuidar. Para se avançar no sentido do respeito, da escuta, é preciso reorganizar o modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.

1.3 Como os países da América Latina vêm enfrentando a temática

Historicamente, a mulher é objeto de preconceitos e encaixada em papéis estereotipados, os quais são decorrentes de um sistema patriarcal que ainda persiste na sociedade atual. É notável nesse sistema, que a dominação masculina sobre a figura feminina é considerada algo “natural e biológico”, tendo como consequência a divisão sexual e do trabalho, associados ao crescimento do sistema capitalista. Logo, a violência contra a mulher apresenta diferentes formas de manifestação e uma dela muito recorrente, porém ainda pouco discutida, é a violência obstétrica (FERNANDES E NARCHI, 2013).

Tendo como parâmetro a violência obstétrica como um tipo de violência de gênero, percebemos um compromisso de países da América Latina, como Venezuela, Argentina e México, em seu enfrentamento. Assim, passamos a analisar as respectivas legislações que tratam sobre essa temática.

1.3.1 – Venezuela

Em 19 de março de 2007, foi promulgada na Venezuela a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência (*Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*). Esta lei é conhecida como o primeiro documento legal a utilizar

o termo “violência obstétrica” e trazer sanções para os profissionais que descumprirem a norma, também responsabilizando civilmente aquele que comete esse tipo de violação.

De acordo com o seu artigo 1º, a lei tem a como objetivo criar condições para prevenir, combater, punir e erradicar a violência contra a mulher, promovendo mudanças nos padrões socioculturais para garantir os direitos da mulher.

Assim, percebemos uma preocupação no enfrentamento desse tipo de violência, trazendo dentre o rol das dezenove formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica.

Nos termos da lei venezuelana, define-se como violência obstétrica:

(...) a apropriação do corpo e processo reprodutivo das mulheres pelo profissional de saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

Em complemento, no artigo 51, a lei considera como atos que correspondem a violência obstétrica aqueles executados por profissionais da saúde quando: 1 - Não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas; 2 - Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo meios necessários para a realização do parto vertical; 3 - Impedir a permanência do recém-nascido com a mãe, sem causa médica justificada, negando-a a possibilidade de carregá-lo e amamentá-lo imediatamente ao nascer; 4 - Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher; 5 - Praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. (VENEZUELA, 2007)

Nota-se que o legislador venezuelano também comina pena para o responsável pela violação, assim:

Em tais casos, o tribunal deve impor ao responsável ou a responsável uma multa de duzentas e cinquenta (250 U.T.) a quinhentas unidades tributárias (500 U.T.), devendo remitir cópia autenticada da sentença condenatória ao respectivo colégio ou instituição profissional, para efeitos de procedimento disciplinar correspondente (VENEZUELA, 2007).

Além disso, a lei também prevê a responsabilidade civil ao pagamento de indenização a todas as mulheres vítimas de violência ou a seus herdeiros(as), caso a mulher tenha falecido, sem prejuízo a obrigação do agressor de pagar o tratamento médico ou psicológico que necessitar a vítima.

No que se refere à lei venezuelana, o Dossiê Parirás com Dor, elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), expõe que, embora o país tenha apresentado preocupação no enfrentamento da violência obstétrica ao incluí-la numa norma que visa coibir a violência contra a mulher, algumas questões não foram abordadas. A título de exemplo, o Dossiê aponta que não há menção ao direito do acompanhante ou a sua presença como fator capaz de trazer bem-estar a mulher. Assim, ressalta que falta à legislação da Venezuela a normatização do que se entende como humanização do atendimento ao parto e nascimento (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.49).

Desse modo, percebe-se que, mesmo os ordenamentos jurídicos que se propõem a regular tal temática, precisam ser constantemente revisados e aprofundados para garantir a integralidade de direitos aos quais as mulheres fazem jus.

1.3.2 – Argentina

Seguindo pelo mesmo caminho da legislação supracitada, a Argentina promulgou, em 1º de abril de 2009, a Lei nº 26.485. Esta última, mais conhecida como Lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem suas relações interpessoais, busca garantir o direito das mulheres a viver uma vida sem violência e promover o desenvolvimento de políticas de caráter institucional que protejam os direitos humanos das mulheres.

Entretanto, é válido destacar que a Argentina já demonstrava o seu pioneirismo no assunto ao promulgar a Lei nº 25.929 de 2004, denominada Lei do Parto Humanizado. Nesse sentido, a legislação argentina de 2009 surge como um aprimoramento do que já vinha sendo tratado desde de 2004 com a Lei do Parto Humanizado.

A Lei nº 25.929/2004 tem como objetivo geral destacar a importância de um parto e nascimento fisiológico, destacando o valor dos direitos das mulheres de serem informadas sobre intervenções médicas e decidirem em conformidade (MANTILLA; DI MARCO, 2020).

Nestes termos, a legislação do parto humanizado dispõe em seu artigo 2º que toda gestante em trabalho de parto, parto e pós-parto tem direito:

- “a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siem pre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma” (ARGENTINA, 2004).

Somado a isso, a legislação também estabelece que a violação das obrigações decorrentes dessa lei, por parte dos organismos sociais e das entidades de medicina, bem como pelos profissionais da saúde e pelas instituições em que prestam serviço, será considerado falta grave, sem prejuízo da responsabilidade civil e/ou penal que possa corresponder.

Em contrapartida, a Lei nº 26.485 de 2009 traz ao seu texto o termo violência obstétrica, o que não acontece na Lei do Parto Humanizado, e o define como um dos tipos de violência contra a mulher. Em seu artigo 6º, alínea “e”, a V.O é definida como “aquela que exerce o profissional da saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres expressadas em um trato desumano, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, em conformidade com a Lei 25.929” (ARGENTINA, 2009).

Essa legislação reforça o direito de a mulher vítima de violência pleitear judicialmente uma reparação civil pelos danos e prejuízos sofridos, nos termos das normas que disciplinam a matéria. Entretanto, em comparação com a lei venezuelana, a lei argentina não tipifica os delitos, tampouco as penas a serem aplicadas.

1.3.3 – México

O México também é um país que vem demonstrando crescente preocupação com o tema da violência obstétrica. O país possui uma Lei geral sobre o acesso das mulheres a uma vida livre de violência, do ano de 2007. Embora a legislação não cite de maneira explícita o termo “violência obstétrica”, ela tem por objetivo prevenir, punir e erradicar todo e qualquer tipo de violência contra a mulher, bem como garantir uma vida livre de violência.

Além disso, dentre os dez estados federados do país, três deles (Chiapas, Veracruz e Guerrero) possuem legislações que tipificam a violência obstétrica. O código penal de Chiapas tipifica a violência obstétrica como crime em seu artigo 183, dispondo que:

O crime de violência obstétrica é cometido por quem se apropria do corpo e processos reprodutivos de uma mulher, expressos em um tratamento desumanizado, abuso no fornecimento de medicamentos ou patologização de processos naturais, gerando como consequência a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade. (CHIAPAS, 2007).

O referido artigo traz a sanção aplicada a quem comete o crime, com a condenação de um a três anos de prisão e duzentos dias de multa, bem como a suspensão da profissão até o fim do cumprimento da pena ou do ressarcimento dos danos causados.

O código penal de Veracruz também tipifica o crime em seu artigo 363 e traz um rol de ações realizadas pelos profissionais de saúde que se caracterizam como o crime de violência obstétrica. O mesmo acontece no estado de Guerrero, que conceitua a VO como um “ato ou omissão que impeça ou dificulte o atendimento oportuno e eficaz na gravidez, parto, puerpério ou em emergências obstétricas ou alterar seus processos reprodutivos sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher” e estabelece a sanção de dois a oito anos de prisão e multa de quinhentos dias de salário mínimo.

1.3.4 – Brasil

O Brasil está entre os países da América Latina que não possui uma legislação que trate especificamente sobre a violência obstétrica. Foi instalada na Câmara dos Deputados, no ano de 2023, a Comissão especial sobre violência obstétrica, que objetiva estudar e analisar as razões do aumento de denúncias sobre esse tipo de hostilidade no Brasil em 2019. O colegiado debate, ainda, as estatísticas nacionais sobre morte materna. A criação da comissão foi sugerida pela deputada Soraya Santos (PL-RJ) e outros parlamentares, que alertam que “a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Ligue 180) registrou 116 denúncias de violência obstétrica nos primeiros seis meses de 2019, ante 15 casos no mesmo período de 2018” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2023).

Atualmente, contamos com três projetos de lei que atualmente estão tramitando na Câmara dos Deputados, são eles: PL nº 7.633/2014, de autoria do Deputado Federal Jean Wyllys, PL nº 7.867/2017, de autoria da Deputada Federal Jô Moraes e PL nº 8.219/2017, do Deputado Federal Francisco Floriano.

O primeiro deles, PL nº 7.633, de 29 de maio de 2014, declara que toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, tanto na rede pública, quanto na rede privada.

Preceitua o projeto de lei que todos os profissionais da saúde devem guiar suas práticas de acordo com as recomendações traçadas pelo Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando:

- I - não comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto;
- II – adotar, exclusivamente, rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/90;
- III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;
- IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;
- V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2014).

Em suma, essa legislação enfatiza o dever de os profissionais de saúde tratarem a mulher como protagonista do seu próprio parto. Isso se traduz na garantia de sua autonomia, no direito de ser informada adequadamente sobre os métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento pré-parto, parto e puerpério e sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha.

Outro ponto de destaque no PL é o direito da mulher à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade. O artigo 8º anuncia que “as disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do concepto”. Em complemento, é estabelecido que toda e qualquer alteração de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for realizada durante o trabalho de parto deve ser registrada no prontuário médico da gestante, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.

O PL acrescenta:

- Art. 11 - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, **é vedado** aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde:
- I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;
 - II - constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu concepto;

III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira. [grifei] (BRASIL, 2014)

Outrossim, bem como as legislações venezuelana e argentina, o projeto de lei brasileiro traz uma definição para a violência obstétrica, que, inclusive, muito se assemelha ao disposto nas legislações internacionais supramencionadas. Nestes termos:

Art. 13 – int a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (BRASIL, 2014).

Além disso, de acordo com os dispositivos do projeto de lei, também se consideram violência obstétrica os atos praticados pelos profissionais da equipe de saúde que ofendam, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério. Em situação de abortamento e no parto de natimorto também se aplicam as disposições da Lei, sendo também considerada violência obstétrica a coação com a finalidade de confissão e denúncia à polícia.

O Título II, que trata da erradicação da violência obstétrica, traz a questão da responsabilização dos estabelecimentos de saúde e profissionais da saúde. Primeiramente, anuncia que todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO. Esse tipo de violação, segundo a Lei, constitui infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades ao estabelecimento de saúde.

Quanto aos profissionais que praticarem atos de violência obstétrica, além de ficarem sujeitos à responsabilização civil e criminal, também responderão administrativamente perante os Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem.

Assim, é notável a preocupação desta legislação em reforçar que o parto deve ser entendido como um evento fisiológico, não devendo ser praticadas intervenções desnecessárias. E para isso, o estabelecimento de um ambiente desmedicalizado e humanizado que respeite a integridade da mulher e do recém-nascido são de suma importância.

O Projeto de Lei n.º 7.867/2017, de autoria da Deputada Federal Jô Moraes tem como objetivo “a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.” (BRASIL, 2017). A legislação ressalta, sobretudo, que as práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério devem se pautar nos princípios da humanização e da medicina baseada em evidências.

Da mesma forma que o PL n.º 7.633/2014 citado acima, o presente projeto de lei também traz um conceito para a violência obstétrica em seu artigo 3º. Assim, segundo o PL, “considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.” (BRASIL, 2017). Por fim, aduz que o descumprimento da lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil.

O último Projeto de Lei a ser analisado neste ponto do estudo é o de n.º 8.219/2017, de autoria do Deputado Federal Francisco Floriano. A lei em questão trata sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Nesse viés, define que a v.o. “é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia” (BRASIL, 2017).

Diferentemente das legislações supramencionadas, o projeto de lei em questão traz a penalidade cabível para os médicos e/ou profissionais da saúde que praticarem as condutas descritas em seu artigo 2º como violência obstétrica, sendo essa penalidade a pena de detenção de seis meses a dois anos, e multa.

Outrossim, evidencia o procedimento da episiotomia da seguinte forma:

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Nessa perspectiva, a prática indiscriminada e imotivada deste procedimento é punida com pena de detenção de um ano a dois anos, e multa.

1.3.3.1. Resoluções que versam sobre a violência obstétrica

Embora o Brasil ainda careça de uma legislação que trate especificamente sobre o tema, algumas portarias foram emitidas pelo Ministério da Saúde a fim de discutir temas como o direito ao parto humanizado, o direito ao acesso e acolhimento nos serviços de saúde e o direito ao atendimento digno e de qualidade.

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e objetiva o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, fomentando “a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2000). Essa portaria estabelece, ainda, um rol de princípios e diretrizes que versam sobre atendimento digno e de qualidade, pré-natal adequado, vinculação à maternidade e assistência humanizada para a gestante e o recém-nascido. Por fim, institui que as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos princípios e diretrizes citados anteriormente.

A Portaria 1.067/2005 do Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS, e dita que

A Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e

profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005).

A Portaria elenca diversas ações e procedimentos que devem ser observados pelos profissionais da saúde e gestores das unidades de saúde na atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido, visando a humanização, acolhimento e atendimento de qualidade.

Outra Portaria que ganha destaque é a de nº 353/2017 do Ministério da Saúde, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Nessa oportunidade, foi lançada uma cartilha que contém diversas recomendações sobre: o local de assistência ao parto, os cuidados gerais durante o trabalho de parto, o alívio da dor no trabalho de parto, a assistência no primeiro, segundo e terceiro período do parto, os cuidados maternos imediatamente após o parto e a assistência ao recém-nascido.

Por último, a Portaria 1.459/2011 do Ministério da Saúde que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS e dispõe dos seguintes princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

O documento elenca em seu texto alguns objetivos como fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança; a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade na rede de atenção à saúde materna e infantil; e a redução dos casos de mortalidade materna e infantil.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA E RACISMO

2.1. Gênero e Interseccionalidades

“Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, p. 1).

Consoante ao que vem sendo debatido na presente pesquisa, a violência obstétrica é um problema de saúde pública no Brasil, ainda que existam políticas de humanização do parto e nascimento (OMS, 2014). Esse tipo de hostilidade consiste em abusos e maus tratos na gestação, no parto, no pós-parto e nas situações de abortamento. Para além do reconhecimento e discussão sobre esse tipo de violência, é de suma importância ter em conta que os eixos de opressão como raça, classe e gênero são determinantes nas intervenções e práticas que envolvem o período gravídico puerperal e as situações de abortamento.

Oliveira (2022) afirma que discutir gênero é

tratar das relações de subordinação que se estabelecem entre homens e mulheres e que vão além das diferenças de sexo feminino e sexo masculino e envolvem hierarquia e poder, caracterizando-se por serem intrinsecamente violentas em decorrência da condição de subalternidade imposta à mulher na sociedade brasileira e no mundo.

Além da questão do gênero, o viés racial produz “gêneros subalternizados criando tanto identidades femininas estigmatizadas quanto masculinidades subalternizadas, de modo que é possível afirmar que o racismo tem o poder de rebaixar o status dos gêneros (...)” (CARNEIRO, 2003 apud OLIVEIRA, 2022).

O movimento feminista negro identificou a insuficiência teórica na formulação feminista clássica, pois esta era voltada essencialmente para mulheres brancas e não abarcava o contexto multirracial e multicultural. Dessa forma, as mulheres negras enfatizavam que, embora a questão de gênero fosse um obstáculo no processo de igualdade e emancipação das mulheres, o racismo também seria um entrave na efetivação de direitos e igualdades.

Nesse sentido, Carneiro (2003) expõe que

A consciência de que a identidade de gênero não se desdobra naturalmente em solidariedade racial intragênero conduziu as mulheres negras a enfrentar, no interior do próprio movimento feminista, as contradições e as desigualdades que o racismo e a discriminação racial produzem entre as mulheres, particularmente entre negras e brancas no Brasil.

Nessa perspectiva, segundo Lima KD et al. (2021), as estruturas de gênero e raça não podem ser analisadas como variáveis independentes, tendo em vista que elas se sobrepõem e impactam diretamente no tipo de tratamento que será dispensado às mulheres não brancas. Assim, o racismo e o machismo criam um estado superior de vulnerabilidade social, tornando indispensável a análise interseccional do encruzamento de opressões e desigualdades.

Kimberlé Crenshaw, feminista afro-americana e estudiosa da teoria crítica ao racismo nos Estados Unidos, nomeou esse fenômeno como interseccionalidade e o definiu como

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177)

Assim, o conceito de interseccionalidade é importante por mostrar que os marcadores de raça e classe não podem ser pensados de modo apartado, “dado que a combinação de opressões pela qual as mulheres negras sofrem, as colocam numa posição onde somente a interseccionalidade permite que parte de sua identidade não seja negada” (OLIVEIRA, 2022).

Historicamente a mulher negra tem sido submetida a diversas formas opressões e violências que estão diretamente ligadas ao racismo e patriarcalismo. O legado da escravidão trouxe a essas mulheres, até os dias de hoje, a superexploração do trabalho, “fundamental para a reprodução e acumulação das famílias brancas da classe média e alta e que dão sustentação ao status quo da classe dominante” (OLIVEIRA, 2022).

No sistema escravista, além de serem vistas como unidade de trabalho lucrativas, também sofriam abusos sexuais e outros maus-tratos. A partir da dominação dos corpos das mulheres negras, essas passam a ser vistas como objeto de prazer.

Conforme aponta Oliveira (2022)

Esses comportamentos racistas e sexistas acabam por criar um estereótipo de objetos sexuais em torno dessas mulheres que perdura até hoje. Além de objetos sexuais, as mulheres negras herdaram o ideário de serem fortes, trabalhadoras e resistentes, que abdicam da criação de seus filhos para cuidar dos filhos dos patrões e incapazes de assumirem cargos hierarquicamente superiores.

Nesse sentido, as marcas da escravidão são sentidas de maneira duplamente cruel por essas mulheres, pois além de serem negras, também são mulheres. Segundo Sueli Carneiro (2015), o sexismo e o racismo produzem sobre as mulheres negras “uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida”.

Conforme aponta o Relatório da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, em 2018, as mulheres negras apresentam os maiores índices de mortalidade em decorrência do parto e são as que mais sofrem com a violência obstétrica (BRASIL, 2018). Desse modo, a interseccionalidade torna-se um importante referencial quando da análise dos casos de violência sofridas por mulheres no campo da saúde obstétrica.

2.2. Racismo Obstétrico

Quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento [médico] oferecido a ela (Diniz et al., 2015).

O processo de parturição tem uma estreita relação com a historicidade social da mulher em diversos períodos e sociedades. O parto, que tradicionalmente era realizado por mulheres

conhecidas como parteiras, passou a ser realizado por médicos, inaugurando a inserção do homem num espaço essencialmente feminino, e mais do que isto, produzindo tanto um discurso masculino sobre o corpo feminino como um discurso anatomopatológico sobre a prática obstétrica. Assim, os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto, transformando-o em um ato patológico e medicalizado. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de forma pública, em que o objetivo era o maior controle de um saber fisiológico do corpo feminino (SANTOS, 2002).

O modelo biomédico é baseado numa ciência influenciada pela tecnologia e por valores como o patriarcado, o tecnicismo e a supremacia da instituição sobre o indivíduo. As instituições médicas passam a possuir mecanismos eficazes quanto à perpetuação dos valores centrais da sociedade tecnocrata, estabelecendo princípios hierárquicos, diluindo responsabilidades e concentrando saberes nas mãos de poucos, o que reforça ainda mais o *status quo* (SANTOS, 2002).

Dessa forma, a produção de conhecimento foi realizada, de maneira hegemônica, por homens brancos, heterossexuais e de classe média que atendiam aos interesses da medicina ocidental e do Estado, gerando uma relação assimétrica entre médico e paciente (Lima KD et al, 2021).

O movimento feminista levantou críticas a hierarquização dos saberes sobre o corpo feminino e o poder sobre a imagem da mulher. Entretanto, ainda que tais críticas tenham sido de extrema importância para o enfrentamento da violência obstétrica, não se pode deixar de apontar a reprodução de hierarquias com relação a gênero, raça, etnia e classe social. Nessa perspectiva, Lima KD et al (2021) afirma que “quando analisamos os dados referentes à saúde reprodutiva e obstétrica, eles denunciam disparidades raciais no acesso e na qualidade da atenção”.

Emanuelle Goes (2018) afirma que

As mulheres são o alvo perfeito para o controle e a regulação dos corpos, tanto pelos aspectos biológicos da reprodução, quanto pelas questões pautadas nas relações desiguais de gênero e o patriarcalismo, e no caso das mulheres negras, isto se redobra visto que estas sofrem o impacto do racismo que é um determinante estruturante em suas vidas.

No século XX, o movimento eugenista tinha o objetivo de definir uma identidade racial e para isso se utilizam do recurso da esterilização involuntária para o controle e eliminação dos indesejados. Posteriormente, na década de 60, o aparecimento de novas tecnologias de controle de fecundidade surgiu, como o controle dos ciclos hormonais das mulheres. Assim, se utilizavam dessas vias para o controle da fecundidade das mulheres negras, indígenas e asiáticas (STEPAN, 2005; WERNECK, 2005).

Tendo em vista as iniciativas de controle populacional, na década de 70, o movimento de mulheres negras dá início ao combate ao genocídio da população negra e a usurpação da liberdade reprodutiva das mulheres. Goes (2018) relata que

Essa luta vai resultar na criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI), instaurada pelo Congresso Nacional Brasileiro, no ano de 1991. A comissão constatou que houve prestação inadequada dos serviços oferecidos pelas instituições privadas financiadoras de métodos contraceptivos, inclusive os irreversíveis, sendo expandida principalmente, nas regiões mais pobres do país. Em 1996, por meio da recomendação da CPI, foi aprovada a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que regulamenta o acesso à esterilização feminina.

A Lei nº 9.263/96, vigente até os dias de hoje, busca regular §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. A legislação dispõe, em seu art. 3º que

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis (BRASIL, 1996).

Assim, a referida legislação representa um marco na saúde reprodutiva, principalmente por dispor sobre a proibição da utilização de ações de regulamentação da fecundidade para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Ainda que mecanismos legais tenham sido promulgados, a população negra, sobretudo as mulheres negras, continua sendo alvo de discriminações. De acordo com Goes (2018), o racismo produz barreiras na vida de mulheres negras, negando-as condições dignas de vida. Sendo assim, segundo a autora

O racismo pode ser definido como um sistema estruturante gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas entre grupos da sociedade, baseadas na raça ou etnia. Quando institucionalizado, isto é, praticado em instituições do Estado, o racismo obstrui o acesso a bens, serviços e oportunidades, estando subjacente às normas que orientam as ações destas instituições, mesmo sem ser legalizado.

O racismo institucional é descrito como “qualquer sistema estrutural de desigualdade que se baseia em raça, que pode ocorrer em instituições tais como, órgãos públicos governamentais, corporações empresariais privadas e universidades (públicas e privadas)” (GOES, 2018).

No Brasil, em 2015, o conceito de racismo institucional foi debatido a fim de criar estratégias de enfrentamento nas áreas da saúde e educação. O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) o define como o

Fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no

cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (LÓPEZ, 2012, pag 128).

O acesso desigual pelo pertencimento racial se verifica, inclusive, nas instituições de saúde obstétrica. À vista disso, a antropóloga afro-americana Dána-Ain Davis (2018) cunhou o termo “racismo obstétrico” para analisar o papel do racismo nos desfechos de parto negativos entre mulheres negras.

Consoante a autora

O termo racismo obstétrico é uma extensão da estratificação racial e está inscrito tanto na estigmatização historicamente construída das mulheres negras como nas lembranças de suas interações com médicos, enfermeiras e outros profissionais médicos durante e após a gestação. O racismo obstétrico é uma ameaça para a vida das mães e para os desfechos neonatais. O termo inclui, mas não se limita a, lacunas críticas de diagnóstico; negligência, desdém e desrespeito; causar dor; e exercer abuso médico por meio de coerção à realização de procedimentos ou de realização de procedimentos sem consentimento. Um fluxo de racismo, segregação e policiamento historicamente constituído informa as interpretações das mulheres sobre esses encontros. O racismo obstétrico emerge especificamente no cuidado obstétrico e coloca as mulheres negras e seus filhos em risco.

Adicionalmente, Emanuelle Goes (2016) aponta que

São as mulheres negras que mais sofrem violência obstétrica, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, ficaram mais tempo em espera para serem atendidas, tem menos tempo de consulta, estão submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia, estão em maior risco de morte materna. Cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras. É importante ressaltar que a morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado.

A autora ressalta que um dos principais caminhos para a redução dos casos de mortes maternas que atingem mulheres negras é o enfrentamento do racismo institucional nos serviços de saúde. O estudo de Maria do Carmo Leal et al. (2017) intitulado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, que teve como base a pesquisa

Nascer no Brasil, aponta que dentre as mulheres de cor preta e parda e de cor branca, as primeiras tiveram os piores indicadores de atenção pré-natal e parto.

Os colaboradores da pesquisa destacam que:

Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, mantido o gradiente de cor. Embora o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela Lei nº 11.108 37, na pesquisa Nascer no Brasil se verificou que 25% das mulheres ainda ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto.

O estudo aponta uma menor exposição de pretas e pardas a certos tipos de intervenções como o uso de ocitocina, episiotomia e cesarianas. A princípio isso indicaria um cuidado respeitoso e baseado em evidências científicas, porém, por termos uma assistência obstétrica intervencionista, percebemos que, na verdade, isso demonstra um “menor cuidado” com mulheres pretas e pardas (LEAL et al., 2017, p. 10).

De acordo com o levantamento realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência obstétrica e dessas, 65,9% são negras (CASSIANO, 2021). Além disso, conforme aponta Juliana Oliveira (2022), os índices de qualidade da assistência pré-natal ao parto também apresentam disparidades, visto que a proporção de mulheres sem assistência pré-natal foi de 6,7% para as pretas, 4,7% para as pardas e 2,5% para as brancas. A autora afirma que as desigualdades no atendimento das mulheres negras manifestam-se através da “negligência no atendimento, insultos ou a resistência no fornecimento do serviço”.

À vista disso, torna-se necessário reconhecer a importância do recorte étnico racial para a análise dos serviços de saúde prestados nas maternidades brasileiras. Segundo o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM, 2014), as mulheres negras são o público-alvo da mortalidade materna no Brasil, e isso evidencia as falhas na atenção obstétrica ofertada desde o pré-natal até o parto. Goes (2018) aponta que a maior parte dos casos de mortes

maternas de mulheres negras são preveníveis e que 90% deles poderiam ser evitados se as mulheres tivessem atendimento adequado e se houvesse aplicação adequada de políticas públicas.

Tendo em vista que são as mulheres negras as que têm menor acesso à assistência pré-natal e negligência no atendimento e fornecimento do serviço, torna-se evidente que se essas mulheres tivessem acesso ao serviço de saúde de maneira integral e livre de discriminações, muitas das mortes maternas entre mulheres negras poderiam ser evitadas.

Outro fator que requer atenção é a aplicação de anestesia durante o parto. O estudo elaborado por Maria do Carmo Leal e colaboradores (2017) aponta que as mulheres pretas e pardas têm menos chance de serem submetidas à episiotomia. Entretanto, quando é realizado o corte vaginal, são essas mulheres que recebem menos anestesia local. Juliana Oliveira (2022) expõe que, quanto à probabilidade de receber anestesia durante o parto, “as gestantes brancas receberam em 86,5% dos casos, enquanto apenas 78,2% das gestantes negras apresentaram essa probabilidade”.

Na reportagem intitulada “O racismo obstétrico na prática” (2018) realizada por Alma Negra, Jornalismo Preto e Livre, foram entrevistadas mulheres negras que relataram os maus tratos e o racismo sofrido nas maternidades. Uma das mulheres entrevistadas, chamada Fernanda Gomes, de 29 anos, relata que

“Eu estava com muita dor por causa da dilatação. O médico injetou em mim um remédio que não me lembro o nome, mas era algo para induzir meu parto. Só que eu não queria que ele fizesse isso”, relembra. “Quando eu disse que não iria aguentar de dor pois estava muito forte, tive que ouvir que por ser gorda e negra eu deveria aguentar qualquer coisa. A gente é alvo dessa ideia de que somos infalíveis e fortes, mas não somos sempre, nós também sofremos e sentimos dor”, desabafa.

Esses tratamentos dispensados às mulheres pardas e pretas expressam o estigma herdado da escravidão de que essas mulheres são mais “fortes” e teriam maior tolerância à dor, dispensando anestesia.

Em relação à peregrinação, a autora supramencionada afirma que “uma menor proporção de mulheres brancas necessitou procurar mais de uma maternidade para ser atendida, representando 18,5% contra 28,8% das mulheres pardas e 31,8% para as mulheres pretas”. Dessa maneira, a não vinculação da gestante à maternidade ainda é um problema que existe na rede pública de saúde, causando angústia nas mulheres.

Embora o Programa Rede Cegonha tenha como um dos seus objetivos solucionar a não vinculação da gestante à unidade de saúde, a fim de combater a peregrinação para conseguir internação no momento do parto, a falta de leitos vagos e a precariedade dos hospitais acabam sendo barreiras para efetivação de tal política pública.

No Brasil, em 2007, foi promulgada a Lei nº 11.634/07, que “dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde”. O art. 1º da legislação estabelece que

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

I - Maternidade na qual será realizado seu parto;

II - Maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

Em complemento, Lima KD et. al (2021), baseada no estudo de Maria do Carmo Leal e colaboradores (2017), observa que

As incertezas sobre o local de parto e a peregrinação recaem de forma particular sobre as mulheres negras, gerando condições de vulnerabilidade. Estudos revelam que as negras, quando comparadas às brancas, recebem menos orientações e são menos vinculadas à maternidade de referência, gerando um maior risco de peregrinação na hora do parto. Por estarem menos vinculadas à maternidade e por receberem menos informações no pré-natal, os riscos obstétricos são maiores para as mulheres negras. Os mecanismos institucionais de violações de direitos contribuem para a perpetuação de abusos e violações dos direitos das mulheres

Em concordância com o que conclui o documento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma política do SUS, “podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde”.

Isto posto, Juliana Oliveira (2022) pontua que enfrentar a situação da mulher negra no nosso país

(...) não é uma ação que necessite meramente de uma intervenção de curto ou de médio prazo, e sim ações que enfrentem a situação das desigualdades de gênero, da questão do racismo e como esses fatores influenciam na saúde dessas mulheres em um contexto em que essas questões se encontram enraizadas na sociedade, estabelecendo as relações sociais e influenciando na forma que vivem e sobrevivem.

Embora a maioria das mulheres que engravidam estejam sujeitas a sofrer violência obstétrica, as experiências vivenciadas por mulheres negras evidenciam que as violências sofridas no parto, no pós-parto e nas situações de abortamento não são sentidas de maneira homogênea (LIMA et al, 2021). A reprodução do racismo obstétrico é um reflexo da formação dos profissionais da saúde instruídos em uma assistência intervencionista e medicalizada que perpetua hierarquias e opressões. Nessa perspectiva, uma mudança de paradigma e investimento em educação, tanto para os profissionais quanto para as usuárias, se faz necessário para que haja a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, sobretudo daquelas que mais são atingidas pelas opressões dentro do sistema de saúde.

2.3 O movimento por Justiça Reprodutiva

Tendo em vista as iniquidades sociais vivenciadas por mulheres negras e outros grupos vulnerabilizados de mulheres, o presente ponto busca analisar a justiça reprodutiva, um movimento que visa considerar as intersecções econômicas, sociais e políticas como fatores determinantes para a tomada de decisões sobre o corpo, sexualidade e reprodução. No entanto, antes de adentrar as discussões que envolvem a justiça reprodutiva, é relevante o entendimento sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

O termo “direitos reprodutivos” teve a sua origem em 1984, no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdã, após o entendimento de que a denominação seria mais adequada e completa que “saúde da mulher” e seria mais compatível com a autodeterminação reprodutiva das mulheres. A formulação do conteúdo dos direitos reprodutivos “teve início, pois, em um marco não-institucional, de desconstrução da maternidade como um dever, por meio da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção em países desenvolvidos” (MATTAR, 2008).

Segundo Rebecca Cook, as legislações que negam, obstruem e/ou o limitam o acesso aos direitos reprodutivos em sua plenitude, violam direitos humanos básicos previstos em convenções internacionais (MATTAR, 2008). De acordo com a autora, para se alcançar a universalidade dos direitos reprodutivos, deve se exigir que os Estados adotem medidas preventivas e paliativas a fim de salvaguardar a saúde reprodutiva, dando a quem faz direito a possibilidade de exercer a sua autodeterminação reprodutiva.

O termo “direitos reprodutivos” foi reafirmado na em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que aconteceu no Cairo, Egito. Posteriormente, o termo reaparece e consolida-se na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, China, no ano de 1995.

O Programa de Ação do Cairo dispõe que

[O]s direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos.

Na busca dos direitos reprodutivos, é importante ter em mente o conceito de saúde reprodutiva, que também foi pauta de discussão nas Conferências acima citadas, pois foi visto como um meio de ampliar as visões sobre os programas de planejamento familiar. As Conferências do Cairo (1994) e de Pequim (1995) firmaram o seguinte entendimento sobre o tema:

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos de planejamento familiar que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se também que eles tenham acesso a outros métodos de regulação de fecundidade que sejam de suas escolhas e que não sejam corara a lei, assim como o direito ao acesso a serviços (BRASIL, 2013).

Assim, os direitos reprodutivos estão associados à liberdade e à autodeterminação reprodutiva das mulheres, a fim de que sejam livres de qualquer forma de violência e discriminação. Desse modo, tal direito “compreende o acesso a um serviço de saúde adequado que garanta informação, educação e meios de controle de natalidade e de reprodução sem riscos para a saúde” (OLIVEIRA, 2022).

Em relação aos direitos sexuais, desde o ano 2000 documentos internacionais como os Princípios de Yogyakarta sobre orientação sexual e identidade de gênero (THE YOGYAKARTA PRINCIPLES, 2006), a declaração da organização não governamental International Planned Parenthood Federation (IPPF, 2008) e a Declaração sobre Direitos Sexuais da World Association for Sexual Health (WAS, 2014) buscam definir tais direito. Em suma, os direitos sexuais têm como objeto a sexualidade e a identidade de gênero (GOMES, 2021).

Nesse sentido, “os direitos sexuais são compreendidos por um conjunto de direitos relacionados à sexualidade que emanam dos direitos à liberdade, igualdade, privacidade, autonomia, integridade e dignidade de todas as pessoas” (IPPF, 2008). Assim, esses direitos estão relacionados ao livre exercício da sexualidade.

Comumente os direitos sexuais aparecem junto aos direitos reprodutivos na expressão “direitos sexuais e reprodutivos”. Entretanto, diversos autores tecem críticas a essa abordagem e defendem a autonomia dessas categorias de direitos. Nessa perspectiva, Biroli (2014, p. 124) afirma que

As conexões entre maternidade e sexualidade têm sido mobilizadas para restringir a autonomia das mulheres. A relevância social e/ou moral da primeira, em geral associada a concepções convencionais de família, justificaria o controle da sexualidade das mulheres. O acesso a anticoncepcionais e ao aborto permite desvincular uma e outra. O controle sobre as consequências do sexo poderia ser, assim, parte da construção de uma vida sexual mais prazerosa e menos atada a convenções definidas pelas posições de poder e pelos interesses masculinos.

Logo, tratar os direitos sexuais de maneira autônoma aos direitos reprodutivos

[...] é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva (ÁVILA, 2003, p. 466).

Gomes (2021) ressalta que, por mais que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos se comuniquem, eles não se confundem. Desse modo, a autora completa afirma que

Por um lado, pode haver sexualidade sem reprodução (por exemplo, com uso de métodos anticoncepcionais, no caso de relações entre pessoas do mesmo sexo ou, ainda, de pessoas que, por alguma razão, não possam individual ou conjuntamente conceber). E, por outro, reprodução sem sexualidade (por exemplo, por meio de técnicas de reprodução assistida). É verdade, contudo, que alguns direitos estão localizados na interseção entre os dois conjuntos. É o caso, por exemplo, do direito ao acesso à contracepção e ao aborto.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos não podem ser dissociados do contexto histórico e social que se inserem. Nessa perspectiva, o movimento de mulheres negras passa a questionar o caráter individualista e abstrato desses direitos, pontuando que “as desigualdades e opressões vivenciadas por diferentes grupos impactam no processo decisivo sobre maternidade e reprodução” (ZANGHELINI, 2020).

A partir dessas discussões, surge o conceito de Justiça Reprodutiva, um movimento que, segundo Loretta Ross (2017), se baseia em três grupos de direitos humanos: o direito de ter filhos sob as condições que escolher, o direito de não ter filhos e o direito de criar filhos sob condições dignas e livre de violências (ROSS, 2017).

O conceito de Justiça Reprodutiva foi criado por mulheres negras estadunidenses após a Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo. Posteriormente, em 2003, o termo foi popularizado após a Conferência Sister Song Women of Color Reproductive Justice Collective, trazendo uma correlação entre as proposições do feminismo negro e interseccional, pretendendo a integração dos conceitos de direitos reprodutivos, justiça social e direitos humanos. (ZANGHELINI, 2020).

Tendo em vista as iniquidades sociais vivenciadas por mulheres negras e outros grupos vulnerabilizados de mulheres, a ideia de justiça reprodutiva busca considerar as intersecções econômicas, sociais e políticas como fatores determinantes para a tomada de decisões sobre os seus corpos, sua sexualidade e sua reprodução. Logo,

[a] abordagem da Justiça Reprodutiva analisa como a capacidade de qualquer mulher para determinar seu próprio destino reprodutivo está diretamente ligada às condições de sua comunidade - e essas condições não são apenas uma questão de escolha individual e acesso. A Justiça Reprodutiva aborda a realidade social da desigualdade, especificamente, a desigualdade de oportunidades que nós temos para controlar o nosso destino reprodutivo. Para além da demanda da privacidade e do respeito pelas tomadas de decisões individuais, essa abordagem inclui os apoios sociais necessários para que as decisões individuais sejam perfeitamente realizadas e também inclui obrigações de nosso governo para proteger os direitos humanos das mulheres. Nossas opções para fazer escolhas devem ser seguras, baratas e acessíveis. Três pilares mínimos de suporte do governo para todas as decisões individuais de vida (ROSS, 2017).

A ideia de interseccionalidade proposta por Kimberlé Crenshaw nos auxilia na compreensão de que são as mulheres negras e pobres as que mais sofrem violações aos seus direitos reprodutivos. A autora Brah (2006) discorre que “a perspectiva interseccional ajuda a apreender os padrões de articulação das múltiplas opressões em torno dos quais se organizam processos locais de subordinação e dominação, que por sua vez estão conectados a relações internacionais de poder” (apud TEMPESTA, 2021).

À vista disso, torna-se evidente que o campo da reprodução não pode ser pensado de maneira apartada do contexto social em que se insere, demonstrando que a perspectiva integrada dos marcadores de gênero, raça e classe importa. O reconhecimento e a visão ampliada sobre esses marcadores sociais que criam barreiras e entraves ao gozo de direitos básicos e fundamentais são os primeiros passos para o enfrentamento de opressões institucionais, tendo como destaque no presente trabalho a violência obstétrica.

CAPÍTULO 3

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS TRIBUNAIS

Historicamente, no âmbito público e privado, as mulheres são colocadas em uma posição de subordinação, a qual possibilita a ocorrência de diversos tipos de violência, destacando-se, nesse trabalho, a violência de gênero sofrida durante a atenção ao parto nos serviços de saúde reprodutiva.

Segundo Bowser e Hill (2010), a violência obstétrica (VO) pode ser identificada a partir das seguintes categorias: abuso físico, cuidado não consentido, cuidado não confidencial, cuidado não digno, discriminação baseada em atributos específicos do paciente, abandono do cuidado e detenção em instalações. Destacam, ainda, que essas violações podem se sobrepor, não ocorrendo necessariamente, em cada caso, uma categoria isolada da violência no parto.

Ao longo dos anos, as abordagens sobre o tema cresceram significativamente no meio acadêmico e midiático. Para mais, destaca-se a crescente judicialização dos casos de violência obstétrica no Brasil na busca da reparação dos danos sofridos pela parturiente e/ou o nascituro.

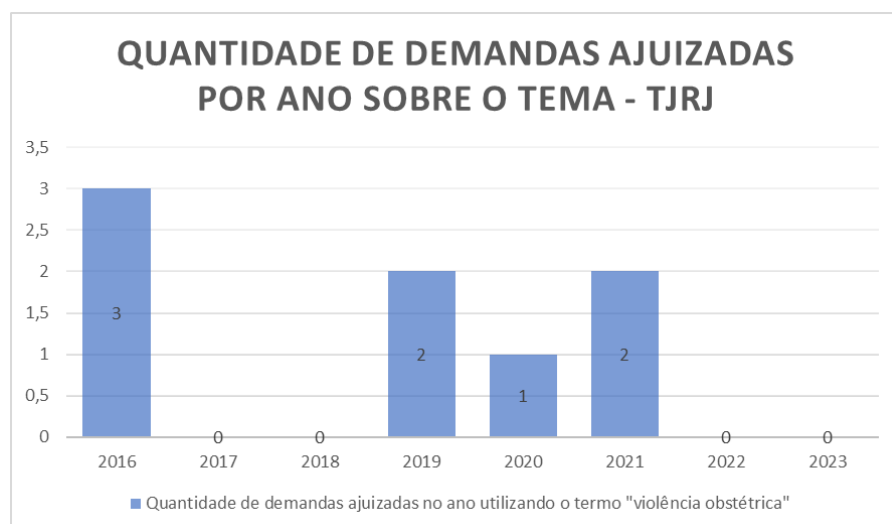
No presente capítulo iremos analisar alguns processos do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ). Em relação ao marco

temporal, a pesquisa foi pautada em processos dos anos de 2016 a 2023 que utilizam o termo “violência obstétrica”. Ao realizar a análise processual, restou evidente que a discussão sobre o tema já se expande para o âmbito do judiciário e não se prende apenas aos meios não jurisdicionais, como o acadêmico e o midiático. Interessante perceber que cada vez mais as definições e discussões que são desenvolvidas fora do meio jurídico vem sendo incorporadas nas peças processuais e nas decisões dos tribunais supramencionados.

3.1 Processos que tramitam perante o Tribunal de Justiça do Rio De Janeiro (TJRJ)

Na busca pelos processos que tramitam perante o TJRJ entre os anos de 2016 e 2023, foram localizados oito processos com o termo “violência obstétrica” na ementa, dos quais foram selecionados quatro processos para análise mais aprofundada.

À vista disso, podemos traçar um panorama sobre a quantidade de demandas ajuizadas por ano sobre o tema a partir do gráfico a seguir:



Conclui-se que o ano que houve maior propositura de ações foi o ano de 2016, seguido pelos anos de 2019 e 2021 que tiveram duas demandas, enquanto o ano de 2020 teve apenas uma ação utilizando a expressão “violência obstétrica”.

Com o intuito de aprofundar a análise processual dos casos de violência obstétrica no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, foram selecionadas quatro ações. Na primeira demanda, de número 0389035-31.2016.8.19.0001, a autora propõe ação de responsabilidade civil por danos morais contra o Município do Rio de Janeiro, objetivando a condenação do réu pelos maus tratos sofridos no momento do parto. A autora alega que a médica realizou “toque vaginal” e, em seguida, realizou uma Episiotomia. Além disso, expõe que durante a realização do procedimento foi solicitado que a sua acompanhante se retirasse da sala de parto. Na inicial, relata que sofreu maus tratos por parte da equipe médica que dava tapas em suas pernas e falava com brutalidade: “Seu filho vai morrer e a culpa vai ser sua!”, “seu filho não vai sair do hospital por culpa sua, que não ajudou no parto”. Completa declarando que fizeram força com os braços sobre o seu abdômen para que a criança nascesse, procedimento conhecido como Manobra de Kristeller. A parturiente relata que ficou em estado de choque e que, após a sua recuperação, foi encaminhada para a psiquiatria médica. Em seus pedidos, a autora requer a condenação do réu (Hospital municipal do Rio de Janeiro) ao pagamento de indenização como compensação pelos danos morais sofridos.

Sentença julgou parcialmente procedente o pedido, reconhecendo os danos morais sofridos e condenando o réu ao pagamento de indenização, porém em valor inferior ao pleiteado pela parte autora.

Em suas razões de apelação o Município do Rio de Janeiro reitera a sua tese defensiva e afirma que o Juízo fez uma leitura equivocada do caso, tendo em vista que as médicas atuaram com o rigor necessário para que a paciente cooperasse. Afiança que não houve prática de ato ilícito, tampouco dano moral passível de compensação, pois se as médicas não atuassem com firmeza necessária, o debate seria sobre a responsabilidade do Município pelo óbito da criança.

Sobreveio o acórdão, no qual foi desprovido o recurso da Municipalidade, que trouxe em sua fundamentação a Lei nº 6.898/2021 do Município do Rio de Janeiro que dispõe sobre a implementação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, com vistas a protegê-las contra violência obstétrica.

A decisão de segunda instância citou o artigo 3º da lei que apresenta um rol exemplificativo de condutas caracterizadas como violência obstétrica, destacando-se os seguintes incisos:

I - tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça sentir-se constrangida pelo tratamento recebido;

II - recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas, bem como, por característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

III - não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

VI - realização de procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram ou causem dor ou dano físico com o intuito de acelerar o parto por conveniência médica; XI - submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

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

XV - fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XIX - retirar da mulher, depois do parto, direito de ter o recém-nascido ao seu lado no alojamento conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles ou ambos necessitarem de cuidados especiais;"

No mais, o referido acórdão conclui:

“Restou incontestado que a autora foi vítima de violência obstétrica, pois sofreu agressões verbais. Também recebeu um tratamento inadequado por parte da médica responsável pelo parto, não estava devidamente acomodada, pois sua cama estava quebrada e não tinha apoio para as mãos e os pés.

Ainda foi submetida a procedimentos médicos sem o seu prévio conhecimento e anuência (procedimento de episiotomia), a proporção e a dimensão de suas dores foram completamente ignoradas e, por fim, não pôde ter contato com seu filho, injustificadamente, já que o bebê não foi encaminhado à UTI após o nascimento.

Indubitável, houve violência obstétrica e, portanto, ofensa à integridade física e psicológica da paciente. Resta, assim, caracterizado o dano moral, devendo ser analisado o *quantum* indenizatório fixado pela sentença.”

À vista disso, é interessante se observar que a utilização do termo “violência obstétrica” já é uma realidade nos processos que tramitam perante o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, demonstrando que a discussão sobre o tema também avança na busca da tutela dos direitos reprodutivos violados das mulheres.

O segundo processo do TJRJ a ser analisado é o de número 0190229-11.2020.8.19.00 e é movido contra o Estado do Rio de Janeiro. A autora alega em sua petição inicial que havia necessidade de uma cesariana, tendo em vista a falta de passagem para o parto normal. Entretanto, afirma que a equipe médica insistiu na realização do parto natural. Relata que foi realizada a episiotomia sem nenhuma anestesia, o que lhe causou muito sofrimento, e que o seu parto não foi acompanhado por nenhum familiar. A requerente também expõe que no momento do parto, os profissionais que atuavam na sala de parto utilizaram várias manobras em sua barriga para forçar a passagem do bebê.

Após a realização do parto, a autora afirma que permaneceu com muitas dores na região do abdômen, e que por esse motivo foi submetida a uma cirurgia de laparotomia exploradora e, no, mesmo dia, uma segunda cirurgia para retirada do apêndice. Ressalta que não foi solicitado nenhuma autorização ou ofertado o Termo de Consentimento Informado para a realização da cirurgia. Ao final requer a indenização por danos morais e estéticos e a condenação do réu para pagar valor mensal até a sua recuperação.

A sentença, se apoiando no laudo pericial, julgou improcedentes os pedidos por entender que o tratamento médico dispensado à autora se deu dentro das normas de boa prática médica, não sendo identificado desvio de conduta. Assim, foi entendido que a equipe médica envolvida no presente caso fez o que estava ao seu alcance e seguiu todo o protocolo recomendado para esse tipo de situação.

Irresignada, a autora apresenta recurso de Apelação renovando os argumentos de sua peça inaugural, ressaltando a falha informacional (não teve franqueado acesso ao termo de

consentimento livre e esclarecido), ausência do acompanhante e a utilização de manobra violenta sem justificativa.

Em seguida, o acórdão reformou a sentença no sentido de reconhecer que houve violência obstétrica e que a decisão *a quo* não enfrentou diretamente os pontos trazidos pela parturiente, quais sejam: a falta de informação, a negativa do acompanhante e a utilização da Manobra de Kristeller.

Destaca-se o seguinte trecho do acórdão:

“Logo, uma vez demonstrado o fato violador da cláusula geral de tutela da pessoa humana, também estará demonstrado o dano moral. Não há qualquer justificativa nos autos para a realização da manobra de Kristeller, tampouco para o desrespeito ao consentimento livre esclarecido e ao direito ao acompanhamento durante o nascimento do bebê.”

Assim, foi dado parcial provimento ao recurso, concedendo à Apelante a compensação por danos morais, mas negando-lhe os pedidos de danos materiais e pensionamento.

Um ponto que chama a atenção nessa ação é a utilização do termo “boa prática médica” no laudo pericial e depois reproduzido na sentença. O laudo pericial não define o que seria boa prática médica, o que dificulta a problematização das conclusões apresentadas na prova pericial e utilizadas pelo juiz. Ao pesquisar documentos que explicassem melhor quais práticas seriam recomendadas na atenção ao parto e ao nascimento, foram encontrados o “Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, de 1996, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, que visa orientar o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto, e o documento de Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal organizado pelo Ministério da Saúde (2017), que traz uma série de recomendações para o pré-parto, parto e pós-parto.

A ação de responsabilidade civil de número 0053069-77.2016.8.19.0002 foi proposta pelo menor e sua representante legal em face do Município de Niterói e a maternidade

municipal. A parturiente alega que, ao entrar em trabalho de parto e se dirigir a maternidade, não recebeu o devido atendimento da unidade de saúde. Relata que após um desconfortável exame de escuta dos batimentos cardíacos do feto, foi orientada a aguardar no pátio da maternidade sob a alegação de que não estava na hora do nascimento.

A autora menciona que ficou horas sentindo fortes dores e não recebeu qualquer amparo da equipe de saúde, mesmo após diversos pedidos. Após muita insistência de sua acompanhante, a gestante foi encaminhada a uma sala de pré-parto, onde lhe foi aplicada injeção para acelerar o parto sem qualquer tipo de informação.

Acrescenta que, ao permanecer na sala abandonada e com fortes contrações, se viu em uma situação humilhante já que a força feita parar parir fez com que evacuasse, urinasse e vomitasse. Diz que permaneceu nessas condições por muito tempo e que só foi auxiliada por um funcionário da limpeza após muita insistência de sua acompanhante.

Depois de horas esperando, a criança nasceu de forma natural, mas por não ter nenhum profissional de saúde por perto acompanhando, o bebê acabou caindo na mesa de exames. Alega que sofreu uma grande laceração do seu períneo, o que prejudicou os esfíncteres anais. Na sequência, após minutos de espera por atendimento, relata que seu filho foi retirado de seu colo e encaminhado à UTI com diagnóstico de asfixia, dificuldade respiratória e quadro convulsivo.

Na petição inicial, é afirmado que a mulher sofreu violência obstétrica e que houve descaso, tratamento degradante e negligência que causou o sofrimento fetal. Requerem, ao final: (1) Indenização; (2) O pagamento pelas Rés de todo o tratamento do segundo autor, o menor; (3) O pagamento pelas Rés de todo o tratamento psicológico da primeira autora, a parturiente.

A sentença julgou improcedentes os pedidos autorais por entender que o ônus da prova acerca do fato constitutivo do direito alegado recai sobre a parte Autora, nos termos do art.

373, I, do CPC, o que não restou demonstrado por ela. Entendeu que a parte ré cumpre com o que lhe é determinado por lei, impugnando especificamente os argumentos trazidos pela parte autora em sua exordial e trazendo aos autos documentos hábeis a demonstrar que houve o atendimento médico quando fora requisitado. Por fim, condenou a parte autora ao pagamento de honorários advocatícios.

Por último, a ação de responsabilidade civil de número 018309-73.2019.8.19.0204 que tramita perante o TJRJ foi movida em face de Hospital da rede privada e da médica que realizou o parto. Alega a parte autora em sua petição inicial que durante o seu pré-natal foi acordado com a obstetra que realizaria o parto cesáreo. Com o início das fortes contrações, a autora se dirigiu ao Hospital, sendo informada pela obstetra que, por estar com 7 cm de dilatação, seria realizado o parto natural, embora a gestante já tivesse manifestado o seu desejo pelo parto cesáreo ao longo da gestação.

A parturiente relata que durante o procedimento a equipe médica mandava fazer força, mas encontrou muito dificuldade em manter-se sobre a mesa e a médica, aparentando irritação, “jogava” a perna da autora no suporte da mesa e a empurrava para cima diversas vezes. Expõe, ainda, que foi realizada episiotomia e que a médica e outros integrantes da equipe revezavam entre si para realizar a Manobra de Kristeller. Ambos os procedimentos não foram consentidos pela gestante.

A requerente afirma ter sofrido violência obstétrica e requer o pagamento de indenização a título de danos morais e estéticos, o custeio de tratamento psicológico, o pagamento de pensão vitalícia e mensal em favor do nascituro que ficou com sequelas, o custeio de um imóvel adaptado às necessidades de seu filho e, por fim, o custeio de educação especial para a criança.

O Juízo decidiu que os elementos de culpa, nexo de causalidade e dano foram comprovados a partir da narrativa dos fatos e laudo pericial, sendo evidente a obrigação solidária dos réus em indenizar. Assim, julgou procedente a pretensão para que os réus respondam, solidariamente, pela totalidade de terapias/consultas/exames por equipes

multidisciplinares; procedente o pedido de indenização de danos morais; procedente o pedido de reparação de danos estéticos em favor do menor; procedente a pretensão de tratamento psicológico dos pais e do menor; procedente em parte o pedido de pensão vitalícia e mensal para a criança; e improcedente os pedidos de custeio de moradia e educação.

Embora tenham sido interpostas apelações pelas partes, a 20ª Câmara Cível manteve os termos da sentença e enfatizou o seguinte:

“O laudo informa, de forma científica, em que consiste a Manobra de Kristeller a qua foi submetida a gestante no momento do parto: “A Manobra de Kristeller consiste na expressão do fundo do útero para apressar o nascimento. Não é um procedimento inofensivo, pois pode desregular a contratilidade uterina e produzir hipertonia, repercutindo de maneira prejudicial na vitabilidade fetal. Seus riscos incluem ruptura uterina, lesões perineais graves, toco-traumatismos e maior hemorragia materno-fetal. A execução da manobra com o antebraço ou cotovelo é absolutamente condenável.”

É possível constatar que, embora a Manobra de Kristeller seja veementemente repudiada pelos principais órgãos de saúde como Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, ainda é uma prática recorrente nos hospitais e maternidades brasileiras. Isso se confirma a partir dos casos narrados na presente pesquisa, dado que entre os quatro processos trazidos, três denunciaram essa hostilidade. Com isso, é de suma importância o reconhecimento desta prática como um tipo de violência obstétrica não só na literatura e nos veículos de comunicação, como também no âmbito do Poder Judiciário brasileiro.

Outro procedimento que apareceu na maioria dos processos foi a episiotomia sem o consentimento da gestante, o que confirma a grande ocorrência nos hospitais e maternidades brasileiras. Na classificação de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, a Organização Mundial da Saúde (1996) enquadrou o uso rotineiro de episiotomia como uma prática frequentemente usada de modo inadequado. Além disso, outras práticas que foram tratadas na pesquisa foram denunciadas como: negligência no atendimento, aplicação de ocitocina, negativa do direito ao acompanhante, maus tratos (psicológicos, físicos e verbais) e toques vaginais dolorosos.

Em relação às partes, observa-se serem compostas, predominantemente, por mulheres que alegam terem sido vítimas de violência obstétrica. Embora a literatura aponte a ocorrência da violência obstétrica no pré-parto, parto, pós-parto e situações de abortamento, nos processos analisados foram relatadas situações de violência no momento do parto e pós-parto. Além das mulheres, também aparecem como partes dos processos as crianças que sofreram danos e sequelas em função do tratamento obstétrico dispensado quando do nascimento, como é o caso da terceira e quarta demanda. Relativamente aos réus, figuram como parte requerida os hospitais, os médicos responsáveis pelo tratamento e o Poder Público, nos casos das maternidades públicas.

Sobre os pedidos, em todos os processos foi requerida indenização como compensação dos danos morais e/ou estéticos sofridos. Ademais, também foi pedido o pensionamento e o pagamento de tratamento, seja para a mãe ou para a criança. A maioria das demandas foram julgadas procedentes ou procedente em partes, evidenciando que o reconhecimento desse tipo de hostilidade tem sido crescente.

3.2 Processos que tramitam perante o Superior Tribunal De Justiça (STJ)

Iniciando a pesquisa dos processos que tramitam no Superior Tribunal de Justiça (STJ), foram selecionados dois para análise.

O primeiro deles é o Agravo em Recurso Especial de número 2276571/RJ (2023/0007108-2) que é movido em face do Município de São Gonçalo (RJ). A autora propôs ação de reparação de danos alegando que recebeu um atendimento de péssima qualidade do Hospital Municipal. Relata que, ao entrar em trabalho de parto, se dirigiu ao nosocômio e teve que esperar por cerca de uma hora na recepção do hospital, pois não havia leito vago. Em seguida, recebeu a notícia de que não havia anestesista, tendo que se submeter ao parto normal. Expõe, ainda, que a médica do plantão informou que o bebê estava “encaixado” e assim iniciaram os procedimentos do parto. Ocorre que, por mais que a parturiente fizesse força, não conseguia parir o bebê. A partir disso, os médicos presentes fizeram força sobre a sua barriga (Manobra de Kristeller) na tentativa de fazer o seu filho nascer. Sem êxito, um dos

médicos introduziu as mãos no canal vaginal da autora para puxar o bebê, o que a requerente alega ter ocasionado uma fratura no braço do menor. Requer, ao final, a condenação do réu ao pagamento de danos morais, o pensionamento vitalício e a reparação de dano estético.

A sentença julgou improcedentes os pedidos, entendo que não houve erro médico ou falha no atendimento prestado à autora, se apoiando no seguinte trecho do laudo pericial:

"De acordo com a literatura médica está é uma emergência obstétrica impossível de ser prevista e de ser prevenida e que requer atuação rápida no sentido de minimizar os danos possíveis", ... "Mesmo quando os fatores de risco para este evento estão presentes, não está indicada a realização de cesariana como prevenção."

Inconformada, a requerente interpôs Apelação, que teve parcial provimento no sentido de condenar o Município réu a reparar danos morais e estéticos ao menor, a efetuar o pensionamento e a reparar danos morais da autora.

Destaca-se o seguinte trecho do acórdão:

“Trata-se, consoante o conjunto fático-probatório contido nos autos, da ocorrência de violência obstétrica sofrida pelos autores por ocasião do parto realizado junto ao hospital administrado pelo Município réu, sendo possível concluir pela existência de nexos causal entre a conduta médica e o dano causado.

Necessário observar que a violência obstétrica está relacionada não apenas ao trabalho de profissionais de saúde, mas também a falhas estruturais de clínicas, hospitais e do sistema de saúde como um todo, conforme se constata no presente caso.”

Assim, entendeu que o Município não demonstrou o atuar diligente na prestação do serviço de saúde e atendimento hospitalar e que, conseqüentemente, surge o dever de indenizar.

Em seguida, o Município de São Gonçalo interpôs Recurso Especial, que não foi admitido. Após, interpôs Agravo em Recurso Especial, mas decisão entendeu que a decisão agravada deveria ser mantida e o processo aguarda julgamento pelo Superior Tribunal de Justiça.

O segundo processo a ser examinado é o Agravo em Recurso Especial de número 1965844 - SP (2021/0222657-6). Trata-se de agravo interposto contra decisão que não admitiu recurso especial, por sua vez manejado em face de acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP).

Da leitura da decisão monocrática, entende-se que a ação foi ajuizada pelos pais e pelo menor em face da médica, do hospital e da operadora de plano de saúde. Alegam os autos que a ausência de controle dos batimentos cardíacos fetais e que a parturiente foi colocada em posição de litotomia, depois da realização da raquianestesia, o que não é recomendado.

Acrescenta-se que a equipe médica utilizou o fórceps no parto, o que não era recomendado, tendo em vista o quadro clínico da parturiente.

Assim, acórdão entendeu que o conjunto de condutas levou à realização de parto fora do protocolo clínico, o que ocasionou o sofrimento fetal, anoxia, bem como à paralisia cerebral. A decisão afirma que os elementos dos autos comprovam ter a coautora sido vítima de violência obstétrica, assim como provas documental e pericial permitem concluir ter havido falha grave na prestação dos serviços médicos e hospitalares.

O acórdão do TJ-SP confirmou parcialmente a decisão de primeiro grau, que entendeu que a responsabilidade civil estava configurada e condenou os réus solidariamente ao custeio do tratamento médico do menor, ao pagamento de danos morais e estéticos, além do pagamento de pensão mensal vitalícia ao menor. O acórdão em questão apenas diminuiu o *quantum* indenizatório a título de danos morais e estéticos, tendo em vista os princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Da análise dos últimos processos, observamos a denúncia das seguintes violações: falta de leito vago, falta de anestesia, Manobra de Kristeller, danos ao menor e a falha na prestação de serviço. Em relação às partes, temos a mulher que aponta ter sofrido violência obstétrica, o

pai do menor (parte legítima para atuar no polo ativo) e a criança. Por fim, nota-se que as duas demandas tiveram parcial procedência aos pedidos.

Interessante perceber que o termo “violência obstétrica” está sendo usado para fundamentar as decisões, demonstrando que esse tipo de violação aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres também está sendo pautado e responsabilizado no judiciário.

3.3 Resolução nº 343 do CREMERJ

Em 23 de maio de 2023 houve a publicação no Diário Oficial da União da Resolução nº 343 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. A resolução dispõe sobre “a não obrigação de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal.”

Os seus artigos dispõem o seguinte:

Art. 1º É facultado ao médico não aderir e/ou não subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal, não podendo em hipótese alguma ser pressionado para assinar algo que não coadune com seus preceitos éticos e conhecimento científico.

Art. 2º Resolução Revoga a Resolução CREMERJ nº 293, de 23 de janeiro de 2019, publicada no DOERJ em 06, de fevereiro de 2019, Seção V, p. 05.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação

O texto da Resolução supramencionada assemelha-se ao conteúdo da Resolução nº 293/2019 do CREMERJ, que foi revogada por decisão judicial da Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ por entender estar sendo violada a autonomia das mulheres gestantes ao vedar, na prática, a subscrição pelo médico do plano de parto. Sendo assim,

torna-se claro que o documento de 2023 nada mais é do que uma repetição do documento de 2019 camuflado em uma nova roupagem.

A Resolução nº 343 deixa claro o incômodo dos médicos com a crescente legislação e combate da violência obstétrica, o que pode ser confirmado pelo seguinte trecho da resolução: “**CONSIDERANDO** o Parecer CFM nº 32, de 23 de outubro de 2018, elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM acerca da proliferação de leis sobre “violência obstétrica (...)”. O Parecer nº 32, que é citado no trecho anterior, dispõe em sua ementa que “a expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética”.

E as declarações não terminam por aí, pois em 2019, em uma nota divulgada, o Conselho Federal de Medicina reiterou que o termo “violência obstétrica” “é inapropriado, devendo ser abolido, pois estigmatiza a prática médica, interferindo de forma deletéria na relação entre médicos e pacientes”.

Este parecer surge após uma após o Ministério da Saúde veicular nota afirmando “ser contrário ao uso do termo “violência obstétrica”, sugerindo o não uso do mesmo por considerar que a falta de consenso pode gerar prejuízos para o desenrolar da assistência”.

Tais declarações ocasionaram a reação de movimentos sociais que lutam pela humanização do parto e nascimento, bem como do Ministério Público Federal (MPF), que emitiu a recomendação nº 29/2019 em que reforça o repúdio à essas falas e reforça a necessidade do debate acerca da violência obstétrica. O MPF completa dizendo que o Ministério da Saúde, antes de sugerir o não uso do termo, deve atuar no combate às práticas violentas no parto e nascimento (LIMA KD et al., 2021).

A objeção médica em reconhecer a existência e a gravidade desse tipo de violação aos direitos reprodutivos da mulher é grave. Nesse sentido, temos a seguinte exposição de motivos da Resolução nº 343 do CREMERJ:

“Vem crescendo, nos últimos anos, práticas na obstetrícia que são deletérias à boa prática médica e que colocam em risco a gestante e o concepto, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico. A situação se tornou tão grave que, atualmente, quem muitas vezes decide os procedimentos a serem tomados pelos obstetras são pessoas sem preparo para decisões que envolvem vida e morte.

Esse panorama se tornou um verdadeiro suplício para médicos, que ficam temerosos de serem processados caso não sigam estas orientações. Muitas delas, completamente sem fundamento científico, com viés antimédico. O trabalho de parto e o parto são situações permanentes de risco de morte. A mulher somente por estar grávida tem risco muitas vezes maior de morrer que uma mulher não grávida, sendo o parto o ápice deste risco. Não à toa, era a morte no parto uma das principais causas de óbito até tempos passados, não muito longínquos.

Esta pressão tem como consequência impedir a realização de procedimentos necessários e cientificamente validados e, com isso, restringir o papel do médico. Ao fim e ao cabo, o resultado disso é o abandono da obstetrícia por médicos competentes que não aceitam se submeter a isso; maternidades públicas tomadas por não médicos realizando partos, com o objetivo de baratear a assistência em demérito da qualidade; e aumento das mortalidades materna e infantil nos últimos anos no Brasil e no Rio de Janeiro. Dentre estes meios idealizados, temos o chamado PLANO DE PARTO. Este documento entende-se para fim desta Resolução como uma série de normas ditadas pela gestante, ou feitas em conjunto com o médico, comumente retiradas de modelos disponíveis em sítios eletrônicos que determinam o que o médico pode ou não fazer.

A não aceitação do médico em assinar este documento pode causar inúmeros problemas para o profissional, inclusive sendo passível de ser denunciado por “violência obstétrica”, outro termo inventado para difamar médicos, dando a impressão que as violências que as gestantes sofrem são por culpa dos obstetras, sendo estes tão vítimas do sistema quanto as grávidas.”

Diante dessa passagem, é clara a forte resistência dos médicos na aceitação do Plano de Parto, que é um ato unilateral elaborado pela gestante e que servirá como um guia de seus desejos e expectativas para o trabalho de parto e pós-parto imediato e que prescinde da assinatura do médico obstetra. Assim, o plano de parto nada mais é do que uma diretiva antecipada de vontade que norteará a assistência que a gestante espera para ela e para o bebê (RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012).

Ao elaborar essa Resolução, o CREMERJ trata o Plano de Parto como um contrato que vincula o médico e limita a sua atuação, sobretudo quando traz como consequência a restrição do “papel do médico”.

Outro ponto que chama a atenção é a referência ao parto como um “ato médico”, desprezando a natureza fisiológica desse momento. O parto é um ato natural e que deve ter uma assistência médica adequada, não podendo se definir meramente como um ato médico, pois esse tipo de definição retira o protagonismo da gestante e o reduz a um evento medicamentoso.

Há também a definição do trabalho de parto e o parto como “situações permanentes de risco de morte”. Em complemento, é mencionado que “não à toa, era a morte no parto uma das principais causas de óbito até tempos passados, não muito longínquos”. Essas falas tornam-se perigosa por fazerem crer que apenas os médicos são detentores do saber sobre o corpo feminino, descredibilizando todo um trabalho notável de parteiras - há tempos atrás -, doulas e enfermeiras obstétricas, além de fomentar um discurso de imposição de vontade do médico sobre corpo da mulher, por ela estar, enquanto gestante, sempre em perigo.

CONCLUSÃO

Embora o tema da violência obstétrica esteja em ascensão, um longo caminho há de ser percorrido, mostrando que a conscientização e a elaboração de políticas públicas específicas são meios de prevenção desses atos danosos à vida das mulheres.

A partir do presente estudo, evidencia-se que a formação dos profissionais de saúde pautada em um modelo mecanicista contribui para a sobreposição de procedimentos impessoais acima da capacidade do diálogo e do estabelecimento de relações que visem o respeito aos direitos das parturientes. Nesse sentido, além da falta de informação prestada às gestantes, os maus tratos e a utilização de procedimentos considerados inadequados colocam em risco a vida da mulher e da criança e intensificam a institucionalização da violência.

As experiências de mulheres negras nos aspectos que envolvem os cuidados na gestação e parto e no exercício da saúde reprodutiva são marcadas pela intersecção de, no mínimo, dois eixos de opressão: raça e gênero. Com isso, torna-se evidente que o racismo afeta o modo que as mulheres negras exercem os seus direitos reprodutivos, refletindo em cenários desfavoráveis na gravidez e nas situações de aborto.

O movimento por Justiça Reprodutiva promoveu um avanço intelectual ao revelar que não podemos nos limitar a uma narrativa tradicional dos direitos reprodutivos, isto é, àquela que não leva em consideração as desigualdades de raça e classe. Ainda nesse sentido, as interseções entre o patriarcado, o racismo e o capitalismo produzem a injustiça reprodutiva e devem ser relevantes nas discussões entorno do tema, pois enquanto as mulheres brancas lutam pelo direito à “escolha”, as mulheres negras lutam por direitos básicos, como uma maternidade digna e livre de opressões e discriminações.

No meio legislativo, percebemos uma movimentação de alguns países, sobretudo da América Latina, buscando uma definição para esse tipo de violência de gênero e a responsabilização daqueles que a cometem. No Brasil, ainda carecemos de uma legislação federal específica que defina e tipifique a violência obstétrica, porém encontramos algumas normas e diretivas que delineiam o enquadramento jurídico e as repercussões jurídicas no caso concreto.

A partir da análise dos julgados do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e do Superior Tribunal de Justiça, foi identificado o uso do termo “violência obstétrica” para embasar a fundamentação dos julgados. Em grande parte das demandas houve o reconhecimento do tratamento obstétrico inadequado e das situações de abuso e maus tratos no parto. Dessa forma, para além dos debates acadêmicos, a realização de procedimentos invasivos com ou sem motivação, realização de episiotomia, ocorrência de lesões que causam sequelas nos envolvidos, o impedimento da escolha do parto, violação do direito ao acompanhante, a ocorrência da manobra de Kristeller e outras violações foram reconhecidas e responsabilizadas em grande parte das ações analisadas.

Contudo, percebe-se que em todas as ações o tema foi debatido pelo viés da responsabilidade civil, não sendo estabelecido o debate na perspectiva dos direitos humanos, da saúde reprodutiva e da justiça reprodutiva. Assim, a jurisprudência desses tribunais acaba se formando com características de direito privado e consumerista, de forma que a discussão mais profunda sobre a violência de gênero e institucional se dilui.

Por fim, conclui-se que, ainda que a promulgação de uma legislação específica e a responsabilização daqueles que cometem a violência obstétrica seja importante, não podemos nos esquecer da urgência e relevância da educação em saúde para uma mudança de paradigma no cenário obstétrico. Assim, a educação dos profissionais da saúde pautada em uma práxis crítica e interseccional são de suma importância. Além disso, a conscientização das mulheres sobre os seus direitos e sobre como realizar a denúncia quando os mesmos forem violados também demonstra ser um caminho para o enfrentamento dessa hostilidade.

REFERÊNCIAS

ALVES et al. Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher. Grupo Ceres. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981

ARGENTINA. **Ley nº 25.929, promulgada em septiembre 17 de 2004.** Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4975278/mod_resource/content/1/Ley%2025.929-2004%20-%20Lei%20do%20Parto%20Humanizado%20-%20Argentina.pdf>.

ARGENTINA. **Ley nº 26.485, promulgada em março de 2009.** Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/actualizacion>.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

_____. **Projeto de Lei nº 7.633/2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras Providências. Disponível em: <<https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.867/2017a. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <<https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>>.

_____. **Projeto de Lei nº 8.219/2017b.** Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 353, de 14 de fevereiro de 2017. **Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 fev. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.459/2011, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm.

_____. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

BRAH, A. Diferença, diversidade e diferenciação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 26, p. 329-376, 2006.

BIROLI, Flávia. O debate sobre aborto. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política: uma introdução.** São Paulo: Boitempo, 2014.

BOWSER D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis [Internet]. **Harvard School of Public Health University Research Co., LLC**; 2010. Available from: <https://www.harpnet.org/resource/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth-report-of-a-landscape-analysis/>

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil.** São Paulo: Selo Negro, 2015.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social.** Cadernos de Saúde Pública, 2003.

CONVENÇÃO Interamericana para Prevenir, punir e Erradicar Convenção Interamericana para Prevenir, punir e Erradicar a Violência contra a Mulher violência contra a Mulher. **Convenção de Belém do Pará - 1994.** 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 32, de 23 de outubro de 2018. Brasília, 2018. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Brasília, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Resolução CREMERJ nº 343, de 23 de maio de 2023.** Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.cremelj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1528>

CHADWICK, Rachele Joy. **Obstetric Violence in South Africa.** *South African Medical Journal*, Cape Town, Cape Town, v. 106, n. 5, p. 423-424, mai. 2016. ISSN 2078-5135. DOI

10.7196/samj.2016.v106i5.10708. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742016000500002&lang=pt.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, 1º sem. 2002, p. 171-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>.

DAVIS, D.-A. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 560-573, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, mai. 2002. DOI 10.1016/S0140-6736(02)08592-6. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08592-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/fulltext).

ENSP/FIOCRUZ. **Sumário executivo temático da pesquisa Nacer no Brasil. Inquérito Nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2014.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. 2.ed. rev. e ampl. – São Paulo: Manole, 2013. 391 p.

FORÚM DAS MULHERES DO ESPÍRITO SANTO (FMES). **Episiotomia é “só um cortezinho”. Violência obstétrica é violência contra a mulher. Mulheres em luta pela abolição da episiotomia de rotina**. São Paulo, 1ª Ed. Parto do princípio. 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). Capítulo IV: Saúde Reprodutiva e Abortamento. In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, ago. 2010, p. 149-223.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. **Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD - 2008**. In: Saúde da População Negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 319

GOMES, Juliana Cesario Alvim. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 17, n. 3, set./dez. 2021, e2136. <https://doi.org/10.1590/2317-6172202136>

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). **Sexual Rights: An IPPF Declaration**. London: IPPF, 2008.

JUÁREZ, Diana et al. **Violencia sobre mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios**. In: TESSIO, Angeles (org), Edición literaria. – La Ed. – Buenos Aires, 2012.

LEAL, Maria do Carmo et al (Coord). **Nacer no Brasil. Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento**. ENSP/FIOCRUZ, 2017.

LEAL, M. C. et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 1, 24 Jul 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.

LIMA, K. D., et al. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, suppl 3, pp. 4909- 4918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 121–134, mar. 2012.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 61-83, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004&lng=en&nrm=iso.

MACEDO, Thaís S. B. Na sala de parto: necessidade de uma reportagem sobre violência obstétrica. Curitiba: UFPR, 2015.

MÉXICO. **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de 1 de febrero de 2007**. Disponível em: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178863/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>

OLIVEIRA, Juliana Ribeiro. “Você Nem Tá Com Tanta Dor Assim”: O Racismo Na Atenção À Saúde Reprodutiva Das Mulheres Negras Do Distrito Federal. Brasília, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra (Suíça): OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>. 40

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo**, 1994 - p. 105, 1994.

PICKLES, Camilla. Eliminating abusive ‘care’: A criminal law response to obstetric violence in South Africa. SA Crime Quarterly, Pretoria, n. 54, p. 5-16, dez.2015. ISSN 2413-3108. DOI 10.4314/sacq.v54i1.1. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1991-38772015000400002.

PULHEZ, Mariana Marques. A ‘violência obstétrica’ e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero, 10, 16 a 20 set. 2013, Florianópolis. Anais Eletrônicos [...]**. Florianópolis, 16 a 20 set. 2013. ISSN 3179-510X.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. p. 130. 2012.

ROSS, Loretta J. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls*, v.19, n. 3, p. 286-314, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10999949.2017.1389634>

ROSS, Loretta. **What is reproductive justice?** In: Sistersong Women of Color Reproductive Health Collective. *Reproductive justice briefing book: A primer on reproductive justice and social change*. 2007.

SADLER, Michelle et al. **Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence**. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 47, p. 47-55, mai. 2016. DOI 10.1016/j.rhm.2016.04.002. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300027>.

SANTOS, Marcos Leite dos. História da Obstetrícia. In: _____ **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico**. Dissertação de mestrado. UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, 2002.

STEPAN, N. **A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. DOI 10.5712/rbmfc10(35)1013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>.

TEMPESTA, Giovana Acacia; FRANÇA, Ruhana Luciano de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 257-290, set./dez. 2021

VENEZUELA. **Ley Organica Sobre elDerecho de lasMujeres a uma Vida Libre de Violencia**. Disponível em: < <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-LeyOrg%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-VidaLibre-de-Violencia.pdf>>.

VIOTTI, M. L. R. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferencia Mundial sobre a Mulher**: Pequim, 1995.

WERNECK, J. Algumas considerações sobre racismo, sexismo e a tecno-eugenia. **“Um Mundo Patentado? La privatización de la vida y del conocimiento”**, p. 1–10, 2005.

ZANGHELINI, Débora. **Direito ao aborto no Brasil e (in)justiça reprodutiva: apontamentos para o Serviço Social**. Florianópolis, 2020.

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R., HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 29. 2017

REFERÊNCIA DOS JULGADOS ANALISADOS

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TJRJ). Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. ERRO MÉDICO. DIREITO DO CONSUMIDOR. SAÚDE SUPLEMENTAR VIOLÊNCIA NO PARTO. LESÕES AO NASCITURO. DANOS IRREPARÁVEIS AO BEBÊ. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA OBSTETRA E DO HOSPITAL. DANO MORAL E ESTÉTICO CONFIGURADO. PENSÃO VITALÍCIA. CUSTEIO DAS TERAPIAS, CONSULTAS E EXAMES NECESSÁRIOS. 0018309-73.2019.8.19.0204 - APELAÇÃO. Des(a). RICARDO ALBERTO PEREIRA - Julgamento: 03/11/2022 - VIGÉSIMA CÂMARA CÍVEL.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TJRJ). Ementa: Ação de responsabilidade civil. Descaso e negligência no momento do parto. Alegação de violência obstétrica. Art. 37, §6º da CF/88. Omissão do Estado que não fora comprovada. Conduta da parte ré que refutou as alegações da autora, inclusive com a demonstração de que houve o atendimento médico requisitado. Sentença que se prestigia. Recurso desprovido. 0053069-77.2016.8.19.0002 - APELAÇÃO. Des(a). JOSÉ CARLOS VARANDA DOS SANTOS - Julgamento: 10/04/2019 - DÉCIMA CÂMARA CÍVEL

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TJRJ). Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANO MORAL E MATERIAL - ERRO MÉDICO - PARTO; SEGUNDO FILHO -- GESTANTE QUE ALEGA TER INFORMADO AO OBSTRETA POSSUIR ESTREITA PASSAGEM VAGINAL PARA A CONSECUÇÃO DO PARTO NATURAL ; DEMORA NA REALIZAÇÃO DO PARTO ; PERÍCIA QUE ATESTA QUE ;A EXISTÊNCIA DE UMA CESARIANA PRÉVIA NÃO IMPEDE A TENTATIVA DE UM PARTO POR VIA VAGINAL. A AUTORA APRESENTAVA CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELIGIBILIDADE PARA ESSA CONDUTA.; ; APELAÇÃO QUE DESTACA A EXISTÊNCIA DE DANOS INJUSTOS EM RAZÃO DO DESRESPEITO AO DIREITO À INFORMAÇÃO, DIREITO A ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO E REALIZAÇÃO DE MANOBRA PARA FORÇAR PASSAGEM DO BÊBE (MANOBRA DE KRISTELLER) - DORES ABDOMINAIS PERSISTENTES; VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ; FALHA INFORMACIONAL ; DANOS INJUSTOS SOFRIDOS PELA MANOBRA QUE FOI DESFERIDA EM DESFAVOR DA APELANTE SEM COMPROVAÇÃO DE ABSOLUTA NECESSIDADE, COM INTENSAS E SOFRIDAS SEQUELAS DECORRENTES DA CIRURGIA, SENDO ÓBVIOS OS TRANSTORNOS EXPERIMENTADOS PELA AUTORA ; RESPONSABILIDADE OBJETIVA DE PRESTADORA DE SERVIÇOS PÚBLICOS, NOS MOLDES DO ART.37, § 6º, da C.F. - LAUDO PERICIAL - LIVRE CONVENCIMENTO DO MAGISTRADO QUE NÃO PODE SER DESCOLADO DA REALIDADE, ANTE A INDUBITÁVEL OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - MULHER QUE POSSUI DIREITO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E À ATENÇÃO HUMANIZADA À GRAVIDEZ, DESDE O PARTO E AO PUERPÉRIO, TUDO GARANTIDO PELO §7º DO ARTIGO 226 DA CRFB/88, LEI REGULAMENTADORA (LEI Nº 9.263/1996) E INCISOS DESTACADOS DA LEI MUNICIPAL 6.898/2021; DANO MORAL CONFIGURADO, IN RE IPSA. DÁ-SE PROVIMENTO PARCIAL AO RECURSO. 0190229-11.2020.8.19.0001 -

APELAÇÃO. Des(a). MARCELO LIMA BUHATEM - Julgamento: 28/02/2023 - OITAVA CÂMARA CÍVEL.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TJRJ). Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO MUNICÍPIO. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. LEI MUNICIPAL 6.898/2021. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO DEVIDAMENTE ARBITRADO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1. Ação indenizatória proposta em razão de maus-tratos no atendimento hospitalar e durante o procedimento obstétrico, realizado no Hospital Maternidade Alexander Fleming. Apelo de ambas as partes. 2. Hipótese de responsabilidade civil objetiva, baseada na Teoria do Risco Administrativo, atraindo a aplicação da norma contida no artigo 37, § 6º, da Constituição da República. 3. Restou inconteste que a médica responsável pelo parto gritou com a parturiente e falou que seu filho poderia morrer porque ela não estaria contribuindo e empregando a força necessária no parto. A médica também realizou intervenções cirúrgicas sem a prévia autorização da paciente. 4. Indubitável o dano moral decorrente do abalo de ordem imaterial que afetou o seu equilíbrio emocional em momento de vulnerabilidade, causando pânico e desespero à parturiente. 5. Mantida a verba indenizatória arbitrada pela sentença, no valor de R\$ 40.000,00, fixada em valor próximo ao que a jurisprudência comina para casos semelhantes. Súmula 343 do TJRJ. 6. Recursos desprovidos. 0389035-31.2016.8.19.0001 - APELAÇÃO. Des(a). PAULO WUNDER DE ALENCAR - Julgamento: 19/07/2022 - QUINTA CÂMARA CÍVEL

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2.276.571 - RJ (2023/0007108-2). Cuida-se de agravo apresentado por MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO contra a decisão que não admitiu seu recurso especial. O apelo nobre fundamentado no artigo 105, inciso III, alínea "a", da CF/88, visa reformar acórdão proferido pelo TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, assim resumido: Apelação Cível. Direito Constitucional e Administrativo. Ação de Obrigação de Dar c/c indenizatória. Responsabilidade Civil. Hospital Público. Paciente lesionado ao nascer. Violência Obstétrica. Sentença de improcedência. Reforma. A responsabilidade civil do Estado é objetiva, baseada na Teoria do Risco Administrativo, a teor do art. 37, § 6º, da CFRB. Nexa causal. Violência Obstétrica. AGRAVANTE :MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO. AGRAVADO :H B DE S - POR SI E REPRESENTANDO. Relatora: Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA. Data da publicação: 15/03/2023.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1965844 - SP (2021/0222657-6). Ementa: DECISÃO 1. Cuida-se de agravo interposto por UNIMED DE SÃO CARLOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão que não admitiu o seu recurso especial, por sua vez manejado em face de acórdão proferido pelo TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, assim ementado: Responsabilidade civil? Ação de indenização por danos materiais, morais e estéticos? Erro médico? Alegação de imperícia médica, violência obstétrica e falha na prestação de serviços durante a realização de parto que resultaram em anoxia neonatal com quadro de paralisia cerebral com quadriplegia espástica Ajuizamento pelos pais e pelo menor em face da médica, do hospital e da operadora do plano de saúde? Sentença que julgou parcialmente procedente a ação, condenando solidariamente os réus ao custeio do tratamento médico do menor, ao pagamento de indenização por danos morais e estéticos e ao pagamento de pensão mensal vitalícia? Recursos de apelação interpostos pelos autores e por todos os

réus? Responsabilidade solidária dos fornecedores e prestadores de serviço que integram a cadeia de consumo, incluída a operadora de plano de saúde?. Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO. Publicado em: 04/04/2022