

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE DIREITO

CLÁUDIA CADORIN LEANDRO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA CONSTRUÇÃO JURÍDICA COMO
VIOLÊNCIA DE GÊNERO: O DIREITO DAS MULHERES A UM PARTO
HUMANIZADO**

CRICIÚMA

2018

CLÁUDIA CADORIN LEANDRO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA CONSTRUÇÃO JURÍDICA COMO
VIOLÊNCIA DE GÊNERO: O DIREITO DAS MULHERES A UM PARTO
HUMANIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a Ma. Mônica Ovinski de Camargo Cortina.

CRICIÚMA

2018

CLÁUDIA CADORIN LEANDRO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA CONSTRUÇÃO JURÍDICA COMO
VIOLÊNCIA DE GÊNERO: O DIREITO DAS MULHERES A UM PARTO
HUMANIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 26 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Mônica Ovinski de Camargo Cortina – Mestra – (UNESC) - Orientadora

Prof.^a Giovana Ilka Jacinto Salvaro - Doutora - (UNESC)

Prof.^a Rosângela Del Moro - Especialista - (UNESC)

**A todas as mulheres vítimas da violência
obstétrica.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por sua presença durante toda a minha vida.

Agradeço ao Marco, meu querido esposo, por ter me apresentado o caminho para o mundo da humanização.

Agradeço a Antônia, minha filha, por ter me escolhido para ser sua mãe, e, também, por trazer em seus grandes olhos pretos toda a força que eu necessito.

Agradeço aos meus pais, Tarciso e Aldete, por me proporcionarem educação, liberdade e amor.

Agradeço a toda minha rede de apoio: minha sogra Ilda por sua disponibilidade ao cuidar da Antônia; meu sogro Mariano por compartilhar comigo seu tempo e sabedoria; meus irmãos Greice e Cláiton por sempre me apoiarem; e a minha querida tia Gesi, por revisar a ortografia deste trabalho.

Agradeço a minha orientadora, Mônica, por sua dedicação, organização, paciência, e, principalmente pelo amor dedicado à profissão que exerce. Agradeço também por acreditar em mim desde o início e compartilhar comigo ensinamentos que levarei por toda minha vida.

Agradeço aos meus amigos por entenderem minha ausência nesse período.

Por fim, agradeço a todos os professores que contribuíram para que eu chegasse até aqui. Especialmente a minha banca.

“Apesar de tudo eu ainda creio na bondade humana.”

Anne Frank

RESUMO

A história recente revela que recentemente, em processo concretizado no século XX, o parto deixou de ser considerado um evento fisiológico e se tornou algo patológico, de domínio médico e que retirou completamente a autonomia das mulheres. Diante desse contexto, o objetivo dessa monografia foi investigar como a categoria da violência obstétrica está sendo reconhecida e adotada pelo Direito, seja no âmbito legislativo e jurisprudencial, a partir da construção teórica do conceito em outros campos de conhecimento. Pretende-se examinar a participação do movimento feminista para a proposição de demandas com o fim de politicamente firmar um espaço de reconhecimento e tutela de direitos dentro da área jurídica. Dessa forma, a pesquisa examinou a pretensão em reconhecer a mulher grávida como um sujeito de direitos, e, também, como a protagonista do seu parto e da sua história. Considerando tratar-se de um tema recente, a pesquisa empregou o método dedutivo, em pesquisa do tipo teórica e qualitativa. Para a construção desta monografia foram usados artigos de periódicos, livros, teses, dissertações, textos de sites jornalísticos como blogs, e, também de movimentos feministas que atuam diretamente pelo fim da violência obstétrica. Observa-se, atualmente, que o Brasil não possui uma legislação específica que discorra sobre a violência obstétrica e que os magistrados/as, tomando por base o Tribunal de Justiça de Santa Catarina, também não adota o termo, mesmo tendo em vista que o mesmo já faz parte do ordenamento jurídico estadual. Por fim, concluiu-se que o direito é limitado pois ainda não alcançou suas potencialidades, e, mesmo que alcance, ele ainda será limitado quando se trata de erradicar a violência obstétrica, visto ser necessário também uma mudança cultural da sociedade e na formação dos médicos.

Palavras-chave: Gênero. Movimentos feministas. Violência obstétrica. Parto Humanizado. Direito.

ABSTRACT

Recent history shows that recently, in a process consolidated on the 20th century, the childbirth stopped to be considered a physiological event and became something pathological, medical territory, and that completely removed the autonomy of women. Given this scenario, the objective of this monograph was to investigate how the category of obstetric violence is being recognized and adopted by law, be it in the legislative and jurisprudential sphere, from the theoretical construction of the concept in other fields of knowledge. The intention is to inspect the participation of the feminist movement in proposing demands in order to politically establish a space for recognition and protection of rights within the legal area. Thus, the research analyzed the claim to recognize the pregnant woman as a subject of rights, and as the protagonist of the delivery and its history. Considering that this was a recent topic, the research has used a deductive method with extensive use of articles from periodicals, books, thesis, dissertations, texts from journalistic sites such as blogs, also feminist movements that act directly to end obstetric violence. Nowadays, it is noticed that Brazil does not have specific legislation that deals with obstetric violence and that judges, based on the Court of Justice of Santa Catarina, also do not adopt the term, even though it is already part of the state legal system. Finally, this dissertation concludes that the legal right continues to have a limited impact because it has not yet achieved its full potential. In addition, even if it does so, it will still be limited when it comes to eradicating obstetric violence, since it also requires a cultural change in society and in the formal training of new doctors.

Keywords: *Gender. Feminist movements. Obstetric violence. Humanized childbirth. Law.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
Esmam	Escola Superior da Magistratura do Amazonas
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PDS	Parto Sem Dor
PPDS	Geração Pós-Parto Sem Dor
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Tecnologias Reprodutivas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 GÊNERO, CORPO E PATRIARCADO	13
2.1 A CATEGORIA DE GÊNERO E O PATRIARCADO: O CONTROLE SOBRE OS CORPOS DAS MULHERES E A PROcriação	14
2.2 LEITURAS FEMINISTAS SOBRE A MATERNIDADE ENTRE OS SÉCULOS XX E XXI: DO FENÔMENO BIOLÓGICO PARA A CONSTRUÇÃO SOCIAL	18
2.3 MULHERES E MATERNIDADE NO SÉCULO XXI: ESCOLHA OU DESTINO? ENFOQUE SOB O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA	22
2.4 GRAVIDEZ E CONTROLE SOBRE OS CORPOS GRÁVIDOS: DO CONTROLE SOCIAL AO CONTROLE MÉDICO	26
3 GRAVIDEZ, PARTO E VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A CONSTRUÇÃO DO SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO .	29
3.1 O ESTRANHAMENTO DAS PRÁTICAS MÉDICAS E HOSPITALARES NO PARTO E NO PÓS-PARTO: RELATOS PÚBLICOS DE MULHERES E A DESNATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA	30
3.2 DIREITOS REPRODUTIVOS E VIOLÊNCIA DE GÊNERO	38
3.3 O SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO	43
4 O PAPEL DO DIREITO NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: LIMITES E DESAFIOS	47
4.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: ESTUDO DA LEI CATARINENSE E DOS PROJETOS DE LEI EM ANDAMENTO NO CONGRESSO NACIONAL	47
4.2 O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DA VONTADE E A DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E O PARTO: OS MOVIMENTOS FEMINISTAS	58
4.3 OS LIMITES E OS DESAFIOS DO JURÍDICO COMO INSTÂNCIA DE ENFRENTAMENTO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	61
5 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXO(S)	76
ANEXO A – LEI ORDINÁRIA Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017	77

1 INTRODUÇÃO

Durante um longo período histórico, a forma como as mulheres tinham seus filhos não foi questionada. Nesse cenário, com o auxílio e amparo das denominadas parteiras, as gestantes pariam seus bebês em suas próprias casas, e possuíam total autonomia e conhecimento sobre seus corpos, sendo necessário apenas aguardar a força da natureza, sem o ingresso de intervenções. Com os avanços das tecnologias e da medicina, o parto deixou de ser fisiológico e passou a ser considerado um evento patológico. Por conta disso, ocorre dentro do hospital, onde às mulheres são inseridas em um único modelo seguido pelo sistema médico hospitalar.

Após o parto ter se tornado de domínio médico e institucionalizado dentro dos hospitais, passou-se a estranhar determinadas condutas. Como exemplo, tem-se o alto número de morte materna, que, segundo estudos nacionais, poderiam, em partes, ser evitadas com uma boa assistência durante a gestação, parto e o pós-parto. Dentro de espaços públicos na internet, algumas mulheres relatam o parto hospitalar como um momento traumático, além disso, detalham a ocorrência de uma série de intervenções desnecessárias. A partir desse processo de entranhamento, iniciou-se um movimento das mulheres em torno da chamada violência obstétrica, que tem sua matriz baseada, também, no gênero.

A atual legislação brasileira carece de uma lei que traga em seu corpo a categoria violência obstétrica. Nesse sentido, tem-se apenas o projeto de Lei nº 7.867, de 2017 em andamento. O que pode ser observado, é que alguns estados já tomaram a iniciativa de criar sua própria legislação, como, por exemplo, é o caso da Lei estadual nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017 de Santa Catarina. Assim como o projeto de lei mencionado anteriormente, essa norma tem como objetivo implementar medidas de informação e de proteção para todas as gestantes, parturientes e puérperas, com o intuito de erradicar violência obstétrica no estado.

Diante desse contexto, o objetivo dessa monografia é investigar como a categoria da violência obstétrica está sendo reconhecida e adotada pelo Direito, seja no âmbito legislativo e jurisprudencial, a partir da construção teórica do conceito em outros campos de conhecimento. Pretende-se examinar a participação do movimento feminista para a proposição de demandas com o fim de politicamente firmar um espaço de reconhecimento e tutela de direitos dentro da área jurídica. Dessa forma, a pesquisa pretende observar se existe a pretensão em reconhecer a mulher grávida

como um sujeito de direitos, e, também, como a protagonista do seu parto e da sua história.

Para cumprir o objetivo proposto, esta monografia se divide em três capítulos, onde no primeiro examinar-se-á a definição de gênero e a utilização do termo na recente história sobre para examinar o corpo da mulher e a maternidade, estipulando o século XX como marco histórico. Será analisada a forma como os movimentos feministas lidaram com questões relacionadas à maternidade entre os séculos XX e XXI dentro do convívio social.

O segundo capítulo abordará a construção histórica do parto, até o momento em que surge a ideia da humanização do nascimento. Ainda, por meio de relatos públicos e anônimos de mulheres que afirmam terem sido vítimas da violência obstétrica, abordará o instante em que se passou a estranhar determinadas práticas hospitalares durante o período gestacional. Estudar-se-á também sobre os direitos reprodutivos das mulheres dentro da área obstétrica no Brasil, com enfoque na discriminação de raça e cor predominante nos atendimentos dos hospitais públicos, trazendo como exemplo o caso da brasileira Alyne Pimentel. Por fim, será estudado se a definição de violência obstétrica pode ser entendida como uma forma de violência de gênero, e, o que se pensa ao analisar formas de erradicar tais agressões, trazendo o conceito da autonomia da vontade.

No terceiro capítulo realizar-se-á um panorama geral da atual situação da legislação brasileira quanto à violência obstétrica. Dessa forma, apresentar-se-á leis e projetos de leis já existentes em alguns estados no país. Ainda, será visto o que pretendem os movimentos feministas ao lutar em favor da humanização do parto. Feito essa análise, será discutido quais desafios restará para o campo jurídico brasileiro enfrentar nos próximos tempos, como instância de prevenção e enfrentamento da violência obstétrica do país, e, também, os limites a serem enfrentados dentro da área da violência obstétrica.

A relevância social da presente pesquisa consiste em, a partir das análises realizadas, trazer reflexões sobre a chamada prática da violência obstétrica e questionar sua caracterização como violência de gênero. Em um contexto de naturalização do parto como evento medicalizado e institucionalizado, justifica-se a pesquisa que segue como instância de estudo e visibilidade do tema, ao apresentar o parto como um fenômeno natural que sempre fez parte da vida das mulheres. Cumpre,

portanto, trazer espaço de voz para às mulheres que se consideram vítimas de tal agressão, e, que, de alguma forma são silenciadas pela sociedade.

Para a realização do presente estudo, será utilizado o método dedutivo, em pesquisa o tipo teórica e qualitativa. Observa-se de início que a violência obstétrica é um tema bastante recente, e, dessa forma, carece de material bibliográfico, especialmente no âmbito jurídico. A base para a construção desta monografia será realizada em artigos de periódicos, livros, teses, dissertações, textos de sites jornalísticos como blogs, e, também de movimentos feministas que atuam diretamente pelo fim da violência obstétrica.

2 GÊNERO, CORPO E PATRIARCADO

As lutas feministas em âmbito acadêmico buscaram a elaboração de uma categoria teórica para examinar as desigualdades das mulheres na sociedade. (SCOTT, 1995) Dessa forma, a categoria de gênero foi construída, em um contexto onde as mulheres estavam excluídas de assuntos políticos e econômicos, já que na época os temas que cabiam às mulheres, eram os que diziam respeito à família e aos filhos. Com isso, as chamadas feministas, mulheres que lutavam por mais reconhecimento e direitos, fizeram questão de expor o conceito de gênero com a intenção de salientar a desigualdade das mulheres, e garantir o entendimento do termo para dar consistência teórica aos estudos nesse campo. Ainda hoje, essa definição é bastante contrariada, e observa-se que, independentemente do momento e forma que o conceito de gênero seja interpretado, é possível analisar que a mulher sempre aparece em condição inferior, ou seja, submissa ao homem. Essa submissão é uma herança do patriarcado que consiste no poder atribuído ao homem, garantindo a esse uma posição de superioridade, seja no trabalho ou nas relações familiares.

Contudo, deu-se abertura a um tema discutido até hoje, que nada mais é do que a forma como a sociedade atribui às mulheres e aos homens condições sociais diferenciadas, desiguais para às mulheres. Nesse cenário, cabe à elas, como forma de ideal de vida biológica, a maternidade, estranhando-se quando uma delas opta por não se tornar mãe, visto que seu propósito de ideal está em outros focos, como por exemplo, a vida profissional ou acadêmica, desconstruindo essa condição imposta pela sociedade. Isso traz à tona o fato de que, para estar completa, não é preciso vivenciar a maternidade de fato, como também as mulheres devem ser livres para ter filhos se assim desejarem (BADINTER, 1985). Dessa forma, às mulheres garantem que sua autonomia seja respeitada, e ainda, mostram aptidão ao decidir assuntos que definam seus futuros sem que sua liberdade de escolha seja limitada ou influenciada, visto que a autonomia é uma condição garantida a todos e de suma relevância.

Nesse contexto, o objetivo desse capítulo será analisar a categoria teórica de gênero e seu emprego para a análise do corpo das mulheres e da maternidade, tendo em vista o direito à autonomia dos corpos.

2.1 A CATEGORIA DE GÊNERO E O PATRIARCADO: O CONTROLE SOBRE OS CORPOS DAS MULHERES E A PROCRIAÇÃO

De início é necessário entender que, na gramática, o termo “gênero” é basicamente uma forma de classificar pessoas e suas diferenças próprias. Para decifrar o conceito de uma palavra é necessário conhecer e entender sua história, ou seja, compreender que a palavra gênero vai além de um termo gramatical (SCOTT, 1995, p. 71).

Por muito tempo se fez uso desse termo a fim de sugerir uma ideia além do seu sentido usual, como por exemplo, para descrever o caráter de uma pessoa ou suas relações sexuais. Durante o século XIX, feministas dos Estados Unidos fizeram com que o termo “gênero” fosse notado, quando passaram a destacar a diferenciação sexual. Com isso, historiadores-feministas afirmavam que estudar a respeito das mulheres causaria grande mudança nos paradigmas disciplinares e as incluiria na história, considerando que já participavam da política e tratavam de assuntos econômicos. No entanto, historiadores-não feministas diziam que se deveria separar essa parte da história da outra parte, por acreditarem, que às mulheres diz respeito apenas assuntos sobre sexo e família. Observa-se que ainda há ligação com a história do século XIX e a prática de hoje (SCOTT, 1995, p. 72-74).

Na década de 80, qualquer tipo de arquivo que tratasse sobre a história das mulheres e que levasse no título o termo “mulher” era substituído por “gênero”, ou seja, passaram a ser sinônimos. Isso porque o termo “gênero” é neutro, facilitando o distanciamento do feminino quando se tratava de política. Com a aplicação desse termo não havia, de fato, uma tomada de posição ou poder da mulher, e muito menos apontava a parte golpeada e que até hoje tentam ofuscar. Diferente quando da referência ao termo “mulher”, implicando na confirmação da importância do papel feminino na história e na política, contrariando o que vinha sendo feito. Desse modo, a utilização do termo “gênero” em lugar do termo “mulher” não constituiu numa ameaça aos homens, na sua maioria heterossexuais e brancos, e quando utilizado significava que qualquer informação sobre mulheres, também poderia estar implicando referência aos homens (SCOTT, 1995, p. 74-75).

Também se emprega o referido termo para apontar diferenças culturais, ou seja, para definir o que cabe ao homem e o que cabe à mulher, como por exemplo a capacidade da mulher em dar à luz e o fato de como os homens têm força muscular.

Apesar de que o termo “gênero” possibilite diferenciar costumes atribuídos aos homens ou às mulheres, os estudos sobre sexo e sexualidade explicitam que a utilização dessa palavra não define diretamente o sexo ou a sexualidade de uma pessoa (SCOTT, 1995, p. 75-76).

Para Scott (1995, p. 86), há duas formas de conceituar gênero, explicadas em suas palavras da seguinte maneira:

Minha definição de gênero tem duas partes e diversas subconjuntos, que estão inter-relacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder.

Quando se trata da primeira definição, a autora divide em quatro elementos que estão associados, onde um não opera sobre o outro. O primeiro diz respeito a símbolos culturais que trata a mulher como um ser que deve ser puro e inocente e, nesse conceito, as mulheres são representadas por Eva e Maria, figuras da Bíblia. O segundo elemento consiste na interpretação desse simbolismo e garante como são diferentes as mulheres dos homens, reforçando bem o feminino e o masculino, e, como este segundo, tem o poder de dominar o primeiro. A autora faz menção a pesquisadores e historiadores que trazem o lar e a família como organização social, referindo-se ao terceiro elemento, e acredita que gênero é construído também na economia e política, sem a necessidade do parentesco. Encerrando essa parte, como quarto elemento, está a identidade subjetiva, a qual significa que, as suas condições de homens ou mulheres, não os leva a seguir à risca os deveres impostos pela sociedade, e que, de fato, quase sempre não cumprem esses comportamentos, expondo igualdade os sexos. O segundo conceito diz respeito a relações de poder, como mencionado anteriormente, e traz gênero como um poder planejado, visto que se sujeita às tradições judaico-cristãs e islâmicas (SCOTT, 1995, p. 86-88).

Apesar de parecer óbvio, o termo gênero, com frequência, tem sua definição contestada e observa-se que, ainda, durante toda a história e em todas as formas de definição, a mulher sempre aparece em posição inferior ao homem. Exemplo disso é o tradicional modelo patriarcal, em que o homem zela pelo bem-estar e segurança da família, enquanto os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos se tornam uma obrigação exclusiva da mulher. Para seguir exemplificando, a situação em que, num ambiente de trabalho, a mulher é tratada como incapaz e fraca,

colocando-a em posição de subordinada, o homem aparece como um ser forte, inteligente e julgado o único capaz de produzir, enquanto se sabe que, na prática, isso não condiz com a realidade e que os reais fatos são costumeiramente omitidos. Essa ânsia dos homens em colocar a mulher como subordinada ou reconhecê-la como um ser que é inteiramente frágil e, que tem como função a reprodução e a sexualidade, está relacionada à origem do patriarcado; patriarcado esse, que nada mais é do que o poder atribuído ao homem de forma geral, mantendo-o sempre na posição de líder em variadas questões, sejam elas políticas, sociais, morais e, principalmente, no que diz respeito ao domínio familiar, submetendo as mulheres e as crianças à posição de subordinadas (SCOTT, 1995, p. 77-93).

Quando se trata de relações familiares e relacionamentos, independentemente do período histórico a ser estudado, o homem sempre estará na posição de líder, ou seja, sempre será a autoridade. Analisando brevemente a história, é possível concluir que esse poder atribuído ao homem teve origem na Índia, onde segundo os estudos em textos religiosos, classificava-se como família um grupo de pessoas que serviam a um Deus, liderado pelo pai que era o responsável por cuidar da conduta e ações de todos os membros, e o único que possuía o direito de julgar e punir os participantes. Ao menos nos livros, Cristo pôs fim a esse poder quando pregou o amor, afirmando que homens e mulheres eram iguais, e juntos, ambos se respeitando, decidiriam o que era melhor para os filhos e para o casamento, considerado uma benção divina, apesar de existir os que ignoravam a palavra de Cristo (BADINTER, 1985, p. 29-30).

Durante a história, houve transformações e diversas formas de interpretação da palavra de Cristo, como no século XVII em que o discurso do amor era totalmente ignorado prevalecendo o patriarcado, visto que as pessoas aceitavam de forma pacífica a autoridade atribuída ao homem. No fim do século XIII, o patriarcado perdeu um pouco sua força visto que a mulher e a igreja passaram a controlar o poder que antes fora concedido ao homem. A mulher se colocou frente às decisões que tratavam de seus direitos. Para exemplificar, ela poderia ingressar com ações judiciais e administrar seus bens sem a intervenção do marido. Porém, essa conquista de direitos se confinava apenas a uma pequena parcela de mulheres que faziam parte de classes superiores, enquanto que para as demais e, principalmente, para seus filhos permanecia a subjugação ao destino escolhido pelo patriarca. Contudo, por conta do absolutismo político e do direito romano, a partir do século XIV,

a mulher passa a perder todos os seus direitos, principalmente o econômico, antes conquistados, baseado em 3 vertentes: primeiramente no filósofo Aristóteles que sustentava ser natural a autoridade atribuída ao homem, visto a desigualdade existente entre os sexos. Em segundo, a teologia cristã que, apesar de invocar o amor, muitas vezes traz em seus textos a mulher como culpada e frágil. Diz que o homem tem o poder de mandar visto ter sido criado primeiro, se referindo a Adão, e que a mulher é pecadora, tendo em vista que não consegue conter suas tentações e vaidade, atribuindo à imagem de Eva tais fraquezas. Por fim, o absolutismo político defendia o patriarcado, basicamente, para exercer o poder sem necessidade de prestar contas a seus súditos, sustentando a norma da desigualdade natural e os preceitos da Bíblia. Durante o século XVII, a mulher ainda segue o imposto pelo homem. Os fatos começaram a tomar outro rumo a partir do século XIX, quando a mulher se coloca na condição de mãe ao lado do filho, e não de esposa, ficando contra o homem na sua condição de pai (BADINTER, 1985, p. 30-42).

Por conta da abordagem histórica anterior, observa-se que o patriarcado é a forma mais antiga de dominação do poder do homem sobre a mulher, sendo tal dominação fundamentada em inferioridade biológica da mulher; inferioridade essa ditada pela sociedade. Há também uma parcela institucional da sociedade, como por exemplo as de influência econômica, cultural, política e religiosa, que se organizam a fim de garantir a ideia de que as mulheres sempre estarão em posição abaixo da dos homens, reforçando que o maior poder que está ao alcance das mulheres, é o da condição de mãe; poder esse em que uma mulher tem direito de exercer sobre os filhos. Não importando o tipo de sistema patriarcal, sempre será possível encontrar características comuns entre eles, pois todos têm o mesmo objetivo: colocar a mulher em posição submissa (FACIO; FRIES, 2005, p. 280).

Dessa forma, observa-se que tamanha desigualdade de gênero existente até os dias atuais é estrutural e se dá por conta de uma cultura patriarcal. Isso porque, enquanto os homens ocupam posições consideradas importantes na sociedade, e, às mulheres permanecem em casa tomando conta dos filhos, eles estarão sobre o controle de seus corpos.

2.2 LEITURAS FEMINISTAS SOBRE A MATERNIDADE ENTRE OS SÉCULOS XX E XXI: DO FENÔMENO BIOLÓGICO PARA A CONSTRUÇÃO SOCIAL

A partir do século XX, o feminismo passou a discutir a forma que a sociedade sempre tratou o fenômeno biológico como sendo o natural, e a construção social, como cultural sobre os seres humanos. A divisão é feita entre mulher e homem, e, a cada um, é atribuído um papel imposto pela sociedade, que, se observado ao longo da história são específicas, ou seja, a sociedade impôs a cada um práticas e padrões que definem seus corpos, e essa mesma sociedade é quem atribui e impõe o que é considerado natural ou não (SWAIN, 2000, p. 47-49).

A história mostra assim seu caráter de construção, resultado de uma operação de racionalização e redução do social, de apagamento da pluralidade e da diferença. A própria noção de diferença, neste sentido, é construída historicamente (SWAIN, 2000, p. 49).

Por conta de costumes sociais, ou seja, da cultura vivida por um povo, a sociedade acredita que o destino de uma verdadeira mulher é cumprido quando suas funções biológicas são executadas, ou seja, a mulher torna-se mãe, obedecendo à sua função biológica e marcando as mulheres e o feminismo em um sistema hierárquico que as torna subordinadas aos homens. Quando se trata de corpo e sexo, automaticamente associamos a homens e mulheres reproduzindo, por ser considerado o natural. Ocorre que se trata de uma relação de poder, ou seja, as mulheres se submetem a um tratamento desigual visto que, socialmente falando, o sexo da mulher existe para satisfazer os anseios e as carências do homem e cumprir uma função social reprodutiva. É dessa forma que a autora afirma que se constitui a figura da verdadeira mulher “cuja função materna desenha os contornos e as funções sociais de um corpo sexuado” (SWAIN, 2000, p. 49-50).

Diante disso, fica nítida a maneira pela qual a mulher é tratada no âmbito social, no qual teve de enfrentar diversos desafios para ser respeitada, inclusive profissionalmente. Acreditava-se que à mulher cabia apenas desempenhar sua função materna, não sendo considerada apta a desempenhar os demais papéis sociais. A propósito, observa-se que o chamado “controle social”, que ocorre por meio da regulação moral, define o papel que, obrigatoriamente, a mulher precisa desempenhar para que fique de acordo com os códigos sociais. Em outras palavras, para que a mulher seja cumpridora de seus deveres, precisa obedecer aos papéis que lhe foram impostos (SILVA, 2011, p. 41).

Enquanto parte de estudos feministas manifestaram que a construção da representação social das mulheres dizia respeito a sua função de procriadora, outra parte tratava a maternidade como um evento natural que correspondia a todas as mulheres. Logo, observa-se que a função da mulher como mãe segue ligada à ideia do feminino, e essa necessidade fica explícita quando se analisa a alta procura pela maternidade em casos de infertilidade, como reprodução *in vitro*, inseminação artificial e até mesmo as famosas “barrigas de aluguel”. Ocorre que essas alternativas, para se inserir no mundo da maternidade, não dá às mulheres poder social ou respeito, e sim reforça ainda mais a ideia de que a feminilidade está ligada ao fenômeno biológico de ser mãe, gerando certa visão de construção social de que isso é o correto e ideal. Dessa forma, se entende que a sociedade cria um sentido ao corpo feminino e torna essa invenção um destino natural e indispensável para determinação do que é ser feminino (SWAIN, 2000, p. 50-51).

Nos anos de 1970, em um cenário pós guerra acompanhado de suas consequentes mudanças na sociedade, surgiu um forte movimento conhecido por “feminismo igualitário” que lutava pela inclusão das mulheres no mercado de trabalho, e, ainda, havia um grupo de mulheres, principalmente as europeias, que defendiam os métodos contraceptivos, aborto e a liberdade sexual, enquanto por outro lado, existia um grupo conservador que defendia a tradicional ideia de família, moral e bons costumes. Após esse cenário, a maternidade passou a ser entendida como uma forma de construção social, ou seja, algo cultural que dá aos homens uma oportunidade de ter controle sobre as mulheres, visto que por conta dos consequentes cuidados que essas teriam com os filhos, automaticamente se ausentariam dos espaços públicos, ficando dependentes dos maridos, e viveu-se, então, a recusa pela maternidade por parte das mulheres. Em seguida, deu-se início a onda do chamado “feminismo da diferença” que tinha como objetivo indicar as diferenças e a identidade feminina, momento em que a maternidade se tornou algo único que pertencia apenas às mulheres, fazendo com que os homens as temessem e desejassem de alguma forma esse poder (SCAVONE, 2001, p. 137-140).

A história, então, faz resgatar a identidade da mulher na maternidade como forma de poder feminino e sabedoria, e aí surge a ideia de que o cordão umbilical é fonte de vida e poder por unir o feto e a mãe. Passando as fases de recusa a maternidade e a maternidade como poder insubstituível, chega um momento de desconstrução em que, nas palavras da autora “não é o fato biológico da reprodução

que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade”. Em síntese, observa-se que, apesar de suas contradições, a maternidade é resultado de uma construção social, e que sua recusa ou aceitação depende do momento social vivenciado (SCAVONE, 2001, p. 140-141).

Quando as chamadas feministas contemporâneas passaram a estudar o real significado do termo gênero, explicou-se a grande desigualdade existente entre os sexos, ou seja, as diferenças entre o homem e a mulher que foram construídas por uma sociedade patriarcal. A partir daí ficou claro que não se pode considerar a maternidade sem cogitar também a paternidade. Analisar a fundo o que é gênero possibilitou a compreensão de todos os lados da maternidade, seja ela em forma de ideal de realização feminina, de opressão às mulheres ou de símbolo de poder absoluto das mesmas, comprovando as diversas possibilidades de interpretação de uma só experiência (SCAVONE, 2001, p. 142).

Além disso, ela pôde ser compreendida como constituinte de um tipo de organização institucional familiar, cujo núcleo central articulador é a família. E, mais ainda, foi possível compreendê-la como um símbolo construído histórico, cultural e politicamente resultado das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro. Esta abordagem contribuiu para a compreensão da maternidade no contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas (SCAVONE, 2001, p.142-143).

A partir do século XXI, passou-se a vivenciar a chamada “maternidade na era tecnológica”, onde as mulheres têm o poder de escolher, dentro dos limites sociais, entre ter ou não filhos, o número deles, quando, como e quem cuidará do novo ser. Isso se deu graças à implantação das conhecidas TR (tecnologias reprodutivas) que permitiram às mulheres passar da recusa à maternidade para a alternativa de escolha de qual será seu destino na maternidade, possibilitando analisar e adequar a sua vida profissional e pessoal. Logo, é possível analisar que as TRs manifestam importante relação na construção social da maternidade, pois a tecnologia traz a grande solução para a reprodução humana (SCAVONE, 2001, p. 143).

No Brasil, a forma como a taxa de natalidade caiu de forma considerável nos últimos anos – de 4,5 filho por mulher para 2,5 – e com isso passaram a ser consideradas como modelo de família moderna, na qual prepondera a recusa à maternidade. No geral, as que optam por terem filhos se contentam com apenas um, e as que optam por não terem nenhum é porque almejam primeiro o sucesso

profissional e a estabilidade financeira. A maternidade se torna discutível para as mulheres pelo fato de serem as mais sobrecarregadas quando se trata de responsabilidades parentais, na maioria das vezes, limitando a mulher de seguir ou dar continuidade a sua vida profissional, tornando o motivo relevante para que optem por não vivenciar a maternidade. O fato de existir a possibilidade da separação biológica, ou seja, novas formas de engravidar ou prevenir tal condição, foi o que transformou a maternidade, visto que separou o fator sexualidade da reprodução, desconstruindo a ideia de que para ser mulher precisa ser mãe, dando novas possibilidades às famílias (SCAVONE, 2001, p. 144-146).

Caminhando com todas essas mudanças na maternidade, as feministas passaram a analisar não apenas o lugar das mães, mas também a condição dos pais dentro das famílias e na sociedade, observando conceitos de gênero. Considerando que, atualmente, há diversos relatos de pais que participam ativamente na criação dos filhos, a discussão de que a maternidade é uma forma de submissão da mulher tem tomado novos rumos, visto que existe uma pequena parcela de homens assumindo essa responsabilidade, dividindo com as mulheres tarefas que envolvam a criação e cuidados que exige um filho. Porém, ainda há uma grande parcela de mulheres que relatam terem sido abusadas pelos maridos de diversas formas, seja sexual, seja impedindo-as de fazer uso de contraceptivos, ou obrigando-as a realizar um aborto no caso de uma gestação acidental. Nessas circunstâncias, os homens praticam a violência doméstica e familiar contra as mulheres, de acordo com a redação exposta do Art. 7º, inciso III da Lei Maria da Penha, que apesar de não estar tipificado, se enquadra no Art. 146, §2º Código Penal¹.

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

[...]

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2018g)

¹ “Constrangimento ilegal. Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa” (BRASIL, 2018d).

Além disso, quando se trata de saúde pública, há muito o que se discutir quanto as futuras consequências do uso demorado da tecnologia, preocupando-se em primeiro lugar com a saúde geral da mulher, principalmente quando se trata de assuntos como a contracepção e a quantidade de hormônio sintético ingerido pelas mulheres, a esterilização, o risco de vida que uma mulher corre ao abortar no atual cenário em que o país vive, e o alto número de cesarianas eletivas como via de nascimento indicada pela OMS (Organização Mundial da Saúde)². Dessa forma, entende-se que as mulheres acabam sendo vítimas de um sistema que visa lucro, sem se importar com questões de saúde pública. Isso leva as mulheres à perda total da autonomia do que diz respeito única e exclusivamente a elas, que é a experiência de vivenciar ou não os eventos fisiológicos de gestação, parto e amamentação, cedendo às tecnologias presentes na sociedade e ignorando a sua natureza (SCAVONE, 2001, p. 146-148).

Diante desse cenário, é notório que, com o tempo, algumas mulheres pertencentes à uma classe privilegiada, por assim definir, passaram a determinar o rumo de suas vidas. Bem como, podem definir qual a melhor forma para si de constituir uma família, tomando, então, posse de sua autonomia. Para as que optam pela maternidade, resta lutar pelo escasso acesso à saúde no Brasil e buscar informação de qualidade com outras mulheres no que tange aos eventos relacionados à gestação, parto e pós-parto.

2.3 MULHERES E MATERNIDADE NO SÉCULO XXI: ESCOLHA OU DESTINO? ENFOQUE SOB O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

Desde o início no século XVIII tem-se a ideia de que para a mulher alcançar a plenitude e a realização da feminilidade, ela deve se tornar mãe, ou seja, historicamente e culturalmente, existe a ideia de que a maternidade é o ideal almejado por toda mulher, como se o feminino dependesse da maternidade. Para isso, a mesma deverá abdicar de seus prazeres, bem como se sacrificar em alguns momentos pela cria. Ocorre que para sentir o feminino, a mulher não precisa estar gestante, se assim desejar, e sim ser inserida em outras dimensões da vida em sociedade que também

² “Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento” (OMS, 2015, p. 1).

possam lhe proporcionar satisfação, como por exemplo, no meio profissional, político e acadêmico (BRAGA; AMAZONAS, 2005, p. 15).

A maternidade para algumas mulheres pode ser um momento sublime e de grande alegria, mas para outras pode se tornar uma carga. Quando se trata do tema reprodução, as mulheres carregam consigo a carga da responsabilidade cultural e social em se tratando da questão prevenção, tanto da gestação quanto das DST (Doença Sexualmente Transmissíveis). A carga da responsabilidade estende-se quanto à infertilidade, amamentação e à educação primária, causando um desconforto e situação de culpa nas mulheres, enquanto que para os homens resta a condição de chefe da casa (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 15).

Ao longo dos anos, a maternidade passou por diversas transformações em seu discurso. Na sua grande maioria, falas patriarcais defendiam que esse era o papel natural e principal a ser seguido por todas as mulheres; mulheres essas que deveriam abrir mão de si próprias e de seus planos para dar o melhor aos frutos de seus relacionamentos, como alimentação, educação e amor, idealizando que, com isso, fossem atingir seu ideal máximo de satisfação pessoal e serviço à sociedade. Ainda hoje, essas representações estão presentes em discursos sociais que dominam e constituem as identidades femininas (PATIAS, 2012, p. 305).

Como abordado no tópico anterior, a maternidade no Brasil passou por mudanças, seguindo a linha das famílias europeias, onde estudos mostram que o número de filhos por mulher com o tempo será abaixo de dois, mesmo com uma política de incentivo à natalidade, visto que as europeias, principalmente as francesas, passaram a refletir melhor sobre a responsabilidade que é ter um filho, bem como não querem abrir mão de suas vidas profissionais. Observa-se que em todo o país há um alto número de mulheres e casais que optam por não terem filhos. Os que decidem ter filhos apostam no modelo de família moderna com um número reduzido de pessoas, tendo entre um e no máximo três filhos, e ainda analisam com cautela suas escolhas (SCAVONE, 2011, p. 56).

Atualmente, conforme Scavone (2011, p. 56), quando um casal opta em ter filhos, é importante observar e considerar o melhor interesse da criança, proporcionando à mesma tempo de qualidade dos pais, afastando o modelo de família tradicional patriarcal onde apenas a mãe tem deveres e obrigações com o filho, dando lugar a um pai presente, que participa ativamente na criação e educação da prole. Essa grande mudança no tamanho das novas famílias e novos métodos de divisão de

tarefas se deu, principalmente, pelo fato de que cada vez mais as mulheres estão se inserindo no mercado de trabalho, conquistando independência financeira. Ainda assim, esse modelo de família só é possível quando se tem a chamada “rede de apoio”, nas palavras da autora:

Entre o modelo reduzido de maternidade com uma variedade crescente de tipos de mães (mães donas de casa, mães chefes-de-família, mães “produção independente”, “casais igualitários”) e as diversas soluções encontradas para os cuidados das crianças (escolas com tempo integral, creches públicas, babás, escolinhas especializadas, vizinhas que dão uma olhadinha, crianças entregues a seus próprios cuidados, avós solícitos), a maternidade vai se transformando, seguindo tanto as pressões demográficas - natalistas ou controlistas - como as diferentes pressões feministas e os desejos de cada mulher (SCAVONE, 2001, p. 56).

Essas escolhas se tornam possíveis quando se trata de famílias que possuam boas condições econômicas, dependentes de sua cultura e do nível de educação. Grande parte da sociedade brasileira, no entanto, não vive nessas circunstâncias e sequer tem o direito de escolha, o que leva ao seguimento do caminho possível (SCAVONE, 2001, p. 56).

Há um número considerável de mulheres que, quando param para refletir sobre a forma que irão conciliar a maternidade e a vida profissional, acabam ficando indecisas, visto que as funções parentais, em sua grande parte, recaem sobre a responsabilidade da mãe. Isso acaba por gerar uma condição relevante para as mulheres optarem por meios polêmicos como a esterilização e o aborto, definindo por não vivenciar a maternidade e tomando, então, para si total autonomia sobre seu corpo e sua vida (SCAVONE, 2001, p. 56).

Quando se fala em autonomia, significa que a mulher tem capacidade de definir o que é bom para si, tomar suas decisões e impor suas próprias regras sobre sua vida. A origem da expressão “autonomia” deriva do termo “próprio”, ou seja, autossuficiência para decidir seus rumos. Entende-se, também, autonomia como uma espécie de liberdade moral, de extrema importância, concedida a toda a sociedade. É relevante observar que essas decisões devem ser tomadas de forma espontânea e sem influências externas, devendo existir a possibilidade de escolhas livres, para então se falar em autonomia. Ocorre que, por conta do controle social, tratar a autonomia de forma clara, sem relacionar com qualquer tipo de cerceamento, se torna uma tarefa árdua, principalmente quando vai além da influência externa da sociedade. Em se tratando do seu próprio lar, local onde a mulher deveria estar amparada, mas

que, por muitas vezes, ao vivenciar um relacionamento abusivo, por falta de opção de escolha, acaba ela, refletindo um caso de família tradicional de modelo patriarcal. O referido modelo patriarcal coloca a mulher em uma posição sem voz e com total falta de autonomia, principalmente nas famílias com poucos recursos econômicos e sem informação, casos em que sequer conhecem o direito de escolha (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 160).

Ainda hoje a sociedade tem o costume de associar a maternidade com a figura feminina, e automaticamente acabam aceitando o modelo tradicional e patriarcal de família que colabora para que esses discursos construídos pela sociedade sejam mantidos, bem como a imagem de que para ser mulher precisa ser mãe, o que cada vez mais na atualidade vem sendo desconstruído. A ideia de atribuir a imagem da mulher a uma carreira profissional bem sucedida cada vez mais cai no gosto das mulheres, não só no Brasil, como também em outros países. Passou-se, então, a debater a maternidade e suas respectivas responsabilidades pela vida, saúde e educação de outro ser, pondo em pauta sua própria identidade, desconstruindo a figura de mulher mãe, afirmando sua feminilidade e sua autonomia nessa negação de modelo tradicional construído pela sociedade. Como consequência, as mulheres que optam pela não-maternidade se sentem mais livres e com maiores chances de conquistar outros espaços sociais, ou seja, provam que há diversas maneiras de ser mulher. Da mesma forma como as que optam pela maternidade se sentem livres, pois almejam outras atividades, além da figura materna. Por fim, entende-se que, apesar da existência de diversos discursos que impõem à mulher o que deve ou não ser feito, a configuração da identidade feminina é consequência de uma evolução no processo de identificação da própria mulher, ou seja, a mulher é a única pessoa capaz de definir o que de fato a faz se sentir realizada e contemplada, garantindo sua autonomia (PATIAS, 2012, p. 305).

É de suma importância que a sociedade compreenda que para estar com seu feminino completo e realizado, a mulher não precisa viver a maternidade se assim desejar, da mesma forma que é totalmente livre para ter e criar seus filhos, desde que essa seja sua opção.

2.4 GRAVIDEZ E CONTROLE SOBRE OS CORPOS GRÁVIDOS: DO CONTROLE SOCIAL AO CONTROLE MÉDICO

Quando se trata de áreas que dizem respeito à família, trabalho e relações de gênero, entende-se que o século XIX foi fundamental para a ocorrência de transformações e desconstruções sociais, ao se tratar de assuntos que envolvam o corpo feminino e os eventos fisiológicos da gestação, parto e pós parto (TORNQUIST, 2004, p. 73).

A forma que se trata os corpos das mulheres está ligada diretamente a costumes culturais, incluindo o processo de gestação que é cercado por diversos protocolos e tratado na atualidade como um evento que deve ser controlado durante os nove meses. Tornou-se um evento repleto de intervenções considerando que exige da gestante consultas pré-natais, terapia, consumo de alimentos específicos e proibição de outros, atividade física, seguindo uma imensa lista que objetiva estimular a saúde do feto, deixando, muitas vezes a saúde e, principalmente, a autonomia materna comprometidas. Trata-se de uma construção social, visto que o lugar de maior busca por essas informações é na mídia, que afirma que as mulheres mães devem se doar e ocupar-se de seus filhos, proporcionando-lhes uma alimentação saudável. As mães devem, ainda, ser saudáveis para servir de exemplo, e acima de tudo devem ter um corpo magro e definido durante a gestação e, principalmente, no pós parto (SCHWENGBER, 2010, p. 2-4).

O evento da gestação não se limita apenas a uma situação biológica, visto que é uma condição que emana seus reflexos nos âmbitos cultural, social, histórica e afetiva. Isso porque, apesar da gestação ocorrer no corpo feminino, seus resultados derivam de uma construção social que varia de acordo com a posição que a gestante se encontra na sociedade, ou seja, sua experiência durante a gestação e o parto dependerão da sua classe, cor ou idade. Portanto, ressalta-se que se deve levar em consideração as visões de corpo, reprodução e relações de gênero, abordada no primeiro tópico (PAIM, 1998, p. 32).

Nesta perspectiva, entendo que o parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual: mulheres dão à luz de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e experiências pessoais – incluindo-se as narrativas e lembranças guardadas na memória. Situando-se menos como uma doença – à exceção dos partos em que há graves dificuldades e mais como um fenômeno que envolve corpo e saúde, o parto é vivenciado como um ritual de passagem,

que assinala mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais (TORQUIST, 2004, p. 65)

Durante os séculos XIX e XX, e principalmente na atualidade, a ideia de que as mulheres deveriam ter cada vez mais cuidados com seus corpos, principalmente em se tratando de um corpo grávido, tomou força imensurável na cultura do ocidente. Isso indica, cada vez mais, o uso de tecnologias e da medicina que passou a tomar conta do corpo da mulher e politizar a maternidade que é divulgada por políticas de Estado, medicina e, principalmente, pela mídia em geral. Essa mesma ideia que politiza a maternidade também evidencia questões que são tratadas como problemas sociais, especialmente quando diz respeito à saúde e à educação (MEYER, 2005, p. 82).

Considerando que o objeto maior das feministas é a garantia de igualdade de gênero, houve um tempo em que se presumiu a garantia de tal direito desassociando a maternidade da mulher, o que levou a reprodução humana para fora dos corpos femininos, visando um destino de igualdade entre os sexos. Isso porque a maternidade era e, em alguns casos ainda é, sinônimo de submissão da mulher ao homem, gerando a distinção entre eles. Ocorre que apesar de toda tecnologia nessa área, os eventos da gestação e do parto ainda dependem do corpo da mulher, e por conta de tais avanços, passou a existir a relação entre paciente e médico, condição que se apoia na supremacia do segundo em relação a primeira. Considerando o poder atribuído ao médico, nasce uma nova forma de submissão e dependência da mulher que determina mais um tipo de desigualdade nas relações de gênero. O poder médico, rotineiramente, causa polêmica em debates por conta da forma como o sistema social e cultural impõe a medicalização, transformando eventos relacionados a gestação e ao parto em eventos não naturais, que carecem de intervenção e constante controle, o que retira totalmente a autonomia da mulher (TORNQUIST, 2004, p. 67-68).

Ante o exposto, a medicalização dos eventos da gestação pode ser visto de outra maneira: “Não podemos, porém, classificar facilmente parto e nascimento como doenças; antes, são fenômenos ligados à vida, ao corpo e à saúde que, em algumas situações, desdobram-se em adoecimento” (TORNQUIST, 2004, p. 65). Ainda, quando se trata do atual assistencialismo durante a gestação e parto, observa-se a intensa relação com as desigualdades de gênero que derivam de uma construção social disseminada por discursos médicos. Apesar desse discurso sustentar as atuais ideias da sociedade, o mesmo deu abertura para o estranhamento de tais práticas, e

ainda, possibilitou a discussão sobre assuntos antes omissos como a sexualidade da mulher, aborto e amamentação (TORNQUIST, 2004, p. 65-71).

Por fim, observa-se que, aos poucos, as mulheres vêm desnaturalizando tais práticas. Buscam recuperar sua autonomia durante o parto, e, também na escolha de via desse. Abordam assuntos que antes eram tratados como tabu, como, por exemplo, sua sexualidade e amamentação. Ainda, por conta do fraco assistencialismo que por vezes recebem durante a gestação, parto e pós-parto, passaram a reconhecer algumas ações realizadas por médicos e pela equipe médica como uma forma de violência contra a mulher, atualmente nominada de violência obstétrica.

3 GRAVIDEZ, PARTO E VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A CONSTRUÇÃO DO SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Para as mulheres que optam pela maternidade, a gestação e o nascimento do bebê são momentos transformadores, e, para muitas, uma das etapas mais importantes de suas vidas. Espera-se que o parto seja uma oportunidade plena e de autonomia das mulheres. Além disso, é importante que esse evento ocorra em um ambiente acolhedor, e, na presença de pessoas que saibam respeitar a autonomia da vontade das mulheres, visto ter ligação com a feminilidade, e, ainda, se tratar de um momento íntimo, onde a parturiente se conecta consigo mesma.

O capítulo que segue tem como objetivo examinar a questão da violência obstétrica, tendo como ponto de partida a experiência relatada por muitas mulheres. Apesar de se esperar que o parto seja um momento lindo na vida das mulheres, algumas delas relatam ter vivido esse evento de forma traumatizante. A partir desses relatos, comenta-se a existência de uma violência obstétrica, praticada por médicos e profissionais da área da saúde. De modo geral, entende-se que essa violência é cometida de várias formas durante o parto, pré-parto e pós-parto, e, pode se caracterizar tanto em uma agressão física, quanto psicológica. Na sua grande maioria, as maiores vítimas dessa violência são as mulheres negras, sobre essas têm-se uma discriminação de gênero e raça, que se apoia em supostas diferenças biológicas para minorar os danos da prática violenta.

Dentro desse contexto, serão analisadas as questões culturais no Brasil, considerado um dos países que mais realiza cirurgias cesarianas eletivas no mundo, aliado à consideração de que uma parte dos/as profissionais da área da saúde têm como prática contumaz a realização de intervenções desnecessárias durante o parto, como, por exemplo, a episiotomia. Enquanto do outro lado encontram-se os movimentos e grupos feministas que lutam pela humanização do parto e do nascimento, e, acima de tudo, pelo respeito que merecem os corpos das mulheres. Por fim, observa-se que esse cenário violento é resultado de uma sociedade tradicionalmente patriarcal que, por questões de gênero, apropria-se de decisões que cabem exclusivamente às mulheres.

3.1 O ESTRANHAMENTO DAS PRÁTICAS MÉDICAS E HOSPITALARES NO PARTO E NO PÓS-PARTO: RELATOS PÚBLICOS DE MULHERES E A DESNATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A princípio, pode-se observar que, atualmente, a rejeição de determinadas práticas hospitalares durante o parto está cada vez mais comum entre às mulheres. Diante disso, questiona-se a partir de quando esse estranhamento passou a existir.

Por se tratar de um trabalho construído sob a perspectiva feminista, é necessário considerar a voz das mulheres vítimas de violência obstétrica que está silenciada na sociedade. Dessa forma, o presente tópico apresentará, de forma exemplificativa, relatos públicos que materializam o descontentamento e o sofrimento de mulheres que se consideram vítimas do atual sistema, sistema esse violento, que inclusive fez várias vítimas fatais que não tiveram a oportunidade de denunciar a violência sofrida. Sendo assim, há a importância em trazer a materialidade de tal violência em forma de relatos, considerando que ao escrever um trabalho de forma teórica, existe certa abstração em seu entendimento.

Importante ressaltar o fato de que todos os relatos expostos a seguir não foram coletados de forma direta. Contudo, tratam-se de relatos reais e que exemplificam a violência obstétrica na prática. Todos eles estão disponíveis na internet e foram retirados de *blogs* que possuem uma plataforma para às mulheres que quiserem desabafar sua dor, as quais em sua maioria optou pelo anonimato.

Nesse sentido, após cada parágrafo deste tópico, haverá a citação direta de um desses relatos encontrados na internet para exemplificar o exposto. Com isso, tem-se a intenção de materializar a experiência vivida por essas mulheres que se reconhecem como vítimas de violência obstétrica, com o singelo objetivo de ofertar espaço de fala às mulheres que hoje são silenciadas. Dessa forma, pode-se iniciar com o momento em que se reconhece a violência obstétrica e passa-se a desconstruir a ideia de que tais práticas são naturais, conforme relatos anônimos a seguir retirados de um *blog* que possui uma ferramenta para auxiliar mulheres no pós parto.

Eu não entendia o motivo de tanto choro, até que depois de ler muito relatos na internet, descobri que o que tinha acontecido comigo, tinha sido uma violência obstétrica. Eu só fui descobrir isso mais de 1 ano e meio depois do nascimento da minha filha. [...] Ninguém entende quando falamos o que sofremos, sempre escuto “mas tua filha está linda e saudável”. Me dá uma raiva enorme quando escuto isso (SCHIAVO; RUAS; CIMINO, 2018).

Durante um longo período histórico, a mulher apareceu como protagonista do seu parto, uma vez que sempre coube ao seu corpo, de modo fisiológico, essa função. Atualmente, a forma como são tratados os assuntos que envolvam o pré, o durante e o pós nascimento de uma criança, passaram a depender de uma construção social e por isso se modificam conforme a cultura de cada região, independentemente do fato de terem sido realizados entre povos de cultura e modo de vida tradicionais ou em ambientes hospitalares que possuem a mais alta tecnologia (MOTT, 2002, p. 399).

Tradicionalmente e por questões culturais, a gestante durante o período gestacional, parto e o pós-parto era acompanhada por outras mulheres que recebiam o título de parteira. Além da denominação, possuíam habilidade e conhecimento suficiente para se tornarem responsáveis a oferecer para a parturiente as devidas cautelas durante esse ciclo, bem como os cuidados com a criança recém-chegada. A conquista da confiança dessas mulheres que necessitavam de seus atendimentos, era natural, visto que sabiam orientar a respeito de diversos assuntos relacionados ao corpo feminino. De modo geral, as parteiras eram de classes populares e de origem parda, branca e também portuguesa (BRENES, 1991, p. 135). A parteira Gabriela Valerim descreve essa experiência da seguinte maneira:

A mulher, ao longo da história da humanidade, pariu seus filhos. Ela tinha isso como um processo natural e fisiológico, tanto quanto respirar ou comer. Sabia parir. Não duvidava da capacidade de seu corpo em gestar e dar à luz. Compreendia que a criança iria nascer. Sem tecnologia nem cálculos, um belo dia (ou noite) as contrações vinham. E nascia a criança! Nascia em casa, na maioria das vezes, no quarto, com jornais forrando sua cama e com a ajuda de parteiras da comunidade, na presença de seus familiares (JERÔNIMO, 2017, p. 50).

Ainda, há mulheres que descrevem a importância do local escolhido para o parto, bem como a das pessoas que acompanham o evento, afirmando que dependendo das condições, isso pode prejudicar ou auxiliar a evolução do trabalho de parto³. Pode-se confirmar tal relevância ao analisar relatos públicos de parturientes que recentemente viveram a experiência de partos não hospitalares:

Mas era linda! Limpinha, toda perfeitinha e quase não chorou. Foi imediatamente para os meus braços e os braços do pai que estava atrás de mim para me dar apoio. Foi logo procurando o meu seio para sugar e ficamos

³ “No Brasil Colônia, as mulheres eram preparadas para parir na posição agachada ou sentada e contavam com o trabalho das parteiras. Os médicos se mostravam insensíveis à dor das parturientes. Por isso, as mulheres preferiam as parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar a genitália” (CRIZOSTOMO; NERY; LUZ, 2007, p. 99).

assim por alguns minutos, até o cordão umbilical parar de pulsar e aí sim ser cortado. Tudo como mandava o figurino. Dessa maneira ela pode ir respirando aos poucos sem susto e sem precisar de aspiração ou outros procedimentos que são realizados no hospital, como colírio ou vitamina K. Na mesma hora que a minha filha nasceu, toda a dor e fraqueza passaram e nada mais importava. Sentia uma leve ardência mas não sabia o que era. Depois, fui saber que devido a tanta força que fiz, o rasgo no períneo foi grande mas como em parto natural não há o corte antes da hora para facilitar, a cicatrização também é diferente porque a ruptura ocorre na direção das fibras, diferente se fosse um corte onde as fibras são rompidas. Depois que a parteira me deu os pontos, deitamos na minha cama e ficamos até o dia seguinte. Não preciso nem dizer que eu não dormi nadinha porque ficava a admirando e não acreditando que havia conseguido. O mais importante de tudo: meu parto durou das 19h de quinta até as 17h30min de sexta. Com esse tempo todo, nunca em um hospital eu conseguiria ter parto normal. Já na madrugada diriam que eu não estaria com dilatação e me levariam para uma cesárea. Então meninas, meu conselho, se o sonho de vocês é ter parto normal, não aceitem qualquer diagnóstico e acreditem na capacidade do seus corpos (WOLF, 2013).

Ocorre que a partir do século XIX, paulatinamente a visão social sobre o parto foi modificada. De um acontecimento natural, passou a ser considerado um evento tão arriscado a ponto de necessitar da presença do médico e dentro de um hospital. O parto passou a ser visto como algo patológico, e, como consequência, despertou o interesse médico, os quais passaram a ditar as regras sobre os corpos das mulheres grávidas a partir de então (CRIZOSTOMO; NERY; LUZ, 2007, p. 99).

Ao abordar que às mulheres devem ter o direito de escolher o local do seu parto como um resgate de sua autonomia, a parteira anteriormente mencionada, narra essa mudança de paradigma: um corpo que sempre funcionou, mas que nesse momento parecia que não funciona mais. Precisava de alguém para poder exercer a sua função fisiológica: parir (JERÔNIMO, 2017, p. 50).

Tendo em vista as consequentes transformações nas relações de gênero, familiares, de trabalho, e, principalmente, dos pensamentos provenientes de uma construção social, considerara-se o século XIX como importante marco teórico em assuntos relacionados ao assistencialismo durante o parto. Isso se dá visto tamanha força que a medicalização passa a ter nesse período, colocando a autonomia da vontade da gestante em posição de objeto de interferência médica, sob o argumento que essa era a forma mais segura, moderna e adequada para parir. Além disso, por conta do abandono e a inferiorização das técnicas utilizadas pelas parteiras, essas passaram a ser consideradas ineficazes para exercer seu exercício. Esse fato resultou em uma grande perda para as mulheres, quando se trata do autoconhecimento e o

conhecimento de seus próprios corpos, pois além da ausência de informações, enfraquece a importante união feminina (TORNQUIST, 2004, p. 73-74).

Ao observar os relatos públicos e anônimos coletados pela fotógrafa Carla Raiter e publicados em seu *blog*, entende-se que a construção para um atendimento humanizado está no início de sua construção:

Ela me deixou ali no corredor do hospital. Ainda tremendo, vestida com a mesma camisola ensanguentada e molhada, sem cobertor e sem responder minhas perguntas.

[...]

Eu devia estar feliz. Minha filha ia nascer! Em vez disso, só pensava em quando aquele calvário acabaria, quando eu poderia ficar em paz, quando haveria silêncio e privacidade (RAITER, 2018).

A princípio o parto hospitalar tomou conta das grandes cidades, e com o passar do tempo também seguiu para o campo, tornando-se completamente um evento médico de domínio do homem branco, heterossexual e de classe média alta (TORNQUIST, 2004, p. 73-74).

No Brasil, segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente (ZANARDO *et al*, 2017, p. 2).

Esse alto número de partos hospitalares apresentado acima, se deu por conta de uma construção social resultante do modelo de vários países ocidentais e capitalistas⁴, já que a sociedade passou a considerar um atraso e falta de modernidade os partos realizados em domicílio por parteiras, tornando o parto hospitalar a opção de grande parte das mulheres, principalmente as de grandes cidades. Ainda, após a adesão das mulheres pelo nascimento hospitalar, passou-se a considerar o trabalho das parteiras como algo que pudesse comprometer o bom estado da mulher durante a gestação e o parto, confirmando o domínio médico e a subalternização das mulheres a essa classe. Para caracterizar esse poder atribuído

⁴ “O Japão buscou aprender com as práticas médicas realizadas na Alemanha, e até o século XIX, durante o governo Meiji, se preocupou em investir na educação de parteiras como forma de política de saúde” (HOMEI, 2002, p. 431-432).

aos médicos sobre as parteiras, fora necessário mais de um século de conflitos entre ambos (TORNQUIST, 2004, p. 78-80).

Após a completa introdução do parto em ambientes hospitalares, e a medicalização da saúde de modo geral, um próprio grupo de médicos/as passou a reconhecer e questionar a forma como os corpos das mulheres grávidas estavam sendo violados, e, ainda, essas opiniões começaram a ganhar respeito, considerando não ser comum esses profissionais questionando tal assunto. Partiu da iniciativa dos médicos/as o resgate da autonomia das mulheres durante o parto, afirmando que as mesmas eram capazes de vivenciar o nascimento de seus filhos de forma amorosa, surgindo então o movimento PDS (parto sem dor) que defendia a ideia de que a gestante fosse preparada psicologicamente para o parto, a fim de suportar a dor das contrações e recebê-las como uma dor de amor (TORNQUIST, 2004, p. 108-110).

Nessa mesma época, um partido comunista que se identificava com o movimento criou um projeto de lei que, posteriormente, foi aprovado e se tornou Lei. Nesse momento, a sociedade dividiu-se em dois grupos. Faziam parte do primeiro grupo ativistas humanitários, partidos de esquerda e sindicatos. Enquanto o segundo grupo era composto por, principalmente, membros da igreja católica, médicos e partidos conservadores. Isso se deu nos anos 50, sendo que seus sucessores foram chamados de geração PPDS (geração pós-Parto sem Dor) nos anos 70. Considera-se, portanto, que os adeptos do PSD e PPSD, que tinham como objetivo quebrar paradigmas religiosos e conservadores, a fim de resgatar o protagonismo da mulher no parto, deixaram para a atual geração como herança uma nova identidade: o Parto Humanizado. (TORNQUIST, 2004, p. 108-110).

Para essa perspectiva, além de se identificar com a ideia dos grupos anteriores, o principal objetivo é enfrentar as intervenções médicas desnecessárias. Essas intervenções ocorrem para garantir aos médicos controle, planejamento e rapidez, resultando em violências que hoje caracteriza-se como violência obstétrica contra a mãe e o bebê recém-nascido, dando mais visibilidade às necessidades do recém chegado, que divide com a mãe o protagonismo durante o evento, além de respeitar a intuição feminina.

Enquanto a geração dos anos 50 considerava a dor do parto como algo insuportável e usavam tal argumento como justificativa para medicalizar o evento, nos anos 70 e até na década atual, considera-se que a dor seja algo suportável, que faz parte do processo, e, que, para tornar possível que às mulheres a sintam, basta se

preparar psicologicamente, garantindo uma transformação pessoal para elas durante o pós parto. Em todos os casos, a grande dificuldade é lidar com o classe médica, que na sua grande maioria, se diz contra a proposta de mudar a forma que vem sendo feita a assistência ao parto, não aceitando a desmedicalização do evento, mesmo que parcial, pelo fato de que uma das condições dos simpatizantes, é sair do ambiente hospitalar, para, por exemplo, realizar o parto em as casas de parto ou até mesmo na residência da parturiente com uma equipe especializada (TORNQUIST, 2004, p. 139-140).

Não se sabe ao certo quando se passou a reconhecer os grupos que aderem ao Parto Humanizado, já que nas Conferências da OMS elaborou-se o termo “humanização da assistência” como nova identidade. Todavia, entende-se que o Parto Humanizado tem a intenção de integrar as lutas de grupos anteriores, e apesar de o grupo de ativistas ainda ser bastante pequeno comparado aos grupos anteriores, observa-se que cada vez mais vem ganhando simpatizantes (TORNQUIST, 2004, p. 140).

Sobretudo, ressalta-se a importância de trazer relatos que materialize como, na prática, ocorre a violência obstétrica, e, ainda, exemplifique como a resolução para este problema está distante. Dessa forma, inicia-se trazendo o fato de que tal violência começa ainda na gestação durante as consultas do pré-natal, seja por conta da quantidade de exames invasivos ou até mesmo por induzir a gestante à uma cesariana eletiva. Pode-se observar o exposto ao ler os seguintes relatos retirados da *web*:

Não houve sequer uma consulta em que eu não passasse por exame de toque, e eles passaram a doer depois da 35ª semana.

[...]

As palavras que eu e meu marido ouvimos do médico foram: “no parto normal sua bexiga pode sair pra fora e sua pélvis vai ficar dilacerada” (RAITER, 2018).

Considera-se que o profissional da saúde seja a pessoa que vai fornecer às gestantes a informação correta. Todavia, observa-se em muitos casos que essa pessoa se aproveita da situação para criar riscos hipotéticos e influenciar às mulheres, retirando totalmente sua autonomia. Conclui-se tal afirmação ao ler relatos que trazem a fala do médico: “Sua placenta está em grau 3. Eu recomendo que você agende uma

cesárea hoje. Seu bebê está bem agora, mas a gente não sabe como vai estar daqui a pouco, e você sabe... seu bebezinho não quer morrer” (RAITER, 2018).

A violência obstétrica pode atingir o seu máximo durante o trabalho de parto, visto que a parturiente se encontra em um momento de total vulnerabilidade, e fica dependente da boa vontade da equipe médica que a acompanha para acompanhar o nascimento do seu bebê. Dessa forma, vê-se essa violência através dos relatos públicos a seguir:

Eu morria de sede. Às nove ou dez da noite, tudo o que eu pedia, aos berros, era um copo d'água. Mas a doutora negou. Ríspida, grosseira e com a cara enfiada no meio das minhas pernas. Disse que podia fazer mal depois, na hora de nascer.

[...]

A nova enfermeira do corredor ignorou todos os pedidos de ajuda que fizemos – eu e a outra mãe do mesmo quarto. Parecia que, a menos que estivéssemos morrendo, não merecíamos cuidado.

[...]

Ela ficava dizendo: “anda senhora, levanta. Para de se fazer de vítima” (RAITER, 2018).

Sob a justificativa de evitar infecções e da falta de espaço, é prática contumaz do isolamento da parturiente no ambiente hospitalar. Nesse sentido, outro resultado da hospitalização do parto é o afastamento dos pais ou outras pessoas que a parturiente escolhe para estar presente no momento do nascimento da criança. A violência obstétrica pode atingir além da mãe e do bebê, alcançando o/a acompanhante escolhido/a para estar junto com ela durante o parto, sendo que, trata-se de um direito previsto pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Essa forma de violência é assim relatada por uma vítima: “O pai foi despachado, não poderia acompanhar, não poderia ficar na porta. Cruelmente, não lhe deram opção e, se continuasse insistindo, o segurança estava bem ali” (RAITER, 2018).

Além de deixar sequelas de angústia e que abalam o psicológico da puérpera, a violência obstétrica deixa marcas físicas na pele de uma mulher que foi vítima. Essa marca se manifesta através de uma cicatriz, seja por conta de uma cirurgia cesariana para a qual a mulher não estava preparada, ou até mesmo por conta da realização de uma episiotomia⁵ indesejada, como pode-se analisar nos seguintes relatos:

⁵ “A episiotomia, ou ‘pique’, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as

Tenho vontade de chorar dizendo isso [...] Durante cerca de 11 meses eu senti como se fosse rasgar o local da cicatriz.

[...]

Deitei e ainda questionei novamente, porque eu já havia falado em todo pré-natal que eu não queria episiotomia. Mas não adiantou. Deitei, coloquei os pés nos apoios, ele fez a episiotomia. Meu marido, nesse momento, questionou – “Não cortou muito, doutor?” – e ele fez que não com a cabeça.

[...]

O pique foi enorme: 12 pontos... mas o pior é que foi num lugar que não precisava, e do lado que precisava as peles se rasgaram todas... (RAITER, 2018).

Considerando todos os relatos públicos de mulheres vítimas da violência obstétrica expostos anteriormente, entende-se que todo o sofrimento causado durante o período da gestação e do parto podem comprometer a saúde mental das mulheres no pós parto. Inclusive, o estado puerperal⁶ pode ser agravado dada a instabilidade emocional gerada, o que se alia a questão hormonal do parto. O estado puerperal pode ser designado como severo, a ponto do Código Penal prevê em seu artigo 123 pena de detenção de dois a seis anos para as mulheres que venham a cometer infanticídio⁷ sob os efeitos do mesmo. De modo geral, a sociedade entende que a depressão pós parto não existe. Esse é um dos motivos que faz o quadro se agravar, visto que a mulher deixa de buscar ajuda por sentir medo, culpa ou até mesmo vergonha por não sentir aquele amor incondicional ao bebê recém chegado, que as pessoas julgam ser o ideal. Dessa forma, criou-se na internet espaços públicos onde essas mulheres podem desabafar e ainda garantir o anonimato, além disso, existe uma ferramenta criada pelas participantes do blog “Temos Que Falar Sobre Isso” que auxilia as mulheres a identificarem que sofrem de depressão pós parto, e, ainda, traz em seu corpo alguns relatos (CIMINO; SCHIAVO; RUAS, 2018).

Estou tendo pensamentos suicidas. Tenho quase certeza de que tenho depressão pós-parto. Mas não posso conversar com ninguém sobre isso. [...] Amo o meu filho, mas às vezes me sinto incapaz de cuidar dele, acho que

possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências” (CIELLO *et al*, 2012, p. 80).

⁶ “O puerpério representa a fase pós-parto, na qual a mulher passa por modificações gerais – genitais, psíquicas e somáticas -, com um retorno gradativo às condições anteriores. É um período variável, que não evolui igualmente em todas as mulheres. Inicia-se em geral após a dequitação da placenta, embora também possa ocorrer com a placenta ainda inserida, caso cesse sua função endócrina nos casos de morte ovular. Com o retorno da ovulação e da função reprodutiva da mulher, ocorre o término do puerpério. Nas puérperas que estão amamentando, o retorno da ovulação é imprevisível, podendo demorar de seis a oito meses, dependendo da frequência da amamentação. Já nas mulheres que não amamentam, a primeira ovulação pode ocorrer após seis a oito semanas do parto (SILVA, 2011, p. 103-104).

⁷ “Art. 123 - Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após: Pena - detenção, de dois a seis anos” (BRASIL, 2018d).

estou fazendo algo errado ou deixando de fazer algo (CIMINO; SCHIAVO; RUAS. 2018).

Ante o exposto, entende-se que a humanização engloba não só o parto propriamente dito, mas sim uma série de condutas não intervencionistas que prezam pela diminuição da mortalidade materna e infantil, bem como a vivência de um parto não traumático para a mãe e o bebê, além de garantir que a mulher possa concluir essa fase de forma plena e saudável, e não ser tratada como se estivesse doente. Ainda, quando se faz referência ao termo “humanização”, logo se vê uma forma de questionamento quanto às práticas que vem sendo realizadas pelos profissionais da saúde; pensa-se, então, em uma maneira de transformar tais práticas com a intenção de avançar, não se limitando apenas à postura acadêmica, e às desigualdades de gênero, classe e raça predominantes na sociedade (MANFRINI, 2017, p. 88).

Por fim, observa-se que com a construção do conceito de parto humanizado, as mulheres passaram a estranhar determinadas práticas hospitalares e considera-las um tipo de violência. Dessa forma, dentro das páginas da *web* as mulheres encontraram um espaço para falar sobre o seu sofrimento e ainda receber apoio de outras mulheres que lutam pelo fim da violência obstétrica; tais desabaços são, hoje, a voz de todas às mulheres que morreram por conta da violência obstétrica.

3.2 DIREITOS REPRODUTIVOS E VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Muito se fala em garantir às mulheres seus direitos sexuais e reprodutivos, considerando que em pleno século XXI ainda seja algo tão violado. A luta que tem como objetivo a conquista por tais direitos é algo que deriva de uma construção histórica e resultado de uma sociedade patriarcal que, não satisfeita em dominar apenas terras, deseja também o controle das mulheres e de seus corpos, como forma de poder, e como consequência fere gravemente os direitos humanos das mulheres. (OLIVEIRA; CAMPOS, 2009, p. 15).

A ideia de fornecer informação de qualidade e assistência à saúde no campo reprodutivo para todas as mulheres, independentemente da sua cor, raça ou classe surgiu nos anos de 1970 graças ao discurso de feministas que lutavam pela autonomia de seus corpos, pelo direito ao aborto seguro e legalizado e pela igualdade de gênero frente às obrigações reprodutivas e contraceptivas. Na década de 1980 passaram a buscar liberdade para exercer suas sexualidades e reprodução livres de

preconceitos e violência. Apesar de discutir-se o assunto há muitos anos, a área que envolve a saúde reprodutiva das mulheres lida com várias formas de discriminações, desigualdades e doutrinas ensinadas pelas igrejas, o que torna essa briga na busca por garantias, liberdade e igualdade no que tange aos direitos reprodutivos, algo complexo de lidar. Os direitos reprodutivos passaram a ser reconhecidos como direitos humanos apenas em 1994, sendo, então, introduzidos na legislação como direitos fundamentais (VENTURA, 2009, p. 22).

Apesar de já ter havido uma mudança considerável, principalmente no que diz respeito às leis e políticas públicas que visam garantir às brasileiras um fácil acesso à obstetrícia para atendimento de problemas na saúde materna, ainda é algo escasso e de baixa qualidade, principalmente quando se considera que a pobreza entre as mulheres no Brasil vem crescendo a cada ano, bem como as desigualdades, seja em esfera regional ou até mesmo nos diferentes grupos de mulheres. Isso porque para umas o acesso a tais direitos é algo tão fácil, mas para a maior parte das mulheres é uma realidade muito distante, na maioria das vezes, ainda é desconhecida (VENTURA, 2011, p. 212-213).

Foi possível abordar o tema no Brasil a partir do momento em que se passou a debater as mudanças essenciais a serem feitas para democratização do país, as quais ocorreram com a consolidação da Carta Magna⁸; essa que acolheu grande parte dos anseios almejados pelas feministas, incluindo os que dizem respeito aos direitos reprodutivos. É possível então eleger o ano de 1988 como o momento em que a legislação brasileira positivou os princípios de direitos humanos (VENTURA, 2011, p. 213-214).

Trata-se de um assunto bastante significativo tanto para as mulheres quanto para os homens. Ocorre que a sociedade ainda leva muito em consideração questões de gênero, fazendo com que o assunto reprodução e saúde reprodutiva seja mais delicado para as mulheres. A afirmação fica clara quando considera-se que: (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 15).

As mulheres, por razões biológicas e sociais, correm um risco maior de serem infectadas, são menos propensas a buscarem ajuda, são mais difíceis de serem diagnosticadas, tem maior risco de permanecerem com sequelas de

⁸ “Princípios e direitos fundamentais que passaram a ser previstos na Constituição Federal de 1988: direito a dignidade da pessoa humana, direito à vida, direito à liberdade, direito à segurança, direito à saúde, proteção à maternidade e paternidade responsável e o planejamento familiar” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2009, p. 54-59).

doenças, e estão mais sujeitas a discriminações sociais e as suas consequências (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 15).

Além de estar totalmente relacionada com os direitos humanos, é importante entender questões de saúde reprodutiva para garantir às pessoas não apenas uma vida sexual satisfatória, mas também, segura e livre para que possam tomar suas decisões quanto ao planejamento familiar. Ainda, por questões relacionadas às diferenças sociais, trata-se de um tema bastante preocupante, principalmente para as mulheres, pois o fato da desigualdade de gênero, faz com que as mesmas tenham mais problemas de saúde relacionados ao sistema reprodutivo do que os homens. Isso porque, apesar de estarem sujeitas às mesmas doenças que eles, deve-se considerar não apenas sua constituição genética e hormonal, mas principalmente questões sociais e de gênero, visto que para muitos ainda é tabu falar sobre o tema, relacionando-o às mulheres. Tal assunto, para muitas mulheres, ainda é um assunto delicado de abordar, apesar de sua importância. Dessa forma, um grande número de doenças que afetam as mulheres está relacionado a/s suas funções, ao seu potencial reprodutivo e ao modo como as sociedades influenciadas por questões de gênero cuidam ou deixam de cuidar delas (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 8).

Ainda, observa-se que quando se trata de métodos contraceptivos, a responsabilidade no geral recai sobre a mulher, visto que ela pode escolher fazer o uso ou não de opções disponíveis no mercado, como por exemplo, a pílula anticoncepcional. Tal encargo imposto às mulheres fazem com que, além de expor seu corpo e saúde em risco por conta dos hormônios que são ingeridos, exime-se o homem de qualquer inconveniência, quando na verdade o ônus deve ser compartilhado pelo casal. Da mesma forma é possível tratar a infertilidade. Pelo fato de gestar ser uma condição da mulher, é comum que em caso de infertilidade a mulher seja questionada por familiares e amigos e muitas vezes se sinta culpada, inclusive, se a condição de infértil seja do parceiro, tendo em vista as razões biológicas, e mais uma vez o homem se exime, sobrecarregando o psicológico, a mente e o corpo da companheira (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 17).

Também, deve-se tratar os direitos reprodutivos das mulheres na esfera dos direitos humanos, principalmente quando se fala na assistência que as parturientes recebem hoje nos hospitais. Observa-se, que, apesar de a lei prever

determinados direitos, como, por exemplo, a Lei do Planejamento Familiar⁹, trata-se de um tema que requer maiores cuidados. Isso porque, além da falta de um atendimento qualificado durante o pré-natal, o atendimento por parte dos profissionais da saúde carece de um atendimento humanizado, e, que, garanta à gestante ou parturiente o seu direito de autonomia. Um dos motivos para que tais mudanças sejam realizadas, é o alto número de morte materna, que, apesar de ter reduzido de uns anos para cá, ainda precisa de avanços, segundo a OMS. Esse índice existe por conta da forma que as gestantes e parturientes são atendidas nas maternidades de hospitais, independentemente de ser atendimento público ou privado. Tal índice atinge, com maior frequência, as mulheres mais pobres, por conta também da falta de cuidados com o bebê nas primeiras horas de vidas, e pela falta de cuidados importantes durante a gestação e nascimento, bem como a alta taxa de pessoas infectadas por doenças sexualmente transmissíveis. (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 10).

Considera-se morte materna aquela que ocorre durante a gestação, parto ou até os 42 (quarenta e dois) dias pós-parto. Dentro desse contexto, estima-se que no ano de 2015 em média 830 (oitocentos e trinta) mulheres no mundo vieram a óbito por conta de complicações relacionadas a esse período. Grande parte dos casos poderiam ter sido evitados se o atendimento prestado às gestantes tivesse mais qualidade e o ambiente mais recursos. Basicamente todos os casos acontecem em países que ainda estão se desenvolvendo. Considera-se esse número inadmissível e estuda-se meios para reduzir tais taxas (OMS, 2018).

Segundo dados da Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, há 62 mortes maternas por 100 mil partos no Brasil. A maior causa de mortalidade materna no Brasil é a hipertensão, responsável por 20% das mortes, depois vêm casos de hemorragia, com 12%, infecção puerperal com 7% e aborto que provoca 5% das mortes (CANUTO, 2015).

Ainda, entende-se que o índice de mortalidade materna tenha relação com questões interseccionais:

O entendimento atual é de que a mortalidade e morbidade maternas envolvem não só aspectos biológicos e de saúde, como também aspectos éticos, jurídicos e sociais. A mortalidade materna é considerada um indicador

⁹ “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” (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 10).

privilegiado do estado de saúde de uma população, pois revela as falhas dos sistemas de saúde na assistência e as condições de vida de uma população, além de indicar o nível de reconhecimento das sociedades para com os direitos humanos das mulheres (VENTURA, 2009, p.122).

Observa-se que, atualmente, a mortalidade materna entre as mulheres brancas é consideravelmente menor comparado ao número de mulheres negras que morrem durante o parto, de forma que contra essas o número da violência vem aumentando a cada dia. Acredita-se que esses dados existem pelo fato de mulheres brancas sofrerem menos intervenções na gestação, e, principalmente durante o parto. Ainda, além do racismo, deve-se levar em consideração causas clínicas e razões socioeconômicas (CANUTO, 2015).

De 2000 pra 2012 as mortes por hemorragia entre mulheres brancas caíram de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre mulheres negras aumentou de 190 para 202. Por aborto, a morte de mulheres brancas caiu de 39 para 15 por 100 mil partos. Entre negras, aumentou de 34 pra 51 (CANUTO, 2015).

Frente a estes dados que revelam as discriminações de raça e etnia dos/as profissionais da saúde, pode-se trazer o caso da brasileira Alyne da Silva Pimentel Teixeira para materializar essa violência que ocorre especificamente contra as mulheres negras. Alyne tinha 28 anos, uma filha de 5 anos e possuía marido. Alyne era negra. Ela estava gestante de seis meses quando procurou ajuda na rede pública de saúde no estado do Rio de Janeiro com fortes dores no abdômen e enjoo, mas o profissional da saúde que a atendeu, diagnosticou que Alyne estava bem, apesar de não estar. Ao retornar em busca de atendimento médico, constatou-se que o bebê de Alyne estava morto. Precisou esperar horas para que sua cirurgia fosse efetuada, e, ainda, após isso aguardou ser transferida para um hospital de outra cidade, visto que sua situação se agravou. Sem forças para aguardar por um atendimento médico, Alyne faleceu por conta de uma hemorragia (BRASIL, 2013).

Em 2011, o Cedaw responsabilizou o Estado brasileiro por não cumprir seu papel de prestar o atendimento médico adequado desde o início das complicações na gravidez de Alyne. Para o órgão, a assistência à saúde uterina e ao ciclo reprodutivo é um direito básico da mulher e a falta dessa assistência consiste em discriminação, por tratar-se de questão exclusiva da saúde e da integridade física feminina (BRASIL, 2013).

Ainda, o órgão que responsabilizou o Estado brasileiro pela falta de atendimento adequado, condenou o mesmo ao pagamento de indenização para a

família da vítima e apontou algumas melhorias a serem realizadas no serviço de saúde público com relação às mulheres gestantes (BRASIL, 2013).

De modo geral, ao comparar os tempos que antecederam a consolidação da Constituição Federal em 1988, é possível observar que quando se trata da saúde reprodutiva das mulheres, são notáveis o melhoramento e desenvolvimento obtido, porém, ainda há muito o que se discutir, pois apenas a previsão legal não basta para que tais direitos sejam respeitados. Ainda, é preocupante como os direitos humanos das mulheres costumeiramente são violados de forma natural, afetando diretamente seus direitos reprodutivos. Essa falta de tratamento humano, bem como de respeito por esse direito inviolável, afeta diretamente a saúde reprodutiva da mulher, podendo, inclusive acarretar em morte da mãe ou do bebê. Apesar de não faltar informações e tecnologias no que diz respeito ao conhecimento atribuído aos médicos e profissionais da saúde no geral, diariamente os direitos humanos e a autonomia das mulheres que estão sobre responsabilidade desses profissionais são desrespeitados, e para que isso não mais ocorra, é imprescindível o empoderamento feminino para denunciar os agressores, e também, que a sociedade passe a estranhar tais práticas (COOK; DICKENS; FHATALLA, 2004, p. 11).

Por fim, vê-se que apesar de os direitos reprodutivos serem considerados direitos fundamentais e integrarem a esfera dos direitos humanos, o acesso a essas garantias ainda está muito distante, principalmente quando se considera questões raciais e socioeconômicas.

3.3 O SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A ciência define violência como algo que prejudique o estado físico em que uma ou um grupo de pessoas se encontra, ou seja, para que se caracterize violência é necessário a presença de uma lesão com emprego de força oriunda de um terceiro. Norberto Bobbio assim define violência em seu dicionário de política:

Por Violência entende-se a intervenção física de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo (ou também contra si mesmo). Para que haja Violência é preciso que a intervenção física seja voluntária: o motorista implicado num acidente de trânsito não exerce a Violência contra as pessoas que ficaram feridas, enquanto exerce Violência quem atropela intencionalmente uma pessoa odiada. Além disso, a intervenção física, na

qual a Violência consiste, tem por finalidade destruir, ofender e coagir. É Violência a intervenção do torturador que mutila sua vítima; não é Violência a operação do cirurgião que busca salvar a vida de seu paciente. Exerce Violência quem tortura, fere ou mata; quem, não obstante a resistência, imobiliza ou manipula o corpo de outro; quem impede materialmente outro de cumprir determinada ação. Geralmente a Violência é exercida contra a vontade da vítima. Existem, porém, exceções notáveis, como o suicídio ou os atos de Violência provocados pela vítima com finalidade propagandística ou de outro tipo (BOBBIO, 1998, p. 1291)

Sendo assim, o autor afasta a ideia de que a violência se origine do poder e da vontade própria do agente (BOBBIO, 1998, p. 1292), o que na prática observa-se não ser a realidade, considerando que quando se trata da violência de gênero como forma de violência obstétrica, vê-se que essa poderia ser evitada se revista as ações dos agentes. Além disso, a definição de violência pode ir além de um ato físico, como explica Santos (2002, p. 17-18).

As diferentes formas de violência presentes em cada um dos conjuntos relacionais que estruturam o social podem ser explicadas se compreendermos a violência como um ato de excesso, qualitativamente distinto, que se verifica no exercício de cada relação de poder presente nas relações sociais de produção do social. A ideia de força, ou de coerção, supõe um dano que se produz em outro indivíduo ou grupo social, seja pertencente a uma classe ou categoria social, a um gênero ou a uma etnia, a um grupo étnico ou cultural. Força, coerção e dano, em relação ao outro, enquanto um ato de excesso presente nas relações de poder - tanto nas estratégias de dominação do poder soberano quanto nas redes de micropoder entre os grupos sociais - caracteriza a violência social contemporânea.

A utilização do termo violência obstétrica faz parte do conceito histórico do parto, e surgiu por conta de movimentos feministas que lutam pela humanização das vias de nascimento e que acreditam acima de tudo na medicina embasada em evidências científicas que não empregam o uso da força, respeitando a autonomia da mulher. Em suma, esse tipo de violência não é apenas marcado por situações que abalam o psicológico da mulher, mas também por procedimentos que deixam marcas de violência física, como é o caso da episiotomia. De modo geral, a violência pode ocorrer durante toda a assistência prestada durante a gestação, parto e pós-parto, e não ocorre só por conta dos procedimentos médicos, mas também, quando a autonomia da mulher é desrespeitada (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016, p. 51-53).

Ainda, pode-se considerar que a violência obstétrica define-se da seguinte forma:

Caracteriza-se pela intervenção institucional indevida, não autorizada ou sequer informada, até mesmo abusiva, sobre o corpo ou processo reprodutivo da mulher, que violam sua autonomia, informação, liberdade de escolha e participação nas decisões sobre o seu próprio corpo. Apresenta-se pela intervenção institucional indevida, não autorizada ou sequer informada (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016, p. 51).

A forma de violência em questão deve ser considerada, também, como violência de gênero, pois deriva das relações desiguais de gênero, devendo levar em consideração questões de classe social, cor e também as culturais. Isso ocorre por conta da forma que a sociedade patriarcal tem o costume de historicamente, dominar os corpos das mulheres. A violência obstétrica, por se constituir uma forma de violência de gênero dispõe de pouca legislação em esfera federal que aborde o tema, podendo ser citada como maior exemplo a “Convenção de Belém do Pará” do ano 1995, a qual prevê que a mulher tem o direito de viver livre da violência. Porém, tal dispositivo está distante de ser suficiente para eliminar tal tipo de violência, necessitando que as mulheres passem a conhecer a existência desse crime, observar se foram vítimas, e, principalmente denunciar os agressores, com o intuito de ajudar outras mulheres a não passar por ocorrências da mesma natureza, e banir essa ideia patriarcal, preconceituosa e violenta do futuro das próximas gerações (MANFRINI, 2017, p. 115-117).

Por fim, conclui-se que a violência em si faz parte da coletividade de pessoas, ou seja, está introduzida na sociedade e por isso caracteriza-se como uma construção social, assim como a violência de gênero, que está tão inserida no momento do parto que a maioria das mulheres que sofrem violência obstétrica ao menos sabem que se trata de uma forma de violência, acreditando que devem passar por tal situação pelo fato de sempre ter sido daquela forma. O Direito enquanto alternativa para as vítimas não deve se limitar apenas a punir o agressor, mas também, em promover a transformação da sociedade, abraçando as batalhas na luta contra a violência de gênero que pode se constituir como violência obstétrica e dar a devida atenção ao tema. Às mulheres cabe reassumir seu papel de protagonista no momento do parto, e retomar sua autonomia para tomar as decisões que envolvam seus corpos (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016, p. 57).

A autonomia está relacionada com o respeito à pessoa e denota que a vontade, os valores morais e as crenças de cada um devem ser respeitados. Para isso, a vontade e o consentimento livre do indivíduo devem preponderar em qualquer situação [...] O princípio da autonomia representa, nesse

sentido, a capacidade da pessoa de tomar suas próprias decisões (SILVA, 2011, p. 17).

Dessa forma, entende-se que a mulher em condição de gestante ou parturiente, possui total condições enquanto indivíduo de tomar decisões que dizem respeito ao seu corpo. Ainda, acredita-se que quando suas vontades durante o nascimento de seu filho/a são respeitadas, ela vive uma experiência humanizada onde se torna a protagonista do evento.

4 O PAPEL DO DIREITO NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: LIMITES E DESAFIOS

Quando se coloca em pauta questões como gênero, corpo e patriarcado, conclui-se que muitas das formas de violência contra as mulheres ocorrem por questões relacionadas as desigualdades de gênero. Dessa forma, chega-se ao ponto em que se discute a maneira como grande parte das mulheres são tratadas nos hospitais e por profissionais da saúde durante a gravidez, parto e pós-parto o que finaliza em uma forma de violência, tratada, hoje, como violência obstétrica. E, de posse de todas essas questões, questiona-se como o conceito de violência obstétrica, oriundo da confluência de saberes das ciências humanas, sociais e da saúde, está sendo construído e abordado pelo Direito, seja pelas leis, decisões judiciais e doutrina. Ou seja, como o direito pode ingressar nessa questão utilizando o que dispõe a legislação brasileira hoje, considerando que não há de fato uma Lei Federal que aborde a violência obstétrica.

Além do mais, também é intuito deste capítulo trazer as demandas dos movimentos feministas em prol da humanização do parto e como essas demandas têm repercutido no mundo jurídico.

4.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: ESTUDO DA LEI CATARINENSE E DOS PROJETOS DE LEI EM ANDAMENTO NO CONGRESSO NACIONAL

A princípio, deve-se frisar que o objetivo desse tópico é fazer um panorama geral do que dispõe a atual legislação brasileira, ou até mesmo a falta dela. Desse modo, os assuntos serão abordados superficialmente com a intenção de expor tais mecanismos.

Como exposto nos capítulos anteriores, historicamente as mulheres conviveram com alguma forma de violência, seja essa física ou psicológica. Dessa forma, abordar-se-á nesse trabalho especificamente a violência obstétrica, como seu conceito tem sido aos poucos construído, e graças à divulgação de relatos públicos de mulheres que já foram vítimas de tal abuso. É possível reconhecer que independentemente do atendimento ter ocorrido em setor público ou privado, a

desconsideração¹⁰ que as gestantes e parturientes vêm recebendo no atendimento pré-natal, parto e pós-parto está sendo cada vez mais exposta (ZANARDO *et al*, 2017, p. 4-5). Diante da ocorrência e exposição de tais práticas, é fundamental estudar o tema para melhor definir e compreender tais ações, que desrespeitam e ferem os direitos humanos das mulheres, a fim de elaborar medidas que possam prevenir e acabar com esses comportamentos, manifestando-se da seguinte forma:

Atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas (OMS, 2014)

Por ser um conceito ainda em construção e por ter ganho força recentemente, sabe-se que atualmente não há uma Lei Federal no Brasil que garanta às mulheres assistência, prevenção e punição nos casos de violência obstétrica. Todavia, reconhece-se a existência de tal agressão, e sendo assim, para que os juristas possam atuar em benefício das mulheres, precisam se amparar no que existe na atual legislação, mesmo que não contemplem especificamente o tema em sua plenitude.

Dessa forma, pode-se iniciar a apresentação de alternativas legais expondo instrumentos que abordam a violência de gênero como um tipo de violência, como é o caso da Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2018g). Apesar da citada Lei apresentar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, traz interessantes conceitos passíveis de apropriação pelo advogado/a no momento de ingressar com uma inicial na via judicial, possibilitando compreender o que vem sendo feito com as gestantes, parturientes e puérperas como uma forma de violência psicológica e sexual. Tal violência pode, inclusive, anular os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e exemplo disso seria a realização de uma episiotomia, assim definida por Bento e Santos (2006, p. 553) “a episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão – segundo período do parto”.¹¹

¹⁰ De acordo com resultados apresentados por uma pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS entre maio e outubro de 2012, cerca de 12,7% do total de mulheres entrevistadas vivenciaram algum tipo de situação desrespeitosa durante o parto (foi mal atendida, não foi ouvida/atendida nas suas necessidades, agressão física ou verbal, outros) (BRASIL, 2012, p. 44).

¹¹ “Esse procedimento ocorre com frequência, mesmo considerando-se que deveria ser evitado visto que a vagina é um músculo. A realização de uma episiotomia pode comprometer a sexualidade de

O estudo evidenciou que a voz da mulher não é valorizada, pois não existem estudos na perspectiva de gênero. Isso depende de mudanças na concepção e ideologia da utilização da episiotomia, não só como procedimento cirúrgico, mas como prática social, atrelada a valores diversos delineados historicamente (BENTO; SANTOS, 2006, p. 558).

Para exemplificar a aplicação da Lei Maria da Penha em casos de violência obstétrica, pode-se citar o seu art. 5º, visto que incorpora em seu texto a violência de gênero: “Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2018g).

Ressalva-se que a Lei Maria da Penha não poderia ser aplicada expressamente em um caso que a mulher fora vítima de violência obstétrica, a não ser que essa violência fosse praticada por alguém da família, por exemplo, com a utilização de alguma das condutas expressas no Art. 3º da Lei estadual nº 17.097/2017 que será estudada adiante. Ou seja, pelo fato da Lei Maria da Penha tratar da violência doméstica e familiar em relações de afeto, ela não poderia ser aplicada *ipsis litteris* em casos de violência obstétrica, considerando que essa traz a correlação entre médico, equipe médica, hospital e por último a família da gestante, parturiente ou puérpera.

Seguindo a linha de legislações que abordam questões de gênero como uma forma de violência, e tendo em vista que o Brasil não possui um tratado internacional que trata especificamente da violência tema desta pesquisa, pode-se citar como maior exemplo para a criação da Lei Maria da Penha, qual seja, a Convenção de Belém do Pará¹² que define a violência contra a mulher em seu primeiro artigo como uma violência de gênero. Como visto nos capítulos anteriores, essa concepção de violência deriva das relações sociais de poder que considera as mulheres como seres inferiores aos homens, resultando em uma desigualdade social.

Além do mais, a Convenção em pauta considera que a violência contra as mulheres caracteriza-se também como violência contra os direitos fundamentais e humanos, e ainda limita que as mesmas possam exercer suas vontades livremente, como por exemplo, quando se trata dos seus direitos reprodutivos. Dessa forma,

uma mulher, já que além de uma cicatriz permanente no corpo da mulher, quando mal realizada causa dores por um longo período” (BENTO; SANTOS, 2006, p. 553).

¹²A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher foi adotada pelo Brasil em 1994 (BRASIL, 2018a).

torna-se importante ressaltar que qualquer tipo de violência contra as mulheres, neste caso especificamente a violência obstétrica, afeta seu pleno desenvolvimento e se configura como uma violação aos direitos humanos das mulheres, pois atinge o livre exercício dos demais direitos (AGENDE, 2004, p. 18).

Por fim, acredita-se que as mulheres estejam sujeitas a esse tipo de violência independentemente do lugar, abrangendo, inclusive, os hospitais em sua definição, como dispõe o texto do seu primeiro artigo:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (BRASIL, 2018a).

Ainda referindo-se à Convenção de Belém do Pará, é importante mencionar o disposto no art. 5º desta que, além de esclarecer a violência contra as mulheres é uma maneira de restringir direitos das mesmas. Declara, também, que independentemente da sua condição de gênero, os direitos e garantias devem ser iguais para todos e que é dever dos Estados elaborar mecanismos que garantam às mulheres tal igualdade. O Brasil, mesmo tendo ratificado a Convenção de Belém do Pará, não criou mecanismos que coíbam a violência de gênero ou a violência obstétrica, ficando essa garantia, como em muitas outras vezes, sujeita à luta de mulheres para que ocorram as necessárias mudanças na legislação brasileira (AGENDE, 2004, p. 21).

Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos (BRASIL, 2018a).

Apesar de no Brasil o Ministério da Saúde recomendar e regulamentar o parto humanizado com o intuito de erradicar a violência obstétrica, não é suficiente. Ainda, sabe-se que há um déficit na legislação brasileira que regule sobre o tema, considerando que não existe uma lei em esfera federal. Dessa forma, observa-se que profissionais que estudam o assunto utilizam como modelo e importante marco legal, legislações de outros países da América Latina, valendo-se como exemplo a

Argentina¹³ e a Venezuela¹⁴. A legislação Argentina é um grande exemplo quando se trata de garantias de direitos durante o período gestacional, trabalho de parto, parto e pós-parto por estimular a autonomia da mulher em todos esses momentos, conforme o artigo 2º da Lei¹⁵.

Ainda, a Argentina expediu no ano de 2009 uma legislação que visa a prevenção, punição e o fim tipo da violência contra a mulher¹⁶, tendo incluído em seu bojo a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher. Nesse contexto, conceitua em seu artigo 6º, “e” como aquela que parte de um profissional da saúde, que, de modo geral, trate o parto e nascimento como um evento médico e que coloque em risco os direitos reprodutivos da mulher (ARGENTINA, 2018b).

Aquella que ejerce el personal de la salud sobre el cuerpo u los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (ARGENTINA, 2018b).¹⁷

A Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência promulgada na Venezuela, em 2007, esboça um conceito ainda mais íntegro sobre o tema discutido neste trabalho. Isso porque, a referida lei traz à baila a apropriação dos corpos das mulheres grávidas pelo profissional da área da saúde que presta

¹³ Lei nº 25.929, de 25 de agosto de 2004 (ARGENTINA, 2018a).

¹⁴ Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, de 2007 (VENEZUELA, 2018).

¹⁵ Tradução livre: "Artigo 2º.- Toda mulher, em relação à gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, tem os seguintes direitos: a) A ser informada sobre possíveis intervenções médicas que venham a ocorrer durante esses processos de maneira que possa optar livremente quando existir outras alternativas. b) A ser tratada com respeito, e de modo individual e personalizado que lhe garanta intimidade durante todo o processo assistencial e leve em consideração suas diretrizes culturais. c) A ser respeitada em sua situação, respeitando o processo do nascimento, como uma pessoa saudável, de forma que facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto. d) À um parto natural, respeitando o tempo biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e o uso de medicamentos se o estado de saúde da parturiente e do bebê estiverem bem. e) A ser informada sobre a evolução do parto, sobre o estado do bebê e, no geral, estar envolvida nas diversas ações dos profissionais da saúde. f) Não deve ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo objetivo seja investigar, exceto para consentimento por escrito sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética. g) Ser acompanhada por uma pessoa da sua confiança e escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. h) Ter seu bebê ao seu lado durante a permanência na unidade de saúde, desde que o recém-nascido não necessite de cuidados especiais. i) Ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da amamentação e receber apoio para o enfermeiro. j) Receber conselhos e informações sobre o cuidado de si e da criança. k) Ser informada especificamente sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança." (ARGENTINA, 2018a).

¹⁶ Lei nº 26.485, de 11 de março de 2009 - "Lei de proteção abrangente para prevenir, punir e erradicar a violência contra mulheres em áreas onde desenvolvem suas relações interpessoais" (ARGENTINA, 2018b).

¹⁷ Tradução livre: "Aquela que o profissional da saúde exerce o sobre os corpos e processos reprodutivos das mulheres, por conta de um tratamento desumano, e de um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais" (ARGENTINA, 2018b).

atendimento à parturiente em condição de gestante, gerando, por conta disso, uma experiência negativa na vida da mulher (VENEZUELA, 2018).

Violência obstétrica: se entende como violência obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2018).¹⁸

Hoje, no Brasil, a legislação em esfera federal que garante direitos a parturiente é a lei do acompanhante, Lei nº 11.108¹⁹. A mesma tem como objetivo garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). Ainda, observou-se através dos relatos públicos expostos no capítulo anterior, que tal lei é diariamente descumprida por profissionais da área saúde. Acredita-se que o eventual desconhecimento do dispositivo por parte da parturiente, possa ser um dos motivos que venha a tornar a Lei descumprida dentro dos hospitais. Além disso, dar às mulheres a oportunidade de ter um acompanhante de sua escolha garante que a mesma se sinta mais segura durante o parto, garantindo o livre exercício de seus direitos reprodutivos (RODRIGUES *et al*, 2017, p.3).

Não permitir a presença do acompanhante no momento do parto e nascimento é uma prática que se expressa culturalmente nas relações com os profissionais de saúde, segundo a qual o acompanhante é uma “complicação” nesse momento. Assim, em algumas situações, o profissional acaba utilizando sua autoridade e poder institucional para impedir que a mulher faça valer esse direito legal, o que pode caracterizar uma violação dos direitos sexuais, reprodutivos e humanos. Desse modo, o acompanhante assegura à mulher apoio físico e emocional auxiliando a acalmá-la e promovendo a fisiologia do parto, assim inibindo intervenções desnecessárias e até mesmo a própria violência, manifestada pelos profissionais de saúde com condutas inadequadas e discriminatórias que, por ocasionarem sentimentos negativos na mulher, podem contribuir para um parto mais inseguro” (RODRIGUES *et al*, 2017, p. 8).

¹⁸“Se entende como violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo profissional da saúde, que se traduz em um tratamento desumanizado, em um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, resultando na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, gerando um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres” (VENEZUELA, 2018).

¹⁹“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, 2018f).

Por não existir uma lei federal que coíba a violência obstétrica, será realizado um breve estudo em esfera estadual. Dessa forma, para que seja possível seguir uma linha de pensamento, utilizar-se-á exemplos de leis e decisões catarinenses ao longo do texto. Isso porque o referido estado é considerado exemplo em termos de material disponível que abordem a violência obstétrica, sem desconhecer ou desconsiderar o trabalho realizado por outros estados.

Dessa forma, além da previsão legal que garante à parturiente um acompanhante de sua escolha, alguns estados brasileiros, como, por exemplo, Santa Catarina²⁰, preveem a presença de uma Doula. Trata-se de outras mulheres que estudaram e se prepararam para dar assistência física e emocional às mulheres grávidas durante a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto com o intuito de facilitar a evolução do nascimento do bebê e tranquilizar a mãe durante esse período. Além disso, é importante ressaltar que esta Lei não se confunde com a Lei do acompanhante anteriormente mencionada. Logo, à parturiente tem a garantia de duas pessoas de sua confiança durante o evento do parto (SANTA CATARINA, 2018a).

A presença de um acompanhante, seja membro da família, estranho, amigo, ou mesmo um profissional que acompanhe a mulher no préparto e no parto, diminui significativamente o sofrimento da parturiente, as dores e o uso de procedimentos desnecessários (SILVA *et al*, 2011, p. 2793).

Apesar de tratar-se de um trabalho cujo retorno é positivo para as mulheres que tem esse tipo de assistência, a presença de uma doula dentro de determinados ambientes hospitalares ainda não é bem vista por todos os profissionais da área da saúde. Isso porque, alguns desses profissionais consideram desnecessário a presença de muitas pessoas durante o trabalho de parto e o próprio parto, ou seja, julgam que as pessoas escolhidas pela parturiente sequer farão diferença durante o evento. Dessa forma, acredita-se que há muito o que se fazer no Brasil para alcançar um reconhecimento e aceitação dessas profissionais dentro de maternidades, independentemente se públicas ou particulares, visto que entende-se que a presença de uma doula é bastante positiva para que a parturiente consiga um parto respeitoso (SILVA *et al*, 2011, p. 2793).

O suporte de informações fornecido pela doula por meio do diálogo e de orientações pode promover o desenvolvimento de um trabalho de parto

²⁰ Lei nº 16.869, de 15 de janeiro, de 2016 (SANTA CATARINA, 2018a).

tranquilo, uma vez que as dúvidas que surgem e os medos sobre o desconhecido podem ser mais facilmente entendidos e superados quando explicados em tom de compartilhamento (SANTOS; NUNES, 2009, p. 586).

É importante mencionar que alguns estados do Brasil já possuem legislação que visam erradicar a violência obstétrica, como, por exemplo, o estado de Santa Catarina que no ano de 2017 sancionou a Lei nº 17.097 que comunica às mulheres em condição de gestante ou parturiente sobre o que é a violência obstétrica, e, também, zela pela segurança da mesma. A lei em questão julga que a violência obstétrica pode partir dos profissionais da área da saúde ou até mesmo de um membro da família, podendo se manifestar tanto por meio de forma física quanto verbal durante qualquer período relacionado ao evento biológico do nascimento, incluindo o estado puerperal (SANTA CATARINA, 2018b).

Para materializar a violência física e verbal, a lei traz em um dos seus artigos a nominação de algumas condutas realizadas contra a mulher em condição de gestante. Essas titulações vão desde se referir à vítima de forma irônica ou agressiva, ou seja, tratá-la de como se fosse um ser incapaz até simplesmente não responder às dúvidas provenientes da situação, e, também, submetê-la à intervenções médicas quando não há de fato necessidade. Ademais, para que conste todas as formas possíveis de ofensa contra as mulheres gestantes mencionadas nessa legislação, o anexo A deste trabalho traz o corpo da Lei estadual nº 17.097 completo (SANTA CATARINA, 2018b).

Cumprindo ainda ressaltar que esta legislação em esfera estadual não tem consequência jurídica, ou seja, em nenhum momento torna as determinadas práticas mencionadas no artigo 4º crime, mesmo porque faltaria ao legislativo estadual essa competência constitucional para tanto. A Lei estadual apenas informa o fato de ser dever do profissional da área da saúde e dos familiares que estejam acompanhando a mulher que possa fazer uso da lei. Presume-se então, que a lei seja um mecanismo para embasar uma ação de responsabilidade civil. Observa-se, também, que apesar de auxiliar, existe a necessidade de uma lei em esfera federal com o objetivo de instituir um tipo penal para os casos de violência obstétrica contra as mulheres (SANTA CATARINA, 2018b).

No Brasil, existe em análise na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 7.867, de 2017, da deputada mineira Jô Moraes. De acordo com o próprio texto do artigo 1º do projeto de lei, “tem por objeto 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, 2018b) e, pelo fato de ser semelhante às leis da Argentina e da Venezuela, o projeto em questão tem como princípio a humanização do parto. Observa-se isso, também, no texto do artigo 3º “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, 2018b).

Além de nominar as práticas que caracterizam a violência obstétrica em seu artigo 4º e incisos, como, por exemplo, gritar com a mulher, o projeto reforça a importância de um plano de parto no parágrafo único do seu artigo 2º. Ainda, apensado a o referido Projeto de Lei, também está em análise na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº 7.633, de 2014 que aborda as mesmas questões (BRASIL, 2018c).

Todavia, observa-se que mesmo com as mulheres se opondo cada vez mais a tais práticas designadas violentas, ainda falta informação a ponto do próprio judiciário não reconhecer a episiotomia e outras práticas elencadas na Lei Estadual nº 17.097, de 2017, como violência obstétrica. Podendo, dessa forma, acarretar grandes consequências na vida sexual e reprodutiva das mulheres. Diante disso, buscou-se realizar uma análise exemplificativa de casos que denunciem como esse conceito está sendo construído no mundo jurídico. Não se pretendeu expor aqui uma abordagem quantitativa e exaustiva dos acórdãos do tribunal citado, e sim apresentar de forma exemplificativa alguns casos que representem parte da jurisprudência do estado de Santa Catarina.

APELAÇÃO CÍVEL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS CONTRA O ESTADO DE SANTA CATARINA. PARTO DE ALTO RISCO. AUTORA QUE TEVE LACERAÇÃO DO PERÍNEO EM GRAU 2. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DA AUTORA. ALEGAÇÃO DE CERCEAMENTO DE DEFESA ANTE NÃO REALIZAÇÃO DE NOVA PERÍCIA E OITIVA DE TESTEMUNHAS. MATÉRIA CONTROVERTIDA QUE NÃO CARECE DE DILAÇÃO PROBATÓRIA, POIS DEVERIA TER SIDO ESCLARECIDA POR OCASIÃO DA PROVA TÉCNICA. DESNECESSÁRIA A OITIVA DE TESTEMUNHAS PARA O DESLINDE DO FEITO. PRELIMINAR RECHAÇADA. ALEGAÇÃO DE QUE SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL. IMPERTINÊNCIA. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO MÉDICA PARA FOSSE REALIZADO CESARIANA. LAUDO PÉRICIAL FUNDAMENTADO, OBJETIVO E CONCLUSIVO, QUE AFIRMA A POSSIBILIDADE DE LACERAÇÃO DO PERÍNEO CASO O BEBÊ SEJA GRANDE OU A MÃE CONTRAIA O MÚSCULO PERINEAL NO MOMENTO DA EXPULSÃO. FRATURA NA CLAVÍCULA DO INFANTE QUE, CONFORME DESCRIÇÃO DA LITERATURA MÉDICA, PODE OCORRER. A RECUPERAÇÃO DA LESÃO OCORRE EM POUCO TEMPO, MESMO EM CASOS NÃO

TRATADOS, SEM DEIXAR DEFORMIDADES. AUSÊNCIA DE APLICAÇÃO DE ANESTESIA PARA CONTER A DOR PROVENIENTE DA LACERAÇÃO PÉLVICA. ATO MÉDICO, CUJAS CONSEQUÊNCIAS DEVEM SER ANALISADAS CASO A CASO PELO OBSTETRA E ANESTESISTA QUE ESTÃO ACOMPANHANDO O PARTO. ADOÇÃO DE TODAS AS MEDIDAS NECESSÁRIAS E CABÍVEIS AO CASO. PROCEDIMENTOS ADEQUADAMENTE REALIZADOS PELA EQUIPE OBSTÉTRICA DA ENTIDADE HOSPITALAR. AUSÊNCIA DE FALHA NOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NOSOCÔMIO E DE PROVAS DO DANO ALEGADO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA NÃO VERIFICADA. ERRO MÉDICO NÃO CONFIGURADO. ATO ILÍCITO NÃO CARACTERIZADO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJSC, Apelação Cível n. 1022397-70.2013.8.24.0023, da Capital, rel. Des. Pedro Manoel Abreu, Primeira Câmara de Direito Público, j. 25-09-2018) (SANTA CATARINA, 2018c).

APELAÇÃO CÍVEL INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. AUTORA QUE TEVE LACERAÇÃO DO PERÍNEO EM GRAU QUATRO E DESGASTE DO OSSO DA BACIA QUANDO DA REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL. ALEGADA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E PARA AS ATIVIDADES DO COTIDIANO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DA AUTORA. EXAME PERICIAL REALIZADO MUITO TEMPO DEPOIS DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO O QUE PODE TER MODIFICADO O QUADRO FÍSICO DA AUTORA. DEMORA QUE NÃO PODE SER ATRIBUÍDA AO PODER JUDICIÁRIO, POIS A AÇÃO FOI JUIZADA QUASE TRÊS ANOS PÓS A REALIZAÇÃO DO PARTO. ADEMAIS, LAUDO PERICIAL FUNDAMENTADO, OBJETIVO E CONCLUSIVO. ALEGAÇÃO DE QUE SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A REALIZAÇÃO DO PARTO. IMPERTINÊNCIA. LAUDO PERICIAL QUE AFIRMA A POSSIBILIDADE DE LACERAÇÃO DO PERÍNEO CASO O BEBÊ SEJA GRANDE OU A MÃE CONTRAIA O MÚSCULO PERINEAL NO MOMENTO DA EXPULSÃO. PERITO QUE CONSTATOU QUE A AUTORA NÃO APRESENTA NENHUMA PATOLOGIA EM DECORRÊNCIA DO PARTO. TESTEMUNHAS OUVIDAS QUE INFORMARAM A POSSIBILIDADE DE LACERAÇÃO DO PERÍNEO DURANTE O PARTO NORMAL E A CONDUTA ADEQUADA NO TRATAMENTO DO CASO DA AUTORA. DESGASTE ÓSSEO DA BACIA QUE PODE SER CAUSADO PELA GRAVIDEZ (NÃO PELO PARTO) E PELA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE REPETITIVA. AUSÊNCIA DE FALHA NOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NOSOCÔMIO E DE PROVAS DO DANO ALEGADO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA NÃO VERIFICADA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJSC, Apelação Cível n. 0011832-34.2013.8.24.0033, de Itajaí, rel. Des. Saul Steil, Terceira Câmara de Direito Civil, j. 18-07-2017) (SANTA CATARINA, 2018d).

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MORAIS. ERRO MÉDICO. SUPOSTA NEGLIGÊNCIA. PARTO NORMAL REALIZADO EM MATERNIDADE PÚBLICA. RESQUÍCIOS DE PLACENTA NO ÚTERO QUE TERIAM PROVOCADO HEMORRAGIAS E ANEMIA. IMPROCEDÊNCIA NA ORIGEM. REQUISITOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL NÃO CARACTERIZADOS. CONDUTA ILÍCITA DOS REQUERIDOS NÃO DEMONSTRADA. PROCEDIMENTO MÉDICO CORRETO. PERÍCIA MÉDICA ANCORADA EM PROVA DOCUMENTAL HÍGIDA. SANGRAMENTO PERSISTENTE NOS MESES APÓS O PARTO QUE NÃO SE RELACIONOU COM OS RESQUÍCIOS DE PLACENTA, MUITO MENOS COM NEGLIGÊNCIA OU IMPERÍCIA MÉDICA. DEVER DE INDENIZAR INEXISTENTE. "Não havendo prova de erro médico, falha ou demora no atendimento, ou confusão indevida de diagnóstico, não há como condenar médicos, o hospital e o Estado a indenizar a paciente por dano moral (TJSC, Des. Jaime Ramos)". (TJSC, Apelação Cível n. 0017642-33.2009.8.24.0064, de São José, rel. Des. Pedro Manoel Abreu, Primeira Câmara de Direito

Público, j. 08-05-2018). HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS RECURSAIS DEVIDOS AOS APELADOS (ART. 85, § 11, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL). DECISÃO PROLATADA NA VIGÊNCIA DO NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. ARBITRAMENTO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJSC, Apelação Cível n. 0309819-48.2015.8.24.0023, da Capital, rel. Des. Vera Lúcia Ferreira Copetti, Quarta Câmara de Direito Público, j. 20-09-2018) (SANTA CATARINA, 2018e).

Ao consultar o termo violência obstétrica no site do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, não se obteve grandes resultados. Observa-se, ainda, que mesmo que a autora entre com a ação dizendo que fora vítima de violência obstétrica, a jurisprudência conclui com o termo “erro médico”. Entretanto, conclui-se que os resultados são positivos quando utilizados termos diferentes, como por exemplo, violência e parto.

Dessa forma, vê-se a existência de inúmeras ações que possam caracterizar a violência obstétrica, entre elas estão práticas como a episiotomia já abordada nesta pesquisa, manobra de *kristeller*²¹, restrição da parturiente quanto a escolha da posição e do local de parir, a realização de excessivos exames de toque e, até mesmo, de violência psicológica. Todavia, por conta de a legislação brasileira não dispor de uma lei que aborde exclusivamente a violência obstétrica, os juristas precisam trabalhar com o que Direito lhes proporciona hoje. Logo, não há instrumentos legais para a criminalização de tais atos que caracterizem esse tipo de violência. Pode-se fazer uso da responsabilidade civil, prevista no Código Civil de 2002, que dispõe a partir no seu Art. 927 e seguintes que aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo (BRASIL, 2018e); ou, então, se valer do Código Penal pelos crimes de constrangimento ilegal, previsto no Art. 146 deste código, o qual prenuncia pena de detenção de três meses a um ano, ou multa em caso de constrangimento mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda (BRASIL, 2018d), há a lesão corporal conforme dispõe o texto do Art. 129, em casos de ofensa a integridade corporal ou a saúde de outrem (BRASIL, 2018d), e, em alguns casos, até mesmo o crime de homicídio, ou seja, matar alguém, previsto no Art. 121 deste mesmo código.

²¹“Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou expremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho” (CIELLO *et al*, 2012, p. 103).

Logo, vê-se que os/as magistrados/as ainda não estão reconhecendo em seus julgados esse tipo de violência, em que pese já haver Lei estadual desde 2017. A categoria da violência obstétrica ainda não ingressou de forma efetiva no meio judicial e acaba sendo nominada como "erro médico", ou "negligência", o que certamente retira o caráter e a gravidade dada a tais questões.

4.2 O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DA VONTADE E A DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E O PARTO: OS MOVIMENTOS FEMINISTAS

Pode-se observar que até então, no direito, enquanto legislação, não houve grandes avanços no que tange aos direitos reprodutivos e o enfrentamento da violência obstétrica, ou seja, há estagnação. Observa-se, também, que existem alguns instrumentos que podem ser utilizados em casos de violência obstétrica, seja no âmbito cível ou até mesmo no penal, dependendo do caso, considerando que se entende como violência obstétrica um leque amplo de condutas.

Ademais, considerando o atual sistema de atendimento e assistencialismo para mulheres gestantes e parturientes, busca-se entender em qual oportunidade elas de fato exercem sua autonomia, se é que conseguem exercê-la. Isso porque, de modo geral, por conta de uma construção social, a mulher acata a decisão médica sem buscar maiores informações, acreditando que o imposto é o ideal para ela e o bebê. Ainda, em alguns casos é acolhida pelo médico apenas quando o mesmo simpatizar com a vontade da paciente, sendo que, quando busca por algo novo, é convidada a encontrar outro profissional da área da saúde. (PALHARINI, 2017, p. 22-24).

A autonomia parece ser mais apoiada pela classe médica hegemônica, portanto, quando a mulher opta por aquilo que a classe julga como sendo a boa prática obstétrica, quando não fere a autonomia do médico. Por exemplo, respeitando a mulher por desejar um parto cesáreo, mesmo sem quaisquer indicações médicas, mas sugerindo que a gestante deve procurar um profissional com seu ponto de vista quando ela não deseja que seja realizado em seu corpo um procedimento como a episiotomia (PALHARINI, 2017, p. 24-25).

Em decorrência do exemplo mencionado anteriormente, e por conta de outros da mesma natureza, foi que mulheres pertencentes a grupos feministas passaram a buscar uma forma de reverter a situação. Sendo assim, pode-se

reconhecer que os movimentos feministas que lutam pela humanização do parto e do nascimento no ambiente hospitalar com base na MBE (medicina baseada em evidências) criaram como mecanismo a categoria de violência obstétrica, que, além de ser uma violência contra a mulher, é considerada uma violência institucionalizada de gênero. Segundo Mariani e Nascimento Neto (2016, p. 51) “caracteriza-se pela intervenção indevida, não autorizada ou sequer informada, até mesmo abusiva, sobre o corpo ou processo reprodutivo da mulher, que violam sua autonomia, informação, liberdade de escolha e participação nas decisões sobre o seu próprio corpo”.

Além disso, o próprio termo de humanização do nascimento traz seu conceito, visto que busca desconstruir a ideia de que parto vaginal é um evento traumático e perigoso para a mãe e o bebê, para dar espaço a ideia de que, de acordo com Diniz (2005, p. 630) “o corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto para dar à luz, na grande maioria das vezes, sem a necessidade de grandes intervenções ou sequelas previsíveis”. Dessa forma, compreende-se que o movimento em questão busca resgatar a autonomia da mulher durante o parto. Além disso, o pai é inserido na cena de parto para adaptar-se à nova rotina de deveres que deve ser partilhada com a puérpera. Logo, o parto humanizado objetiva resgatar não só a autonomia da parturiente, mas também, sua sexualidade de modo geral (DINIZ, 2005, p. 630-631).

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (DINIZ, 2005, p. 635).

Isto posto, é possível observar que com a intenção de erradicar a violência obstétrica, mulheres feministas encontraram nas páginas da *web* um espaço para lutar contra essa violação de direitos humanos e reprodutivos. Dessa forma, buscar-se-á através do material constante em *blogs* mantidos por ONG's (Organizações não-governamentais), entender quais as demandas apresentadas e pleiteadas pelos movimentos feministas. Não se pretende fazer uma análise que esgote todas as instituições, mas apenas aquelas que têm uma atuação mais demarcada e que quebram a subalternização do silêncio criando mecanismos onde a vítima pode relatar

a violência sofrida. A seleção das organizações abaixo nominadas se fez a partir da inserção de termos em site de buscadores da Internet, o Google. Foram colocadas as seguintes palavras: *blogs*, feminismo, maternidade, violência obstétrica.

Pertinente iniciar com a ONG Artemis que trabalha na prevenção de erradicação da violência contra a mulher, buscando novas políticas públicas com intuito de construir uma sociedade igualitária que promova a justiça. Ainda, a ONG tem como foco a humanização do parto e para isso garante mecanismos como um lugar seguro de relatos para as mulheres vítimas de tal violência, trabalhando diretamente para defender os direitos das mulheres e as assessorar quanto às representações legais, visto que não está autorizada a trabalhar nessa área. Ainda, informa como duas possibilidades para mulheres que desejam buscar reparações a Defensoria Pública do Estado da mulher violentada ou então o Ministério Público Federal (ARTEMIS, 2018).

Há, também, um *blog* de informação independente nominado “Cientista Que Virou Mãe” e administrado por um grupo de mulheres que buscam a inclusão de todas as mulheres, principalmente as que se tornaram mães, na sociedade sem nenhum tipo de distinção ou discriminação. Ou seja, buscam uma nova construção social frente a questões como maternidade, violência obstétrica e o empoderamento feminino (SENA *et al*, 2018).

O grupo feminista “Católicas Pelo Direito de Decidir” considera a violência obstétrica uma violação à integridade física e psicológica das mulheres, além de mencionar as mais diversas formas de violência obstétrica. Traz, também, a desinformação, falta de preparo dos profissionais da saúde e a discriminação como principais fatores que levam a ocorrências desse tipo de violência (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2018).

O *blog* “Todas Fridas” traz à tona a forma que os corpos das mulheres grávidas são invadidos rotineiramente, seja por exame de toque no momento do trabalho de parto, seja pelos cortes indesejados referindo-se a episiotomia ou como todos os dias as mulheres tem suas barrigas empurradas e seus úteros esmagados, fazendo menção a manobra de *Kristeller*. Além disso, provoca a discussão sobre o número de cesarianas que um médico poderia realizar em um só dia *versus* o número possível de partos vaginais, denunciando a medicalização desse evento. Por fim, traz reflexões importantes de serem lembradas como “mulheres e seus corpos perfeitos” e “mulheres sabem parir e bebês sabem nascer”, como instrumento de resgate da

autoestima de mulheres (TRENTO, 2017).

Encerrando esse recorte de trabalho, o *blog* “Cientistas Feministas” além de denunciar todas as questões abordadas neste trabalho, como, a perda de autonomia, apropriação dos corpos das mulheres, violação dos direitos sexuais e reprodutivos e a medicalização do parto, traz um fato importante e pouco discutido que é a forma que mulheres negras recebem menos assistência nas maternidades de forma geral, e como o número de mortes é muito maior quando se trata de mulheres negras (GOES, 2016).

Diante disso, conclui-se que o que os movimentos feministas aqui estudados de fato querem a humanização do parto, como forma de acabar com a violência de gênero, visto que entendem que a violência no parto caracteriza-se como tal. Todas, sem exceção, desejam o fim de todas as práticas invasivas e desnecessárias, e, também, a diminuição do número de morte materna quando se trata de mulheres negras. Constitui direito de todas as mulheres não passarem por essas situações violentas, independentemente se física ou psicológica. E, ainda, buscam principalmente resgatar autonomia sobre os próprios corpos e na escolha da via de parto baseada em informação de qualidade.

4.3 OS LIMITES E OS DESAFIOS DO JURÍDICO COMO INSTÂNCIA DE ENFRENTAMENTO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Viu-se que a violência obstétrica é originária de uma construção social e também considerada uma violência de gênero. Logo, está presente no dia a dia de todas as pessoas. Contudo, além do Direito colocar em pauta esse tipo de questão, resulta em mecanismo bastante importante nas lutas que buscam erradicar a violência obstétrica que é constituída, também, como violência de gênero. Essa violência está tão institucionalizada no momento do parto que muitas mulheres acabam nem observando que foram vítimas, e, a partir do momento que reconhecem o abuso sobre seus próprios corpos, buscam nos mecanismos judiciais de acesso à justiça uma maneira de obterem algum tipo de resposta, como o reconhecimento da violência ou a reparação (MARIANI; NETO, 2016, p. 57).

Considerando o material utilizado para a pesquisa desse trabalho, entende-se que atualmente no Brasil o meio jurídico é limitado para o enfrentamento da violência obstétrica. Observa-se, ainda, que o referido tema ainda não alcançou suas

potencialidades na área do Direito, especialmente quando se trata de discutir seu espaço dentro do campo jurídico e na criação desse sujeito de direitos que corresponde às mulheres grávidas. Diferentemente da realidade de outros campos, como, por exemplo, a enfermagem que além de ter construído o seu conceito de violência obstétrica, reconhece a importância de prestar um atendimento a essas mulheres de forma respeitosa e humana.

Infere-se que, quando o primeiro contato da parturiente com o serviço de saúde é baseado em ações pautadas no acolhimento e atenção às demandas de saúde, contribui-se para um cuidado humanizado e qualificado. Esclarecer sobre a rotina e os procedimentos que serão realizados também auxilia para que o processo de parturição seja vivenciado de maneira tranquila e confiante pela mulher (POSSATI *et al*, 2017, p. 3).

Aparentemente a falta de uma Lei federal que aborde exclusivamente a violência obstétrica é um dos principais limites do jurídico atualmente, bem como o reconhecimento do próprio termo pelos/as magistrados, no poder judiciário, em estados que já possuem uma lei estadual, como Santa Catarina. Apesar de existirem ações, principalmente na esfera cível que buscam reparações em casos de violência obstétrica, utiliza-se outros termos, como, por exemplo, erro médico ou erro no parto, conforme ficou demonstrado no início desse capítulo. Dessa forma, entende-se que os/as magistrados/as, de fato, deveriam rever os conceitos utilizados nas decisões, bem como realizar uma atualização dos mesmos, sem a necessidade de uma legislação federal específica, já que o termo ganhou reconhecimento via Lei estadual. Isso porque, a violência obstétrica já está caracterizada, basta dar a ela a efetividade que deve ter.

Quanto a vítima da violência obstétrica, estudou-se a possibilidade da mulher entrar com ação de reparação de danos na área cível. Ainda, analisou-se as alternativas viáveis na esfera penal para eventual punição de um profissional da área da saúde que venha a praticar esse tipo de violência contra mulheres que estejam em um dos momentos biológicos relacionados à gestação e ao parto. Questiona-se, no entanto, se tal instrumento é suficiente para reparar a dor de uma puérpera que, por exemplo, teve seus direitos sexuais e reprodutivos violados durante a realização de uma episiotomia.

Considerando que, atualmente, a violência obstétrica está institucionalizada, observa-se a falta de movimentação de órgãos públicos. A exemplo, tem-se o Ministério Público que poderia propor ações coletivas para trazer

as demandas dos hospitais, cobrando a mudança de padrões no trato das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, revendo, ainda, instrumentos que buscassem modificar a postura dos profissionais da área da saúde. Observa-se a necessidade da realização de capacitações para que sejam cumpridas as normativas sobre a humanização do parto imposta pelo MS (Ministério da Saúde), que tem como principal objetivo garantir a essas mulheres acesso, acompanhamento e assistência de qualidade com o intuito de assegurar seus direitos fundamentais (BRASIL, 2002, p. 5).

Ainda, no que tange a capacitar os profissionais que lidam com as mulheres nessas condições, é necessário a realização de cursos dentro no âmbito jurídico, voltado a todos/as profissionais, tanto advogados/as, juízes/as, defensores/as públicos e outros, visando além do reconhecimento do termo dentro do próprio campo, um melhor tratamento para as autoras dessas demandas. Recentemente a Esmam (Escola Superior da Magistratura do Amazonas) iniciou um curso com importante conteúdo²² para juízes sobre violência obstétrica aplicado pela ONG Artemis, já mencionada neste trabalho. Isso porque, além das ações sobre o tema serem julgados na sua grande maioria por magistrados homens, o próprio CNJ (Conselho Nacional de Justiça) reconhece o problema da não utilização do termo violência obstétrica por parte dos estados (CNJ, 2018).

A capacidade de um juiz proferir uma sentença justa está diretamente relacionada com sua compreensão da realidade social e individual da pessoa que ele está julgando. É por esse motivo que racismo estrutural, patriarcalismo, machismo, heteronormatividade, lgbtfobia e todo tipo de preconceito são questões tão crônicas e nocivas à justiça, pois impedem que o julgador desenvolva empatia por aqueles que são diferentes dele, impedem que ele “se coloque no lugar” de quem julga e compreenda as questões sensíveis das pessoas em cujas vidas ele está interferindo diretamente (CASEIRO, 2018).

Diante dos limites apresentados, tem-se como principais desafios do

²²“Fisiologia Básica e recomendações nacionais e internacionais, envolvendo questões como os aspectos psicossociais da gravidez e as intervenções comuns no parto, indicações e contraindicações de cesariana, mortalidade materna e relacionamento médico-paciente, dentre outros assuntos. Sensibilização e os conceitos de violência obstétrica, as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), os direitos humanos, os conceitos de violência física, verbal e moral no atendimento obstétrico, indução da vontade (cesariana eletiva), dentre outros temas. Já o que diz a legislação brasileira sobre violência obstétrica será abordado no terceiro módulo do curso. E o último módulo, vai tratar da prática jurídica (o acolhimento da mulher vítima de violência obstétrica, tipificação, plano de parto, uso extrajudicial do plano de parto, prescrição, autores e réus, Justiça Especial Cível versus Justiça comum, Direito do Consumidor, dano moral, jurisprudências, direito comparado e doutrinas, perícias), dentre outros assuntos” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2018).

jurídico a falta de políticas públicas, principalmente no âmbito do SUS para capacitar profissionais da área da saúde e realizar uma revisão de protocolos. Ainda, cabe ao Estado investir em campanhas preventivas direcionadas para todas as mulheres grávidas, esclarecendo sobre seus direitos, principalmente quando se trata do atendimento que as mulheres negras vêm recebendo, considerando o altíssimo número de morte materna entre elas, comparado às mulheres brancas. Também, é importante dar atenção à receptividade das Doulas no ambiente hospitalar, que, mesmo com legislação regulatória do seu trabalho, ainda enfrentam barreiras para sua atuação.

É um fato a necessidade de corrigir, em nosso País, a forma pela qual as mulheres estão sendo atendidas durante todo o processo que envolve o parto e a forma como os bebês estão sendo recebidos pelos profissionais da saúde (JERÔNIMO, 2017, p. 288).

Por fim, salienta-se a importância da humanização do nascimento para garantir às mulheres seus direitos fundamentais, e, também, que tenham esse marco importante em suas vidas como uma experiência prazerosa.

5 CONCLUSÃO

Ao realizar as pesquisas para que o presente trabalho pudesse ser construído, foi possível entender que o fato de as mulheres estarem, na maioria das vezes, em condição submissa ao homem, se deu por conta de uma estrutura historicamente patriarcal. Nesse cenário, era atribuído a eles poder absoluto dentro das relações familiares e no mercado de trabalho, e, por conta disso, restava às mulheres tomar conta do lar e dos filhos, com evidente controle masculino sobre seus corpos, especialmente a maternidade, base para a continuidade patrimonial e aos sobrenomes masculinos. A partir do momento em que mulheres sofreram pelo simples fato de optarem pela não maternidade, estranhou-se tamanha desigualdade de gênero enraizada na sociedade. Então, houve uma parcela delas, essas consideradas feministas, que lutaram pela conquista de direitos e em prol da igualdade de gênero. Almejavam conquistar uma posição social diferentemente do que as pessoas julgavam ser o ideal. Isto posto, observa-se que os movimentos feministas atingiram, em partes, seu objetivo nessa fase, apesar de o conceito de gênero ainda ser frequentemente contestado.

Ocorre que a luta por direitos trata-se de um processo em andamento, e, por isso, em determinada etapa, as mulheres que optaram pela maternidade viram o fim do seu protagonismo no parto. Por conta dos avanços médicos e tecnológicos, o parto passou de algo natural que acontecia em casa, para dentro de um hospital e sobre total controle médico, em práticas de poder. No momento em que se institucionalizou o parto, às mulheres deixaram de conhecer seus corpos e perderam totalmente sua autonomia. Não satisfeitas com a perda de direitos, as mulheres nominaram essa patologização como violência obstétrica, e, desde então, passaram a lutar por um parto humanizado, respeitoso e no ambiente em que se sentissem segura.

Observa-se que existe, de fato, essa violência obstétrica, e, além disso, está relacionada com a violência de gênero. Ainda, essa violência vai além do físico e atinge a saúde mental da gestante, resultando em uma perda de autonomia. Atualmente, o direito carece de aprimoramentos legislativos, visto que não possui uma lei federal que visa erradicar a violência obstétrica e os/as magistrados/as, em sua maioria, sequer reconhecem em suas decisões judiciais essa violência como tal. Os tribunais possuem tímidas decisões, decisões essas que não trazem no corpo do seu

texto o termo violência obstétrica. Dessa forma, entende-se que há um certo limite do jurídico para atuar nessa área, e, também, que esse limite sempre existirá visto se tratar de uma causa que depende de uma mudança na estrutura social, que vai desde a formação dos médicos e equipe médica, até a questão cultural de gênero.

Diante desse cenário, o objetivo proposto para essa monografia foi cumprido e os resultados alcançados indicam que a ausência de uma legislação federal e a própria jurisprudência brasileira apontam que não há, ainda, uma compreensão clara por parte dos/as magistrados/as do que seja a violência obstétrica. Dessa forma, entende-se se tratar de um conceito muito novo dentro do meio jurídico e que há a necessidade de tempo para sua maturação.

Como foi visto nesse trabalho, o primeiro capítulo trouxe o conceito de gênero e de patriarcado, focando no controle social masculino sobre às mulheres e a reprodução. Ainda, se faz um resgate sobre as lutas feministas e as mudanças na maternidade entre os séculos XX e XXI para que se possa analisar a atual situação das mulheres e sua relação com a maternidade no momento, com enfoque no princípio da autonomia.

No segundo capítulo constatou-se, por meio de relatos públicos, que as mulheres estão rejeitando e se opondo a forma como os partos vêm sendo institucionalizado pelos médicos. Abordou-se, ainda, como os direitos reprodutivos das mulheres tem sido violado na esfera obstétrica no país, principalmente quando se fala em discriminação racial. Trazendo, ao final, a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero.

A partir da análise feita no terceiro capítulo, concluiu-se que atualmente o Brasil possui apenas legislação em esfera estadual e um projeto de lei em âmbito federal que trata exclusivamente da violência obstétrica. Ainda, traz a importância da disseminação de informação em prol do parto humanizado. Finalizando o trabalho, traçou-se considerações sobre os limites e os desafios do jurídico afim de enfrentar e prevenir a violência obstétrica.

Vive-se em um século onde a sociedade considera o natural inaceitável, onde as pessoas buscam cada vez mais a aplicar e usufruir dos avanços tecnológicos. Pode-se observar que tal avanço implica em afastar, paulatinamente, o componente humano das práticas e das relações, o que afeta também, a saúde da população, e, principalmente, na autonomia das pessoas de modo geral. A partir do momento que se considerou o parto normal como um evento sujo, problemático, de risco e de

sofrimento, deu-se abertura para a hospitalização do nascimento. Dessa forma, um dos momentos mais sublimes da vida de uma mulher foi medicalizado e considerado algo patológico. Por conta disso, às mulheres perderam totalmente sua autonomia, visto que à elas não chega a informação correta e ficam reféns de um sistema que não respeita sua individualidade, visando no mais da vezes economizar tempo e alcançar o lucro financeiro.

É possível observar que independentemente de ser no setor público ou privado, há muitas mulheres que acabam sendo vítimas da violência obstétrica, e, ainda, essa violência tem se tornado cada rotineira, sendo considerada por muitas mulheres um procedimento comum. No setor privado observa-se que a violência é, de certa forma, mascarada. A gestante recebe a instrução do profissional que a acompanha acreditando que não existe outra alternativa. Já no setor público, tem-se uma violência escancarada, principalmente quando consideramos a violência obstétrica contra às mulheres negras. Infelizmente, em ambos os casos, algumas das vítimas só reconheceram que sofreram agressão depois do ocorrido, quando os danos já se tornaram irreversíveis, com poucas chances conseguirem obter a tutela no âmbito jurídico.

É importante que o direito incorpore e aplique o conceito de violência obstétrica, e, ainda, a tipifique em sua legislação para que essas mulheres se sintam amparadas caso sejam vítimas. Ainda, acredita-se que com esse reconhecimento os profissionais da área da saúde buscariam se especializar melhor no mundo da humanização e repensar as suas práticas.

REFERÊNCIAS

AGENDE. Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. **10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará**. Brasília: AGENDE, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/ZybHsj>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ALECRIM, Gisele Machado; SILVA, Eduardo Pordeus; ARAUJO, Jailton Macena de. Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal. **Direito & Gênero**, Paraíba, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/viewFile/20428/11799>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ARGENTINA. Ley 26.485 de Marzo 11 de 2009. **Ley de Proteccion Integral a las Mujeres**. Disponível em: <>. Acesso em: 30 set. 2018b.

_____. Ley Nacional nº 25.929 de 17 de septiembre de 2004. **Parto Humanizado. De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento**. Disponível em: <http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Ley25929_Partо_humanizado.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018a.

ARTEMIS. Associação Artemis. **ONG pelo fim da violência contra as mulheres**. Disponível em: <<https://www.artemis.org.br/>>. Acesso em: 30 set. 2018.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BENTO, Paulo Alexandre de Souza Sao; SANTOS, Rosangela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 552-559, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Brasília: UnB, 1998. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17973/material/Norberto-Bobbio-Dicionario-de-Politica.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRAGA, Maria da Graça Reis; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. Família: maternidade e procriação assistida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1, p.11-18, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a02.pdf>> Acesso em: 16 mai. 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994**. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm>. Acesso em: 20 out. 2018a.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.867, de 2017. **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://goo.gl/bBpzXf>>. Acesso em: 30 set. 2018b.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.633, de 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/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em: 30 set. 2018c.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 20 set. 2018d.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 18 set. 2018e.

_____. 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.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 18 set. 2018f.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, [...]; e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 20 mar. 2018g.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto:** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília-DF: Secretaria Executiva, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Relatório Preliminar de Pesquisa:** Resultados Preliminares da Pesquisa de Satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS. Maio a Outubro de 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/sjEv5W>>. Acesso em: 30 set. 2018.

_____. Senado Federal. **Entenda o caso Alyne.** Senado Notícias, 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, jun. 1991. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CANUTO, Luiz Cláudio. **Mortalidade materna entre negras aumentou no Brasil**. Câmara dos Deputados: Radioagência, 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/489786-MORTALIDADE-MATERNA-ENTRE-NEGRAS-AUMENTOU-NO-BRASIL.html>>. Acesso em: 30 set. 2018.

CASEIRO, Daniel. **Juízes terão 1º curso sobre violência obstétrica no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www.justificando.com/2018/08/23/juizes-terao-1o-curso-sobre-violencia-obstetrica-no-brasil/>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CATÓLICAS pelo Direito de Decidir. **A violência obstétrica é crime e precisa ser combatida!**. 2018. Disponível em: <<http://catolicas.org.br/novidades/notas/violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 30 set. 2018.

CIELLO, Cariny; *et al.* (Org.) **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Violência obstétrica: AM cria 1º curso credenciado para juízes**. 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/87458-violencia-obstetrica-am-abre-1-curso-do-pais-credenciado-para-juizes>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

COOK, Rebeca; DICKENS Bernardo; FATHALLA Mahmoud. **Saúde reprodutiva e direitos humanos**. Integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: Cépia, 2004.

CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FACIO, Alda; FRIES Lorena. Feminismo, género y patriarcado. **Academia: Revista sobre enseñanza del derecho de Buenos Aires**, ano 3, n. 6, p. 259-294, 2005. Disponível em: <<https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revista->

ensenianza-derecho/article/viewFile/33861/30820>. Acesso em: 20 ago. 2018.

GOES, Emanuelle. **Violência obstétrica e o viés racial**. Blog Cientistas Femininas, 2016. Disponível em: <<https://cientistasfeministas.wordpress.com/2016/08/17/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>>. Acesso em: 30 set. 2018.

HOMEI, Aya. Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 aos Anos 1930. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 429-440, jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2018.

JERÔNIMO, Rosa Nadir Teixeira. **Parto humanizado: o nascimento em ambiente amorizado**. Criciúma: Ediunesc, 2017.

MANFRINI, Daniele Beatriz. **Somos todxs Adelir: partir de si e ação política frente à violência obstétrica em Florianópolis**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Florianópolis, 2017.

MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int.**, v. 2, n. 25, p. 48-60, jul/dez 2016. Disponível em: <<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/viewFile/865/822>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói: NUTEG, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2006.

MOTT, Maria Lucia. Parto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 399-401, jul. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2018.

OLIVEIRA, Guacira Cesar de; CAMPOS, Carmen Hein de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009. 124p. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/colecao20anos_saudereprodutivasmulheres.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa: mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014.

Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=BE3E92F5D39949107D0268C42813B675?sequence=3>. Acesso em: 20 out. 2018.

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. Corpo e reprodução Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 210 p. Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/yw42p/pdf/duarte-9788575412572-02.pdf> >. Acesso em: 20 ago. 2018.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, v. 49, 2017.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n49/1809-4449-cpa-18094449201700490007.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018

PATIAS, Naiana Dapieve; BUAES, Caroline Stumpf. “Tem que ser uma escolha da mulher!” Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção.

Psicologia & Sociedade, v. 24, n. 2, p. 300-306, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/06.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

POSSATI, Andrêssa Batista; *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2018.

RAITER, Carla. **Retratos da violência obstétrica.** São Paulo. Disponível em: <<http://carlaraiter.com.br/1em4/>>. Acesso em: 30 set. 2018.

RODRIGUES, Diego Pereira, *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300319&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2018.

SANTA CATARINA. Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016. **Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências.** Disponível em:

<<https://goo.gl/sqpafH>>. Acesso em: 30 set. 2018a.

_____. Lei Ordinária nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.** Disponível em:

<<https://goo.gl/2DcrDc>>. Acesso em: 30 set. 2018b.

_____. Tribunal de Justiça. **Jurisprudência Catarinense**. Apelação Cível n. 1022397-70.2013.8.24.0023, da Capital, rel. Des. Pedro Manoel Abreu, Primeira Câmara de Direito Público, j. 25-09-2018. Disponível em: <<https://goo.gl/4dfQJx>>. Acesso em: 30 set. 2018c.

_____. Tribunal de Justiça. **Jurisprudência Catarinense**. Apelação Cível n. 0011832-34.2013.8.24.0033, de Itajaí, rel. Des. Saul Steil, Terceira Câmara de Direito Civil, j. 18-07-2017. Disponível em: <<https://goo.gl/UNfR3t>>. Acesso em: 30 set. 2018d.

_____. Tribunal de Justiça. **Jurisprudência Catarinense**. Apelação Cível n. 0309819-48.2015.8.24.0023, da Capital, rel. Des. Vera Lúcia Ferreira Copetti, Quarta Câmara de Direito Público, j. 20-09-2018. Disponível em: <<https://goo.gl/1KbE68>>. Acesso em: 30 set. 2018e.

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 582-588, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715325018.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018

SANTOS, José Vicente Tavares dos. Violências, América Latina: a disseminação de formas de violência e os estudos sobre conflitualidades. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 8, p. 16-32, dez. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2018.

SCAVONE, Luciola. Maternidad: transformaciones en la familia y en las relaciones de género. **Interface: comunic., saúde, educ.**, v.5, n.8, p.47-60, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf> >. Acesso em: 20 set. 2018

SCHIAVO, Rafaela; RUAS, Teresa; CIMINO, Thais. **ONG Temos que falar sobre isso**. 2018. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1iGIWgJtABtbfIR0jsApLL0hm9IXnBD4Q/view>>. Acesso em: 20 set. 2018

SCHWENGBER, Maria Simone Vione. Grávida! Um corpo desassossegado em busca do aperfeiçoamento da saúde e da estética. **Diásporas, Diversidades, Deslocamentos: Fazendo Gênero** 9, 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277398928_ARQUIVO_FazendoGenero2010Simone.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <http://www.archive.org/details/scott_gender> Acesso em: 17 maio 2018.

SENA, Ligia Moreiras; *et al.* **Maternidade e violência obstétrica: pautas feministas**. Blog Cientista Que Virou Mãe, 2013. Disponível em:

<<https://www.cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/maternidade-e-violencia-obstetrica-pautas-feministas>>. Acesso em: 30 set. 2018

SILVA, Lilian Ponchio e. **O estado puerperal e suas intersecções com a bioética**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

SILVA, Raimunda Magalhães da; *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

SWAIN, Tania Navarro. A invenção do corpo feminino ou “a hora e a vez do nomadismo identitário”? **Textos de História**, Universidade de Brasília, v. 8, n. 1/2, 2000, p. 47-84. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/textos/article/view/5904/4881>>. Acesso em: 20 set. 2018.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. UFSC, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>>. Acesso em: 20 set. 2018

TRENTO, Ana. **Violência Obstétrica também é violência contra a mulher!** Blog Todas Fridas, 2017. Disponível em: <<http://www.todasfridas.com.br/2017/02/07/violencia-obstetrica-tambem-e-violencia-contra-a-mulher/>>. Acesso em: 30 set. 2018.

VENEZUELA. G. O. 38668 de 23 /4/2007. **Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Brasília: ONU Mulheres, 2011.

WOLF, Keli. **Relato de parto domiciliar**. 2013. Disponível em: <<https://www.macetesdemaie.com/depoimento-relato-de-parto-domiciliar/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho, *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2018.

ANEXO(S)

ANEXO A – LEI ORDINÁRIA Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

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

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

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

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

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

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

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

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

VII - recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

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

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

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

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

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

XIII - proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV - manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

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

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

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

XVIII - submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

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

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

XXI - tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no caput deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que "Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências".

Art. 5º Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, os postos de saúde, as unidades básicas de saúde e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência de que trata esta Lei.

§ 3º O custo dos cartazes poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

Art. 7º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua publicação.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO
Governador do Estado

Procedência: Dep. Angela Albino
Natureza: PL./0482.9/2013
DOE: 20.457, de 19/01/2017
Fonte: ALESC/Coord. Documentação.