



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE DIREITO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**ANDREZA SANTANA SANTOS**

**UMA ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ  
DA TEORIA DO BEM JURÍDICO: A NECESSIDADE DE UMA  
INTERVENÇÃO PENAL DIANTE DA RELEVÂNCIA DO BEM  
JURÍDICO TUTELADO**

Salvador, Bahia  
2018

**ANDREZA SANTANA SANTOS**

**UMA ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ  
DA TEORIA DO BEM JURÍDICO: A NECESSIDADE DE UMA  
INTERVENÇÃO PENAL DIANTE DA REVELÂNCIA DO BEM  
JURÍDICO TUTELADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Thaize de Carvalho Correia

Salvador, Bahia  
2018

**ANDREZA SANTANA SANTOS**

**UMA ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ  
DA TEORIA DO BEM JURÍDICO: A NECESSIDADE DE UMA  
INTERVENÇÃO PENAL DIANTE DA REVELÂNCIA DO BEM  
JURÍDICO TUTELADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Thaize de Carvalho Correia

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

**BANCA EXAMINADORA:**

Thaize de Carvalho Correia – Orientadora

---

Mestra em Direito pela Universidade Federal da Bahia.  
Universidade Federal da Bahia.

Misael Neto Bispo da França – Examinador

---

Mestre em Direito Público Pela Universidade Federal da Bahia.  
Universidade Federal da Bahia.

Ana Gabriela Souza Ferreira – Examinadora

---

Mestra em Direito Público pela Universidade Federal da Bahia.  
Universidade Federal da Bahia.

A

Meus pais, Josival e Jaci, pela dedicação, confiança e paciência.

Meu filho, Gael, pela inspiração e aprendizagem.

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

(Michel Odent)

SANTOS, Andreza Santana. **Uma análise da violência obstétrica à luz da teoria do bem jurídico: a necessidade de uma intervenção penal diante da relevância do bem jurídico tutelado.** Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

## RESUMO

A violência obstétrica é fenômeno rotineiramente ocorrido em diversos serviços de saúde do Brasil. As práticas, naturalizadas e banalizadas, submetem mulheres à diversos procedimentos que ofendem e humilham, infligindo sofrimento físico, sexual e psicológico e trazendo riscos tanto para elas quanto para seus bebês. A presente monografia pretende analisar de que forma esta violência é percebida pelas suas vítimas, bem como relacionar os direitos por ela violados com a Teoria do Bem Jurídico Penal. A partir de uma metodologia consistente em pesquisas de caráter exploratório-descritivo, analisando artigos científicos, livros doutrinários, reportagens jornalísticas e conteúdo audiovisual, se propõe a percorrer o caminho para o entendimento da conceituação do bem jurídico penal, procurando delimitar ainda qual o bem jurídico tutelado pela violência obstétrica. Além disso, busca demonstrar como o Estado pode e deve intervir a partir de ações mais enérgicas para a inibição e o combate as práticas ocorridas, única e exclusivamente, contra o gênero feminino, histórica e culturalmente subjugado nos mais diversos ramos da sociedade.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Violência de gênero. Dignidade da pessoa humana. Teoria do bem jurídico. Direito Penal.

**SANTOS, Andreza Santana. An analysis of obstetric violence in light of the theory of legal interest: the need for a criminal intervention in the face of the relevance of the protected legal interest.** Graduation Work – Law School. Federal University of Bahia. Salvador, 2018.

### **ABSTRACT**

Obstetric violence is a phenomenon that occurs routinely in several health services in Brazil. The practices, naturalized and banalized, subject women to various procedures that offend and humiliate, inflicting physical, sexual and psychological suffering, posing risks for their babies. This monograph aims to analyze how this violence is perceived by its victims, as well as to relate the rights that it violates with the Theory of the Criminal Legal Well. Based on a research-exploratory-descriptive methodology, analyzing scientific articles, doctrinal books, journalistic reports and audiovisual content, it proposes to walk the path to the understanding of the conceptualization of the criminal legal well, seeking to delimit what the protected legal interest for obstetric violence. In addition, it seeks to demonstrate how the State can and should intervene from more energetic actions to inhibit and combat practices occurred, solely and exclusively, against the female gender, historically and culturally subjugated in the most diverse branches of society.

**Keywords:** Obstetric violence. Gender violence. Dignity of human person. Criminal Legal Well. Criminal Law.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 O DIREITO PENAL E A PROTEÇÃO DO BEM JURÍDICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 SINTESE HISTÓRICA DO ENTEDIMENTO DE BEM JURÍDICO .....	14
2.2 DEFINIÇÃO DE BEM JURÍDICO .....	19
2.3 FUNÇÕES DO BEM JURÍDICO NO DIREITO PENAL.....	22
2.4 O BEM JURÍDICO PENAL COMO CRITÉRIO DE CRIMINALIZAÇÃO POR SER OBJETO DE PROTEÇÃO .....	25
<b>3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>27</b>
3.1 O QUE SE ENTENDE POR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	30
3.2 PROCEDIMENTOS DANOSOS E INVASIVOS À MULHER NO ATENDIMENTO AO TRABALHO DE PARTO E NO PARTO NORMAL .....	35
3.3 CESÁREA .....	46
<b>4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MECANISMOS DE PROTEÇÃO .....</b>	<b>54</b>
4.1 A LEI FEDERAL Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005 .....	55
4.2 PREVISÕES E RECOMENDAÇÕES .....	64
4.3 O BEM JURÍDICO TUTELADO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O DEVER DE TUTELA DO ESTADO .....	68
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>



## 1 INTRODUÇÃO

“Eu digo pras grávidas: ‘se não ficar quieta, eu vou te furar todinha’. Eu aguento esse monte de mulher fresca?” T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto. Itaguaí/RJ.

“Eles gritavam comigo assim: ‘Faz força direito!’, ‘Faz força de fazer cocô’, ‘Você vai matar seu filho! É isso que você quer?’, ‘Pára de gritar senão seu filho vai morrer!’.” C., atendida através da rede pública. Vila Velha/ES.

“Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: “na hora de fazer tava gostoso, né?”. Nessa hora me senti abusada.” F., atendida através da rede pública. São Paulo/SP.

Esses são relatos de frases corriqueiramente ouvidas por mulheres em todo o Brasil. Apesar de serem velhas conhecidas das brasileiras, ocorridas tanto em hospitais públicos quanto privados, a violência é raramente discutida e o nome é pouco difundido. Ocorrem desde a violência física, na forma de procedimentos dolorosos realizados sem necessidade e sem ciência da paciente, bem como a alarmante violência psicológica, com a adoção de técnicas desfavoráveis às gestantes e parturientes, além de gritos, xingamentos e humilhações direcionadas às mesmas.

O que deveriam ser momentos marcados pela emoção de poder dar à luz a outro ser humano, oportunidades em que as mulheres deveriam ser protagonistas de suas próprias histórias, com plena consciência de seus corpos e vontades, na maioria das vezes, dão origem a relatos de pleno horror, que marcam as vítimas física, psicológica e sexualmente durante toda a vida.

A relação entre dor e parto está intrinsecamente enraizada na cultura brasileira, de forma que é muito comum ouvir de pessoas que já passaram pela experiência da gravidez e/ou parto que todo o acontecido é comum, que faz parte do processo necessário para que nasça outro ser humano. A percepção que se tem é a de que a dor de mulheres em situações tão específica é constantemente anulada e a sensação que fica para as que sofrem é a de que a reação a todo o sofrimento a que são expostas é exagerada.

Do outro lado, estão médicos, enfermeiros, funcionários públicos praticantes da referida violência. Os mesmos, em sua maioria, por serem dotados do saber científico - culturalmente inquestionável -, acabam por observar as gestantes e parturientes com olhares clínicos, ignorando seus sentimentos e emoções, bem como o difícil e intenso período que as mesmas vivem. O acompanhamento da gestação e o parto, então, se tornam procedimentos mecânicos e sem qualquer respeito às particularidades de cada mulher.

Diante da inexistência de tipificação criminal, resta à quem sofre requerer indenização por danos morais, recorrendo à esfera cível ou, em casos mais extremos, a configuração de

homicídio, lesão corporal, omissão de socorro e crimes contra a honra, na seara criminal. Ocorre que nenhum dos citados protege a gestante, parturiente ou puérpera em sua condição específica de mulher, gênero que tem, historicamente, suas vontades e vozes silenciadas em detrimento de homens, em sua maioria, que se julgam superiores e detentores de saber, principalmente científico, ignorando ainda a cultura machista que as mulheres foram e permanecem inseridas no contexto brasileiro.

A presente monografia tem como objetivo geral analisar as situações a que são expostas as mulheres vítimas da violência física, psicológica, sexual, financeira e institucional decorrentes da violência obstétrica e como a falta de sanção para a prática corrobora para a perpetuação da ideia de que para parir no Brasil é necessário sentir dor. A partir disto, se pretende discutir, a partir do estudo da Teoria do Bem Jurídico no Direito Penal, qual o bem jurídico tutelado por esta violência e se este justificaria a intervenção estatal penal.

A intenção do é demonstrar que a violência obstétrica é prática que fere diariamente os direitos fundamentais de diversas mulheres que buscam assistência nos serviços de saúde, independentemente de suas classes, raças e credos. Desta forma, pretende ainda evidenciar o importante papel do Estado no reconhecimento da relevância de discussão do tema, que diz respeito a toda a sociedade, de forma que as mulheres vítimas da mesma possam exercer o seu direito de possuírem políticas públicas que as resguardem em momentos tão sensíveis, sem temerem represálias.

No que tange a metodologia científica, utilizou-se o método exploratório-descritivo, enquanto que a pesquisa bibliográfica, de acordo com os procedimentos utilizados e a forma de abordagem, deu-se de forma qualitativa. Além de leitura de leis e manuais tradicionais, para a elaboração deste trabalho, foram utilizadas teses, artigos, dossiês, documentário, matérias jornalísticas e publicações em blogs e sites considerados referências em temas como maternidade e violência obstétrica.

Desta forma, o presente trabalho será separado em quatro capítulos: o primeiro analisará a importância da Teoria do Bem Jurídico para o Direito Penal, demonstrando como esta disciplina influencia na manutenção da ordem social de um Estado Democrático de Direito, destacando como o entendimento deste objeto se deu ao longo da história, a partir de uma síntese histórica, e buscando conceitua-lo, sem esquecer também de relatar suas principais funções.

No segundo capítulo, nos dedicaremos a entender a violência obstétrica, analisando quais as raízes de sua existência e a sua conceituação, demonstrando algumas das principais práticas entendidas como violência percebidas nos sistemas de saúde e dirigidas a gestantes e

parturientes. Nos utilizaremos de depoimentos das próprias vítimas e também de profissionais de saúde para exemplificar as práticas mais conhecidas e difundidas.

Por fim, no terceiro e último capítulo, buscaremos perceber como esta é vista e conhecida no mundo, principalmente em países como a Venezuela e a Argentina, onde há a tipificação. Discutiremos também os mecanismos brasileiros de combate a prática da violência obstétrica, como iniciativas para a informação de gestantes e estudos realizados por comissões do próprio Senado, com destaque para a Lei Estadual 17.097, de 17 de janeiro de 2017, do estado de Santa Catarina, que traz disposições acerca de medidas de proteção a gestantes e parturientes e, a nível federal, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – a Lei do SUS (Sistema Único de Saúde), para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o pré-parto, trabalho de parto e pós-parto imediato, não trazendo, contudo, mecanismos sanção às práticas contrárias aquelas recomendadas.

No mesmo capítulo, após as exposições, intentaremos perceber qual bem jurídico seria tutelados pela violência obstétrica, identificando a relevância deste a fim de justificar uma intervenção estatal com a criação de um novo tipo penal, com base também nos princípios norteadores encontrados na Constituição Federal Brasileira de 1988.

## 2 O DIREITO PENAL E A PROTEÇÃO DO BEM JURÍDICO

O poder punitivo manifestado pelo Direito Penal é reconhecidamente um instrumento necessário, mas também violento, uma vez que tem como uma de suas principais funções restringir uma das maiores garantias individuais do homem, a liberdade. Assim, considerando um Estado Democrático de Direito, faz-se mister prezar por um sistema político penal que respeite as garantias individuais previstas constitucionalmente, tendo sempre em vista o princípio da proporcionalidade.

Este princípio é mecanismo que contribui diretamente para o propósito concretizante da Constituição, sendo também o grande instrumento utilizado para a proteção da dignidade humana. O mesmo é o responsável por assegurar o respeito a direitos e garantias fundamentais, promovendo, assim o respeito às diretrizes constitucionais. Além disso, contribui para que se encontre a medida exata do real cumprimento desses direitos e garantias. (JÚNIOR, 2010)

Assim, o Direito Penal Mínimo, ou seja, aquele que defende a noção de que este deve ser a última *ratio legis*, considerado, assim, o último recurso a ser utilizado para a punição de condutas indesejadas é ferrenhamente defendida por diversos estudiosos e representa verdadeiro limite à expansão penal.

Luigi Ferrajoli (2002) traz que o modelo jurídico penal é técnica de minimização da violência social, seja quando se fala na prática dos delitos, quanto quando se fala das reações às condutas criminosas. Desta forma, para este estudioso, a defendida intervenção mínima do Direito Penal traduz dois objetivos complementares: a prevenção e a minimização da prática delitiva, bem como a prevenção das reações aos delitos e a redução da intervenção jurídico-penal.

Os referidos objetivos traduziriam o entendimento do Direito Penal Mínimo como técnica de tutela dos direitos fundamentais do indivíduo, tanto daqueles que sofrem a conduta delitiva quanto daqueles que a praticam. Ora, o objetivo do Direito Penal é, em regra geral, a redução da violência no seio social. Logo, o poder punitivo dado ao Estado se justifica pela busca de um objetivo social em benefício geral. (FERRAJOLI, 2002)

Entendendo que, em determinada relação, há um direito individual fundamental, considerado, portanto, de extrema importância; considerando ainda que este foi lesionado ou corre perigo de lesão frente a uma ação praticada, há margem para a intervenção do Direito Penal. (SANTOS, 2014) O Estado, então, na intenção de protegê-lo, teria o dever de sancionar a ação delitiva, possuindo o condão de se utilizar da mais severa punição presente no ordenamento jurídico brasileiro: a privação de liberdade.

Importa destacar que, a liberdade, em um Estado Democrático de Direito, seria considerada regra e sua privação se daria apenas em casos excepcionais. Logo, as condutas a serem selecionadas como objeto de sanção do Direito Penal seriam apenas aquelas que, de fato, possuíssem lesividade. Portanto, o Direito Penal só deve intervir para a prevenção de danos sociais e não para salvaguardar concepções ideológicas ou morais. (SANTOS, 2014)

Assim, possível perceber que não é qualquer prática que merece ou justifica uma intervenção penal. Esta só deve ser empregada quando, justificadamente, houver bem jurídico considerado de extrema importância e relevância, bem como situação de grave violação ao bem tutelado. Além disso, há de se ter ainda a percepção de que não há outra alternativa normativa a não ser o Direito Penal, entendido como última *ratio*. Caso contrário, a utilização do Direito Penal será considerada abusiva e levará a descrença do sistema punitivo. (SANTOS, 2014)

Baseando-se nesta visão, autores como Raul Eugenio Zaffaroni, José Henrique Pierangeli (2007) e Rogério Greco (2011) criticam o expansionismo do Direito Penal, afirmando haver uma inflação de normas punitivas em geral e que tal ciência estaria sendo utilizado como *prima ratio* de forma errônea, uma vez que a sociedade tem entendido ser esta a única ou principal forma de amenizar o imaginário sentimento de impunidade existente, com grande tendência a acreditar que o Direito Penal seria a salvação para todos os males sociais e que, quanto mais severas e repressivas as sanções, mais próximos da buscada segurança.

Ora, é claro que o Direito Penal não tem o poder de acabar com toda e qualquer violência existente na sociedade, seja porque por vezes vem sendo utilizado de forma equivocada, quando em sua aplicação não se leva em consideração o todo social, ou porque, uma vez aplicada a pena, o seu cumprimento não se dê da forma prevista, desrespeitando garantias fundamentais do indivíduo.

Ao pesar de todo o descrito, não há como não se enxergar no Direito Penal uma ferramenta a ser utilizada nos casos em que claramente existe corriqueira lesão ou perigo de lesão a um bem jurídico de extrema importância. Não há razão também para a descrença no instrumento penal, quando, ao observar o contexto, não exista outra solução para o conflito instaurado. Estes, como dito, são requisitos importantes quando na identificação da utilização do instrumento penal.

Além disso, salienta-se que o Direito Penal é mutável. O que era considerado delito há alguns anos, pode não ser assim considerado atualmente. Bem como práticas habituais e consideradas usuais, hoje podem ser vistas como forma de lesionar bens jurídicos. Logo, negar o reconhecimento da necessidade de criação de um tipo penal que justificadamente protege um

bem jurídico relevante, seria negar a importância deste mesmo bem jurídico para a sociedade, o que, claramente, vai de encontro com a principal função do Direito Penal. (SANTOS, 2014)

Historicamente, o Direito Penal é influenciado pelo tipo de Estado no qual é utilizado, tendo sido entendido de forma diversa, quando os conceitos de crime e de bem jurídico também sofreram diversas modificações. Estas modificações também perpassam no limites e contornos das zonas do que é ilícito e lícito para determinada sociedade, dando o Direito Penal a noção do que se está proibido ou permitido, justificando e legitimando uma intervenção do Estado sobre a liberdade de outrem, em caso de extrema e demonstrada necessidade (SANTOS, 2014).

Indo mais além, é o Direito Penal que norteia os valores de determinadas culturas e sociedades, pois é com ele que se protegem os valores sociais considerados de maior apreço e prestígio, visando garantir o convívio e o desenvolvimento social pleno. Tais valores são elevados a bens jurídicos penais, sendo assim claro reflexo do que a sociedade considera primordial e digno da mais alta proteção, não podendo elevar a tal categoria todo e qualquer bem existente. (PRADO, 2011)

Salienta-se que os bens jurídicos de mais alta importância têm tratamento especial na Constituição. É ela que deverá ser utilizada para a orientação na definição de valores a serem considerados como bens jurídicos e não poderá o legislador, quando na criação de leis, ignorar os princípios ali encontrados. Neste caso, a Constituição tem o papel de determinar os valores indispensáveis para a vida harmônica em sociedade, bem como limitar o poder do Estado quanto à violação de direitos fundamentais ali protegidos. (PRADO, 2011)

Neste sentido, observa-se, de início, que todo bem jurídico é um bem, pois possui uma certa relevância para determinadas sociedades. Contudo, nem todo bem pode ser elevado ao status de bem jurídico, uma vez que pode não deter os critérios básicos que justifiquem uma tutela estatal.

Neste capítulo, iremos a um breve estudo da Teoria do Bem Jurídico no Direito Penal para entender qual a relevância desta teoria quando na aplicação da intervenção penal. Inicialmente, com uma síntese histórica do entendimento da teoria do bem jurídico, com as principais explicações e seus principais estudiosos. Após, nos aprofundaremos na conceituação do bem jurídico, sem esquecer de suas principais funções e o critério principal para a sua utilização.

## 2.1 SÍNTESE HISTÓRICA DO ENTENDIMENTO DE BEM JURÍDICO

Na tentativa de se chegar a um entendimento, muitos já se debruçaram sobre o estudo da Teoria do Bem Jurídico. Entender e saber identificar tais bens na sociedade é tarefa árdua,

mas necessária para o Direito Penal. Desenhar o contorno penal deste conceito é elemento mais que importante para garantir sua efetiva proteção. Para isso, se faz necessário caminhar pelo percurso percorrido pelas principais vertentes teóricas que tentaram definir o conceito de bem jurídico e seu conteúdo. (SILVA, 2011)

Em eras pretéritas, todos deviam obediência à vontade divina. O pecado era considerado crime e, portanto, atentado a divindade. A pena para tal desobediência era a eliminação ou expulsão dos agressores da sociedade (VON LISZT, 1937 *apud* PRADO, 2011). Desta forma, a confusão entre a definição de delito e pecado era inevitável. Tudo o que fosse considerado crime era, na verdade, aquilo que feria o sagrado e suas regras. (PRADO, 2011)

A partir do Iluminismo, a visão de toda a sociedade passa por modificações. A utilização da razão vem a ser a máxima do período. Conseqüentemente, a visão acerca das penas e dos delitos também sofre alterações. O que antes tinha relação apenas com a desobediência ao divino, ganha luz à existência da razão e, tão logo, a questão punitiva não estaria mais atrelada à ética e religião. Agora, o delito perpassava pela noção da violação de contratos pré-estabelecidos de forma racional. (PRADO, 2011)

O período mais importante para a conceituação de bem jurídico no Direito Penal como entendemos hoje é geralmente atribuído a Johann Birnbaum. Contudo, apesar de não ter cunhado o termo “bem jurídico”, é inequívoco afirmar que a compreensão do termo se inicia por Paul Johann Anselm Ritter von Feuerbach (1989), que traz o conceito intimidatório da pena, afirmando que esta seria instrumento de coação psicológica. Para o mesmo, a sanção seria uma ameaça a potenciais delinquentes, o que os inibiria de praticar atos contrários aos expressamente acordados, por temerem a punição. (SILVA, 2011)

Feuerbach traz profundas e importantes contribuições para a Teoria do Direito Penal, sendo elementar para o entendimento de um Direito Penal utilizado também como proteção aos direitos dos cidadãos, contra os abusos estatais, o chamado Direito Penal garantista, hoje tão difundido e discutido e que tem como expoente Luigi Ferrajoli. O mesmo traz ainda significativos subsídios para a base da teoria do bem jurídico. (SILVA, 2011)

O pensamento do mesmo bebe de fontes construídas no Iluminismo, sendo bem próximo ao pensamento contratualista de John Locke (ZAFFARONI, ALAGIA e SLOKAR, 2002). Para Feuerbach, a liberdade não seria apenas o sentido de independência ou autonomia, mas o conjunto de direitos do indivíduo reconhecidos pela razão, sendo entendido como um direito subjetivo. Neste sentido, compararia liberdade como um sentido subjetivo à vida, considerando o segundo como objetivo. (SILVA, 2011)

O Estado, de acordo com o mesmo, teria o fim de garantir direitos dos homens, já antevendo o Estado Democrático de Direito, que via o homem como fim da atividade estatal e não como meio para tal. Feuerbach trazia que garantir os direitos dos indivíduos era a base para a existência da ordem jurídica e também da ordem jurídica penal, sendo este pensamento essencial para o conceito de crime. (SILVA, 2011)

Crime seria nesta concepção uma lesão a “liberdade garantida pelo contrato social e assegurada mediante as leis penais”. “Em sentido amplo, crime é, assim, a ofensa sancionada por uma lei penal, uma ação que contraria o direito de outrem”. E complementa: “independentemente do exercício de um ato do Governo ou da declaração do Estado, há direitos – dos cidadãos e do Estado. São estes direitos, tutelados pelas leis penais que servem de fundamento ao conceito de crime em sentido estrito” (FEUERBACH, 1989, *apud* SILVA, 2011).

Assim, o crime como entendido por este jusfilósofo concebe o Direito Penal ligado a objetos que devem ser tutelados. Neste, condutas não deveriam ser punidas apenas por serem proibidas, mas sim por lesionarem um objeto, um bem jurídico protegido penalmente. Tem-se, desta forma, que os objetos de tutela são anteriores ao Direito Penal, determinando-se ainda o objeto da tutela penal na configuração do conceito de crime, pontos bastante importantes para a teoria do bem jurídico como a entendemos atualmente. (SILVA, 2011)

Décadas depois, Johann Michael Franz Birnbaum (1834) publica artigo, intitulado *Über das Erfordernis eines Rechtsverletzung zum Begriff des Verbrechens, Archiv des Criminalrechts*, no qual traz o conceito de bem jurídico, sendo aqui considerado o marco formal do nascimento do mesmo. Apesar de também não cunhar expressamente o termo “bem jurídico”, o autor traz uma série de pensamentos através dos quais se extraiu a ideia de bem tutelado pelo Direito Penal. (SILVA, 2011)

Substituindo a ideia de direito subjetivo, este observa que a tutela penal exigiria a existência de um bem radicado diretamente no mundo do ser ou da realidade. Ou seja, Birnbaum invoca a necessidade da existência de um objeto material que seria importante para a pessoa ou coletividade, podendo ser lesionado pela ação delitiva (PRADO, 2011).

Diferente do entendimento de Feuerbach, Birnbaum centrava sua teoria na proteção de bens. Enquanto o primeiro levava a entender que o tutela penal tinha caráter abstrato, centrando-se nas relações intersubjetivas, o segundo demonstrava que o Direito Penal tinha que proteger bens encontrados no mundo exterior, de natureza concreta e objetiva, tendo nítida influência positivista. (SILVA, 2011)



Acerca dos bens, Birnbaum defendia ainda que eram inerentes ao homem, mas que também existiam aqueles que eram resultado de seu desenvolvimento social. Estabelecia, assim, uma dicotomia entre delitos naturais e delitos sociais. Os naturais eram inatos ao homem, já os preexistindo, enquanto que os sociais tinham relação com o desenvolvimento histórico da sociedade (SILVA, 2011), por isto, podendo ser modificados de acordo com a cultura em que estavam inseridos.

Karl Binding surge em 1872, cunhando o termo bem jurídico, na publicação de seu primeiro volume de “Die Normen” (Da Norma), consagrando assim a teoria do bem jurídico. Este foi o maior representante do positivismo legalista do Direito Penal alemão, sendo sua obra um importante marco para entender o Direito Penal como ciência social, a partir da qual o jurista deveria se isentar de críticas, limitando-se apenas a explicar os fenômenos vistos como realidade. (SILVA, 2011)

A partir dele, o bem jurídico deixa de ser considerado prévio ao direito, mas dele emanado. Os direitos seriam, desta forma, conferidos pela lei, não havendo mais direitos inatos aos indivíduos. Aqui surge a problemática de que o bem jurídico não seria mais limite à liberdade criminalizadora e descriminalizadora do legislador, pois passava a ser algo que partia dele e da norma que dele emanava. (PRADO, 2011)

Binding não guardou nenhuma preocupação com as ideias iluministas e definiu bem jurídico como sendo formalmente tudo o que o legislador entendesse como tal. O delito consistiria, assim, na lesão de um direito subjetivo do Estado, não importando o real interesse social em sua proteção, mas sim a mera escolha do legislador, que podia ser aleatória e arbitrária (BECHARA, 2009).

Claro, portanto, que para Binding, a desobediência a norma seria uma lesão ao bem jurídico que ela contém, ou seja, uma lesão ao direito subjetivo do Estado, uma vez que todos deviam obediência a este. Para este autor, o bem jurídico vem a ser “a garantia das expectativas normativas principais contra a sua fraude” (PRADO, 2011). Neste caso, o que importaria seria a proteção jurídica de um bem com base no que o legislador determinou como juridicamente protegido.

Aqui, observa-se que a concepção de Binding representou um retrocesso importante na função garantista do bem jurídico, qual seja a de limitação e observação da atuação do Estado frente a sociedade, trazida por Feuerbach. No pensamento deste, o legislador teria carta branca para a criação de um sistema autoritário, se assim quisesse, e o indivíduo estaria exposto às arbitrariedades que poderiam ser praticadas contra ele.

Grande opositor de Binding, Franz von Liszt (1999) traz a ideia de que o bem jurídico não é criado pela norma, mas, sim, é encontrado por ela. Denominada positivismo naturalista-sociológico, sua teoria é voltada para a realidade social e a vida real do homem, tendo sido a conceituação de bem jurídico fora do plano normativo, mas centrada no mundo dos fatos. Isso se deveria ao fato de que “o fim do direito não é outro que o de proteger os interesses do homem, e estes preexistem à intervenção normativa, não podem ser, de modo algum, criação ou elaboração jurídica, mas se impõem a ela” (PRADO, 2011).

A vinculação da norma ao bem jurídico traz, então, ao bem jurídico uma noção de limite à lógica jurídica, constituindo um condicionante à intervenção penal, que impõe a justificação da tutela penal com base na vida e na realidade social. Este filósofo foi quem primeiro trouxe a construção da compreensão do “Direito Penal (...) fundada na proteção de bens jurídicos, que exerce um papel legitimador e limitador na atuação do poder punitivo, consagrando um verdadeiro instrumento de garantia dos indivíduos perante o Estado”. (SILVA, 2011)

A partir da segunda metade do século XX, o positivismo na ciência jurídica passou a perder força. A filosofia neokantiana passa, então, a ser introduzida nos estudos do Direito Penal (FERNANDEZ, 2004). Segundo esta filosofia, bem jurídico vem a ser um valor abstrato, de cunho ético-social, tutelado pelo tipo legal: “valor ideal da ordem social juridicamente protegido” (JESCHECK e WEIGEND, 2002). Assim, era resumido à *ratio legis* da norma. (PRADO, 2011)

Para os defensores deste pensamento, havia a incapacidade do objeto protegido pelo Direito Penal ser determinado materialmente, o que levava ao fracasso da delimitação do conceito material de crime. Entendiam ainda que não existiriam bens jurídicos concretos, mas que estes seriam uma função que ajudaria na interpretação da norma posta pelo legislador, deixando ao livre arbítrio do mesmo o poder julgar se determinado objeto deveria ser posto sobre a proteção do Direito Penal ou não. (SILVA, 2011)

Mais tarde, com trauma deixado após surgimento de governos totalitários e ditatoriais, principalmente pós Segunda Guerra Mundial, vieram à tona discussões acerca do Estado Democrático de Direito, a partir do qual a dignidade da pessoa humana seria o pilar principal, eixo fundamental da tutela jurídica e também limite da ação estatal. (SILVA, 2011)

A partir de então, o homem passa a ser o centro da atividade do Estado, que deve “nortear suas escolhas e atuações, diante dos problemas que lhe são apresentados, não somente nos comandos legais – elementos formais -, mas também na consagração dos valores essenciais

ao indivíduo e sua existência social” (SILVA, 2011). O jurista passa a ter a responsabilidade de encontrar solução mais justa para os problemas que lhes são apresentados.

O Direito Penal e a Política Criminal passaram, então, a ter uma íntima relação. A última foi introduzida na ciência jurídica como elemento capaz de moderar e racionalizar o poder punitivo do Estado. Consequentemente, a Teoria do Bem Jurídico também se adequa a nova visão, passando o bem jurídico ao âmbito da Constituição e com a função de racionalizar e limitar a intervenção do Direito Penal, condicionando a atuação do legislador (ROXIN, 1997).

Nesta concepção, o conceito pessoal do bem jurídico ganha destaque, sustentado por Rudolphi (1975), Roxin (1997) e Hassemer (1989), e é recepcionado pelo penalismo brasileiro, como pelo penalista Juarez Tavares (2002). Em todas as teorias, o indivíduo passa a ser o centro das atenções do Estado e da política legislativa, que tem como finalidade facilitar o desenvolvimento e proporcionar a satisfação dos cidadãos. O homem é visto novamente como um fim e não meio para o Estado. (SILVA, 2011)

## 2.2 DEFINIÇÃO DE BEM JURÍDICO

Entender o bem jurídico é fundamental para o entendimento do papel do Direito Penal, uma vez que este último tem como função principal a proteção de tais bens. Perceber os contornos essenciais do bem jurídico é, portanto, a chave para compreender sobre quais limites o Direito Penal é construído. (SILVA, 2011)

É inquestionável defender que o delito, conduta tipificada, “lesa ou ameaça de lesão bens jurídicos”. Contudo, não há muita clareza quanto à conceituação do termo “bem jurídico” (PRADO, 2011). Como pudemos perceber a partir do exposto em tópico anterior, desde o surgimento da ideia de bem jurídico no Direito Penal, tenta-se buscar e delimitar o seu significado, tendo sido esta uma tarefa árdua e, para alguns, impossível (SILVA, 2011).

Agravante para a dificuldade de delimitação do referido conceito é o surgimento de teorias que negam o princípio de proteção de bens jurídicos, como defendido por Günther Jakobs (1997), bem como o reconhecimento de que em alguns tipos penais é difícil determinar qual seria o bem jurídico tutelado, como defende Greco (2007).

Na interpretação dos tipos penais, a teoria do bem jurídico mostra sua força e importância, pois os têm como ponto fixo. Ressalta-se que os bens jurídicos não são histórica e socialmente estanques, mas, sim, mutáveis. O que permanece é a função principal do Direito Penal de tutela destes bens, uma vez que quando classificados como bens jurídicos, demonstram aquilo que é tratado como fundamental para determinada sociedade. (BECHARA, 2009)

Diante do histórico da teoria do bem jurídico, é clara a percepção de que a sua conceituação não pode ser fechada, ou seja, não há como, a partir do simples conceito de bem jurídico, concluir automaticamente o que deve ou não ser criminalizado. O bem jurídico aqui deve ser considerado “fundamentalmente como padrão crítico com o qual se verifica a legitimidade da função do direito penal no caso concreto” (BECHARA, 2009).

Como já exposto anteriormente, nem todo bem é jurídico e nem todo bem jurídico é tutelado pelo Direito Penal. Considerando que o Direito Penal deve ser a última *ratio*, logo, o instrumento a ser utilizado quando nenhum outro mecanismo se mostrar eficiente para resolução de um conflito existente, os bens jurídicos tutelados por este ramo do Direito são os considerados de maior importância para uma sociedade e justificadores de uma proteção especial.

Com base na tradição neokantiana, o bem jurídico é concebido como valor cultural, ou seja, “têm como fundamento valores culturais que se baseiam em necessidades individuais” (PRADO, 2011). Segundo esta visão, as necessidades individuais, quando socialmente dominantes, são percebidas como valores culturais e estes se transformam em bens jurídicos quando há necessidade de proteção jurídica.

Welzel (1970), em uma visão ontológica, traz o que chama de valores ético-sociais. Em sua concepção, o Estado tem o condão de controlar ações dos indivíduos, mas, em uma sociedade que segue a democracia, há de se ter um limite para o exercício deste controle. Estes limites são impostos, principalmente, pelos princípios da legalidade e da proteção dos bens jurídicos. A partir daí, claro perceber que, para Welzel, os bens jurídicos são, também, limites para o controle estatal. Assim, o Direito Penal seria exemplo e garantia dos valores ético-sociais, o que entende como formalização do controle social. (PRADO, 2011)

Na concepção de Welzel, o Estado deve agir para a proteção dos bens jurídicos e não indo além disto. Para isto, se faz necessário entender o conceito de bem jurídico que ele entende como “bem vital da comunidade ou do indivíduo, que por sua significação social é protegido juridicamente” (PRADO, 2011). Considera ainda que o Direito Penal tem como principal missão tutelar bens jurídicos afim de proteger “valores ético-sociais das ações mais elementares”, como dito por Hassemer, em 1989. (SILVA, 2011)

Muñoz Conde (2009) conceitua os bens jurídicos como “os pressupostos de que a pessoa necessita para sua autorrealização social e o desenvolvimento de sua personalidade na vida social”. (PRADO, 2011) Este autor defende que a partir de um conflito instaurado, há a necessidade de intervenção estatal sob o pressuposto da utilidade, não afastando a observância a realidade social e existência humana, mas defendendo que a referida intervenção limite o que

deve ou não ser protegido. Muñoz afasta, ainda, desse âmbito de observação, os simples interesses de classe ou de políticas estatais. (TAVARES, 2002)

Os pensadores que se aproximam da visão de Muñoz partem do pressuposto de que a norma derivada do Direito Penal é instrumento de controle social e, portanto, serve para dar estabilidade ao sistema. Desta forma, necessário se faz comunicar a toda a sociedade as imposições e proibições que deverão ser aceitas e atendidas pelos membros de determinadas comunidades a fim de se evitar perturbações ao sistema. (TAVARES, 2002)

Rudolphi (1975) entende o conceito de bem jurídico de forma não estática, afirma que este leva em consideração o desenvolvimento e os valores que cercam determinadas sociedades e pessoas, conceituando-os, assim, como “conjuntos funcionais valiosos constitutivos da nossa vida em sociedade, na sua forma concreta de organização”.

Bettioli (1976) sintetiza como “a posse ou a vida, isto é, o valor que a norma jurídica tutela, valor que jamais pode ser considerado como algo de material, embora encontrando na matéria o seu ponto de referência”. Na sua concepção “é precisamente por essa razão que falamos, a propósito do bem jurídico, de valores e não de interesses, visto que o valor é o termo mais apropriado para exprimir a natureza ética do conteúdo das normas penais, ao passo que interesse é o termo que exprime uma relação”. (PRADO, 2011)

Roxin (1993) os entende como “pressupostos imprescindíveis para a existência em comum, que se caracterizam numa série de situações valores, com, por exemplo, a vida, a integridade física, a liberdade de atuação, ou a propriedade, que toda a gente conhece, e, na sua opinião, o Estado social deve proteger penalmente”. Este autor defende que os bens jurídicos são capazes de restringir o poder punitivo estatal também para a manutenção do sistema penal.

Para Zaffaroni e Pierangeli (1997), bem jurídico penalmente tutelado “é a relação de disponibilidade de uma pessoa com um objeto, protegida pelo Estado, que revela seu interesse mediante normas que proíbem determinadas condutas que as afetam, aquelas que são expressadas com a tipificação dessas condutas”.

Na doutrina pátria, há destaque para o conceito de Assis Toledo (1991) que defende que “bens jurídicos são valores ético-sociais que o direito penal seleciona, com o objetivo de assegurar a paz social, e coloca sob sua proteção para que não sejam expostos a perigo de ataque ou a lesões efetivas”. (PRADO, 2011)

Fragoso (2006) assevera que

o bem jurídico não é apenas um esquema conceitual visando proporcionar uma solução técnica de nossa questão: é o bem humano ou da vida social que se procura preservar, cuja natureza e qualidade dependem, sem dúvida, do sentido que a norma tem ou que a ela é atribuído, constituindo, em qualquer caso, uma realidade contemplada pelo direito. Bem jurídico é um bem protegido pelo direito: é, portanto, um valor da vida humana que o direito reconhece, e a cuja preservação é disposta a norma.

Inobstante a todo o exposto e a toda tentativa de conceituação, Luiz Regis Prado (2011) afirma que

Em verdade, nenhuma teoria sociológica conseguiu formular um conceito material de bem jurídico capaz de expressar não só o que é que lesiona uma conduta delitiva, como também responder, de modo convincente, por que uma certa sociedade criminaliza exatamente determinados comportamentos e não outros. (p. 43)

Desta forma, resta claro que “a noção de bem jurídico decorre das necessidades do homem surgidas a experiência concreta da vida” (PRADO, 2011). Logo, reforça-se a ideia de que conceituar bem jurídico é tarefa difícil, uma vez que para a sua identificação tem que ser levado em consideração os princípios e valores considerados como de importância para determinada sociedade.

### 2.3 FUNÇÕES DO BEM JURÍDICO NO DIREITO PENAL

A partir da exposição e análise do desenvolvimento histórico da noção de bem jurídico, das implicações teóricas delas resultantes, bem como a partir de sua definição, entendem-se funções exercidas por este elemento na dogmática e prática penal. Prado (2011) destaca como mais relevantes quatro delas, sendo: a) função de garantia ou de limitar o direito de punir do Estado; b) função teleológica ou interpretativa; c) função individualizadora e; d) função sistemática.

Passaremos, desta forma, a analisar cada uma:

#### a) Função garantidora ou limitadora do direito de punir do Estado

Esta é a função mais importante encontrada na Teoria do Bem Jurídico Penal. Tem como seu maior estudioso Luigi Ferrajoli (1995), considerado pai do garantismo penal, que consagra o bem jurídico como garantia pelo princípio da lesividade ou ofensividade, sendo sintetizado como um dos dez axiomas do seu sistema de garantias: “Nullum crimen sine injuria”.

Segundo Prado (2011), tal função possui caráter político-criminal, uma vez que limita o legislador em sua atividade no momento em que este produz normas penais. Para o mesmo, em um Estado Democrático e social de Direito, o legislador teria o compromisso de tipificar condutas consideradas graves e que lesionassem ou colocassem em perigo concreto bens jurídicos reais.

Segundo esta função, o bem jurídico seria o instrumento de garantia do cidadão frente ao Estado. O bem jurídico é visto, então, como limite a atuação do legislador, que só pode criar normas que verdadeiramente protejam reconhecidos bens jurídicos, utilizando a criminalização como critério de proteção dos mesmos. A partir daí seria vista também a função de instrumento de controle de normas inadequadas. (SILVA, 2011)

Para estudiosos que perpassam por uma vertente mais liberal, como Claus Roxin (2007), a partir dessa função se delineariam nove grupos de casos nos quais não seria possível identificar uma intervenção penal fundada em bens jurídicos: a) leis penais arbitrárias, de motivações exclusivamente ideológicas ou violadoras de direitos fundamentais; b) transcrições das finalidades legislativas; c) aquilo que é contrário a moral, a ética e outras condutas reprováveis; d) violações a própria dignidade ou a dignidade do ser humano; e) proteção de sentimentos; f) a autolesão consciente, possibilitá-la ou auxiliá-la; g) normas penais principalmente simbólicas; h) tabus; i) objetos de proteção de uma abstração incompreensível.

Neste ponto se percebe a importância da Teoria do Bem Jurídico para o Direito Penal. Ora, sem um bem jurídico estabelecido não haveria motivação para a criação de norma criminalizadora. Aqui não se falaria no estabelecimento do bem jurídico a ser tutelado com taxatividade plena, uma vez que em uma sociedade que sofre tantas modificações como a atual seria difícil definir todos os bens jurídicos de forma prévia e precisa. (SILVA, 2011)

Contudo, é de fácil percepção que a teoria do bem jurídico é capaz de fornecer os requisitos para a determinação da concessão de tutela penal, ou seja, ao estudá-la, o legislador tem acesso ao entendimento do que faria um simples “bem” poder ser reconhecido como um “bem jurídico penal”, principalmente se considerarmos o Direito Penal inserido em um Estado Democrático de Direito, com garantias constitucionais a serem observadas. (SILVA, 2011)

Diante disso, indubitável reconhecer o caráter da Constituição também como objeto importante para a Teoria do Bem Jurídico e sua função garantidora e limitadora. Uma vez que ela é o marco importante para entender os valores considerados de extrema importância para a sociedade e os quais os poderes têm o dever de proteger. (SILVA, 2011)

b) Função teleológica ou interpretativa

Esta função percebe o bem jurídico como “o núcleo da norma e do tipo”, uma vez que todo delito ameaça a um bem jurídico. O bem jurídico, assim, seria importante instrumento de interpretação da norma penal, pois a caracterização do tipo penal se daria em torno dele. (PRADO, 2011)

O bem jurídico aqui seria de extrema importância para a configuração do tipo penal. Sem ele, não haveria razão para existência da tipificação, considerando o fato de que sem a sua existência não haveria também razão para proteção jurídica no extremo do Direito Penal, garantidor do princípio da proteção exclusiva do bem jurídico. (PRADO, 2011)

A partir do entendimento desta função também se faz importante o destaque para a separação do que seria bem jurídico e do que se quer que seja bem jurídico, com a adição do sentimento humano.

Neste sentido, o estelionato, previsto no art. 171 do Código Penal Brasileiro, que traz em sua redação a previsão de obtenção de “vantagem ilícita, em prejuízo alheio”, vincula a configuração do crime a sua obtenção. Contudo, tendo em vista ser este um crime contra o patrimônio, a vantagem ali descrita só pode ser entendida como vantagem econômica, uma vez que entender qualquer tipo de vantagem neste caso seria desvirtuar o bem jurídico ali protegido. (SILVA, 2011)

#### c) Função individualizadora

A depender do bem jurídico ameaçado ou da gravidade da lesão sofrida por específico bem jurídico haveriam graus de fixação da pena estabelecida. Assim, o bem jurídico seria o termômetro da fixação da sanção penal. (PRADO, 2011) Em razão disso, o próprio Código Penal Brasileiro tem seus parágrafos e incisos, por vezes, determinando penas em diferentes graus, bem como a ameaça de lesão ao bem jurídico também é punida de forma mais branda do que a efetiva lesão.

Tal função também se percebe importante quando na concreta fixação da pena pela autoridade judiciária responsável, uma vez que há de ser considerado o bem jurídico ameaçado, o grau da ameaça ou da lesão, além das circunstâncias que levaram àquela situação. Tudo observando, desde o princípio o bem jurídico mais relevante em destaque ali. (SILVA, 2011)

#### d) Função sistemática

Quando na observação do Código Penal Brasileiro, é possível perceber a parte especial categorizada de acordo com o bem jurídico ferido. Esta função diz respeito exatamente à



classificação dos tipos penais, uma vez que a depender do bem jurídico lesionado, a sua tipificação se dará em capítulo especial responsável por este (PRADO, 2011).

O bem jurídico visto nesta posição seria o guia da atividade estatal. Não havendo bem jurídico de relevância clara e passível de proteção do estado, não haveria também justificativa para a sua proteção, principalmente com o instrumento penal. (SILVA, 2011)

A título de direito comparado, os bens jurídicos seriam ordenados conforme a situação política do país e os bens considerados de maior relevância e prestígio. Assim, um Estado que autoritário começaria a catalogação dos delitos por aqueles contra o Estado, já liberais, pelos que ofender bens jurídicos individuais, normalmente a vida e a integridade física (SILVA, 2011).

#### 2.4 O BEM JURÍDICO PENAL COMO CRITÉRIO DE CRIMINALIZAÇÃO POR SER OBJETO DE PROTEÇÃO

“Bens jurídicos são interesses ou necessidades do indivíduo ou da sociedade, cuja significação individual ou social exige proteção jurídica”. É com este conceito que Juarez Cirino dos Santos (2017) analisa o bem jurídico visto na sociedade capitalista. O autor critica o Direito Penal, afirmando que este é utilizado para garantir valores relacionados ao capital, “na medida em que são necessários/úteis” para a sua expansão.

Segundo este autor, em um Estado Democrático de Direito com formações sociais fundadas na relação “capital/trabalho assalariado”, o bem jurídico é essencial como critério de criminalização e como objeto de proteção do Direito Penal. Santos entende que, em qualquer tipo de formação social, existem “áreas consensuais mínimas, como a vida, a integridade, a sexualidade, o meio ambiente etc.” sempre necessitadas de proteção penal. (SANTOS, 2017)

Embora a ideia do bem jurídico como critério de criminalização e objeto de proteção seja bem aceita, autores como Zaffaroni, Batista, Alagia e Slokar (2002) não aceitam o mesmo como objeto de proteção. Para estes, é unânime aceitar que toda lesão de bens jurídicos deve ser criminalizada e negar que todo bem jurídico deve ser protegido por criminalização. Contudo, exemplificam que em crimes como o homicídio e o estupro tem penas que não protegem a vida e nem a sexualidade das vítimas, portanto, a ideia de que o bem jurídico é protegido penalmente pela teoria do bem jurídico cairia por terra.

Há de se ter em mente que o bem jurídico é critério de criminalização justamente porque constitui objeto de proteção penal. É certo que existem bens jurídicos individuais que, como dito, são áreas consensuais mínimas protegidas em qualquer civilização, principalmente naquelas em que há uma democracia declarada, como a vida, a integridade, a liberdade e a

sexualidade. Estas dependem de proteção penal e são “poderia ser aflitivo imaginar o que aconteceria com a vida e a sexualidade humanas se não se constituíssem objeto de proteção penal (mas de simples indenização, por exemplo)”. (SANTOS, 2017)

O tipo surge da norma e a norma surge do objeto de tutela. A depender de sua importância e da significação deste bem para determinada sociedade, vem a legitimidade de proteção do bem jurídico pelo Direito Penal. O direito penal tem o condão de proteger o bem jurídico, baseado no que o delito prevê. Desta forma, uma ação ou omissão pode lesionar vários bens ou um mesmo objeto de proteção pode ser afetado de maneiras distintas, sendo trabalho do interprete esclarecer como e quais bem jurídicos restaram prejudicados. (SANTOS, 2017)

Disto isto, resta demonstrada a importância da Teoria do Bem Jurídico para o Direito Penal e para a manutenção da ordem e harmonia de uma sociedade, especialmente aquelas em que se vive em um Estado Democrático de Direito. Assim, reconhecer como passíveis de punição práticas que outrora eram banalizadas e naturalizadas, como é o caso da violência obstétrica, é grande passo para o reconhecimento de proteção de garantias fundamentais dos cidadãos.

Por este motivo, o próximo capítulo estará reservado a demonstrar o quais procedimentos são entendidos como violência obstétrica e perceber como o reconhecimento das práticas como sendo violentas ajuda a entender a importância de discutir os bens jurídicos tutelados nesta violência, entendida como intrinsecamente de gênero.

### 3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Apesar de ser prática recorrente em diversos hospitais brasileiros, a violência obstétrica é tema pouco tratado e discutido, inclusive pelas suas vítimas. Em 2010, a pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços públicos e privados”, realizada pela Fundação Perseu Abramo em Conjunto com a SESC, constatou que de 100 (cem) mulheres entrevistadas, 25 (vinte e cinco) afirmaram perceber ter sofrido violência obstétrica no país.

O reconhecimento da violência obstétrica é difícil, uma vez que a própria vítima, por vezes, entende alguns dos procedimentos realizados durante o pré-natal e o trabalho de parto como sendo normais. Isto se deve à uma cultura já enraizada de que para parir é necessário sofrer e sentir dor, dor esta que é confundida com as dores psicológicas e físicas deixadas por uma violência que se camufla e é confundida com conhecimento científico, visto que, na maioria das vezes, é praticada por profissionais de saúde (AGUIAR, 2010).

Segundo Aguiar (2010):

(...) a violência dentro dos serviços de saúde de uma forma geral é identificada a um mau atendimento que inclui: fala grosseira, negligência, abandono, ofensa moral; não ter paciência, gritar, empurrar; não dar informações ao paciente e trata-lo com indiferença; fazer algum procedimento ou exame sem consentimento, inadequado ou desrespeitosamente; discriminação por condição social ou cor e a violência física. (p. 149)

Se, de forma geral, a violência já é comumente percebida e sentida dentro dos serviços de saúde, a qual todos os sujeitos que dela necessitam estão expostos, o que ocorre com mulheres grávidas, durante o pré-natal e com parturientes, durante o trabalho de parto e o parto normal é algo alarmante. A situação se intensifica se considerarmos que mulheres nestas condições são mais vulneráveis, tanto física quanto psicologicamente.

Enquanto os partos eram assistidos em domicílio, geralmente por mulheres da família ou pelas chamadas parteiras, o nascimento era visto como processo natural e fisiológico, não sendo necessária intervenção médica caso não houvessem intercorrências que a justificasse. Após a hospitalização, o nascimento passou a ser considerado como um processo patogênico, requerendo intervenção médica que prevenisse eventuais lesões maternas e fetais. (AMORIM e KATZ, 2008; O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013)

A mudança do local de parto gerou uma série de intervenções que não se baseavam em evidências científicas, como o uso da episiotomia<sup>1</sup>, do fórceps<sup>2</sup> e a adoção da posição

---

<sup>1</sup> Incisão feita no corpo perineal para facilitar o parto aumentando a área de saída. (Lambrou, 2001)

<sup>2</sup> Instrumento utilizado para apreensão, tração e, ocasionalmente, rotação do pólo cefálico fetal. (Brasil, 2001)

horizontal para o parto<sup>3</sup>, pois esta facilita a intervenção médica pois garante um melhor acesso do obstetra ao canal de parto. (MYERS-HELFGOT e HELFGOTT, 1999; O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013)

A prática de cuidar dos corpos femininos se consolida como área do conhecimento de domínio exclusivo de médicos e homens durante o século XVIII e XIX (AGUIAR, 2010; O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013). A apropriação do parto como evento médico ganha força quando se desenvolviam tecnologias de intervenção e conhecimento cirúrgico sobre o corpo da mulher. O conjunto desses conhecimentos e práticas passavam, então, a serem conhecidos como a obstetrícia, de onde surgem a ginecologia, a embriologia e a genética. (VIEIRA, 2002).

Corpos femininos e infantis passam a ser controlados pela sociedade capitalista como uma estratégia biopolítica de controle social. Criam-se, desta forma, modelos científicos para a sexualidade e para a reprodução, além de disciplinas quanto às vidas públicas e privadas dos indivíduos da sociedade (FOUCAULT, 2007). A medicalização social, voltada a grande massa da população, é consolidada, e esta é utilizada para assegurar conformidade às normas sociais vigentes à época. O corpo da mulher começa, assim, a ser dito como algo “contaminado” e “patológico” e, logo, necessitado de intervenções médicas (AGUIAR, 2010).

Entre os processos biológicos ocorridos no corpo feminino - como a menstruação, a gravidez e a menopausa, o parto vaginal, historicamente, também era visto como um processo natural e fisiológico. Este cenário mudou gradativamente junto ao crescente número de partos hospitalares, fenômeno iniciado a partir da década de 1940, nos Estados Unidos (MYERS-HELFGOT e HELFGOTT, 1999). A visão sobre o corpo feminino, à época, refletia o paradigma vigente, e era visto “como essencialmente defectivo e dependendo de intervenções médicas” para o parto que, só a partir das intervenções poderia se realizar de forma segura, sob obrigatórios cuidados médicos (AMORIM e KATZ, 2008).

A mulher, quando na assistência médica tutelada pela Igreja Católica, deveria sofrer o parto como pena pelo pecado original. Por isto, era dificultado e até impedido qualquer apoio para aliviar os riscos e dores do parto. Foi a partir de então que a obstetrícia, ciência e, principalmente por isto, majoritariamente masculina, encontrou brecha para agir como resgatadora das mulheres, antecipando e combatendo os perigos do ato de parir, único e exclusivo de corpos biologicamente femininos. (DINIZ, 2005)

---

<sup>3</sup> Posição sabidamente desconfortável para o trabalho de parto, uma vez que a parturiente não tem a força da gravidade a auxiliando.

O parto passa, então, a ser visto como uma “violência intrínseca, essencial, um fenômeno fisiologicamente patogênico”. Para a obstetrícia, majoritariamente masculina, se um procedimento envolvia dores, riscos e sofrimentos, era necessariamente um processo patológico, tendo que ser tratado desta forma. Por ser entendido como um evento doloroso, iniciou-se um processo de apagamento da experiência<sup>4</sup>, no qual as mulheres davam a luz sob sedação total para que não se recordassem da experiência tratada como extremamente sofrível. (DINIZ, 2005)

A partir do século XX, nos países industrializados, o modelo hospitalar dominante passa a determinar que as mulheres vivessem o parto de forma consciente, porém imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, tendo o funcionamento do seu útero controlado (sendo acelerado ou reduzido) e assistido por pessoas desconhecidas que, geralmente, nunca haviam visto na vida e com as quais não possuíam qualquer proximidade ou intimidade. Separadas de tudo o que lhes podia dar a sensação de conforto e confiabilidade, geralmente em salas frias e claras de hospitais, a mulher logo passaria a ser submetida a uma cascata de procedimentos que intervencionariam o nascimento de seus filhos. (DINIZ, 2005)

No Brasil, em hospitais públicos, submetidas ao SUS, os procedimentos se dão de forma extremamente cruel e desumana (DINIZ, 2005). A experiência se torna ainda mais dolorosa, uma vez que as usuárias do serviço são, em sua maioria, de baixa classe econômica e baixa escolaridade. Isto implica em estarem totalmente dependentes e obedientes aos profissionais de saúde que a assistem no momento, o que as leva a não questionar os procedimentos realizados, por terem medo de serem entendidas como questionando a autoridade médica, uma vez que consideram que esta é científica e logo a correta, ou a nem sequer entenderem a linguagem utilizada por eles. (AGUIAR, 2010)

Os relatos abaixo retirados de estudo de Janaina Aguiar, realizado em 2010, demonstram claramente a falta de comunicação entre paciente e médicos:

---

<sup>4</sup> “Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas.” (DINIZ, 2005)

**“(Porque que você não falava nada com os médicos?)** Ah, porque ele... Ó, um veio me examinar e falava assim: “Ela já ta no trabalho de parto”. Aí vinha outra médica me examinar e falava: “Nossa, ela tem que desvirar, ta com a cara virada pra lua”. Até hoje também não sei, né. Aí eu ficava ali, mas não perguntava nada também, né. Eu falei: “Ah, eles são médicos, eles devem entender, deve estar sabendo porque.” (p. 85)

“Queria saber quantos pontos foram e, assim, ele não falou, eu até perguntei. Disfarçou e não falou, eu não sei por qual motivo, e... Mas disso, fora isso foi tudo bem, caiu com sete dias, não infeccionou”. (p. 97)

Para a maioria das mulheres, resta a visão de que o parto é evento sofrido e extremamente doloroso, o que é intensificado pela má prestação no atendimento de hospitais públicos e pelas diversas intervenções e violências realizadas no parto normal, que é frequentemente reforçada por familiares, amigas e até pela própria mídia. Por este motivo, as mesmas vêm na cesárea eletiva (ver 2.3) a solução para a prevenção do sofrimento, o que é apoiado por diversos médicos obstetras. (AGUIAR, 2010; DINIZ, 2005)

Este capítulo está dedicado a abordar as mais importantes e rotineiras práticas encaixadas como violência obstétrica, pretendendo chegar o mais próximo possível de seu conceito mais amplo, além de distinguir sumariamente cada uma das práticas e demonstrar como estas ferem mulheres, gestantes e parturientes, todos os dias no país.

### 3.1 O QUE SE ENTENDE POR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Criminalizada em países como Venezuela e Argentina, a violência obstétrica é fenômeno pouco discutido no Brasil. Isto se deve ao fato de que muitas mulheres, apesar de sofrerem, acabam por não se reconhecerem como vítimas desta violência institucionalizada (AGUIAR, 2010) que consiste em maus-tratos, abusos e desrespeitos praticados, em sua maioria, por profissionais de saúde. Além disto, a comum associação realizada entre o momento do parto e a dor, já tão enraizada na cultura do país, faz com que a real do dor do parto se confunda com as dores físicas e psicológicas sofridas no momento que deveria ser um dos mais sublimes na vida de uma mulher.

Várias definições para o termo violência obstétrica têm sido propostas. (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015) destacam aquela apresentada na primeira legislação latino-americana, tipificando a referida violência. Sancionada na Venezuela, define esta violência como:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.

O Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra as Mulheres do Senado (2012), refere-se aos atos caracterizadores da Violência Obstétrica como “todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”.<sup>5</sup>

Em Lei Estadual nº 17.097, de janeiro de 2017, sancionada pelo Estado de Santa Catarina, que “dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina”, em seu art. 2º descreve que “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 do puerpério”. (BRASIL, 2017, on-line)

Tesser, Knobel, *et al.* (2015) dissertam que a violência obstétrica já foi descrita por meio de diversas expressões, como “violência do parto”, “abuso obstétrico”, “desrespeito e abuso”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumana/desumanizada”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”. Dentre tantas conceituações, os autores destacam a sintetização de Bowser e Hill (2010) das principais categorias de desrespeito e abuso nas instituições correspondentes, associando as mesmas aos direitos correspondentes presentes no quadro a seguir.

**Quadro 1. Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos.**

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras

<sup>5</sup> “A razão pela qual não abordamos a violência obstétrica como sendo aquela praticada única e exclusivamente por profissional da saúde deve-se ao fato de constatarmos (...) que são plurais as fontes de agressão contra as mulheres em seu processos reprodutivos – sobre estes, consideramos também o aborto, diante dos inúmeros relatos de maus tratos e violências nesta circunstância.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

		intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o Atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40a semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: Safety Thermometer, National Health Service *apud* TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015.

A Organização Mundial da Saúde, em 1996, através do documento intitulado “Assistência ao parto normal: um guia prático” classificou intervenções comumente realizadas durante o parto com base em evidências científicas. Estas, segundo o documento, são prejudiciais e ineficazes e por este motivo devem ser eliminadas quando no atendimento a grávidas e parturientes. Tesser, Knobel, *et al.* (2015) as sintetizam no quadro abaixo:



**Quadro 2. Práticas prejudiciais e motivos associados.**

Práticas prejudiciais ou ineficazes	Motivo
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto/Cateterização venosa profilática de rotina.	Diminui a mobilidade, “prende” a parturiente ao leito. Aumenta desconforto. Solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal.
Uso indiscriminado de ocitocina.	Pode levar a um aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal. Ocitocina isoladamente não diminui a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural.
Amniotomia para acelerar trabalho de parto.	Amniotomia isolada parece diminuir um pouco a duração do trabalho de parto, mas aumenta a possibilidade de cesariana.
Posição de litotomia (posição de exame ginecológico).	Posições verticalizadas reduzem o tempo de trabalho de parto e não estão associadas a aumento de intervenções ou efeitos negativos São bem descritos os benefícios da posição verticalizada para mulher e feto.
Episiotomia.	Aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Seu uso rotineiro vir sendo constantemente desestimulado.
Manobra de Kristeller.	Associada a lacerações perineais graves e internação em UTI neonatal para o bebê. Há recomendação de que seja evitada.
Restrição alimentar e hídrica.	Prolongada pode levar a desconforto da parturiente, há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto.
Restrição aos movimentos corporais.	Dificulta lidar com a dor. Aumenta a chance de necessidade de analgesia. Aumenta a chance de cesariana. Aumenta a duração do trabalho de parto.
Impedimento de acompanhante.	Presença de acompanhantes é altamente protetora contra todas as formas de violência durante a internação hospitalar.

Fonte: TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015.

O Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012) expõe que violência obstétrica em caráter psicológico é:

toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais. (p. 59)

Como visto, a violência obstétrica tem viés físico, psicológico e sexual. Aguiar (2010) observa que esta violência tem raízes na violência de gênero, bem como na relação de poder mantida entre a mulher e profissional de saúde. Como mulheres, estas estariam submissas à dominação masculina e como pacientes as mesmas estariam submetidas à dominação da medicina sobre seus corpos.<sup>6</sup>

A pesquisa “Nascer no Brasil”, responsável por entrevistar mais de 23 mil mulheres, em 266 maternidades públicas e privadas, com 500 ou mais partos anuais realizados em 191 municípios demonstrou que muitas práticas mencionadas são rotina no Brasil. Entre as entrevistadas, 70% tiveram punções rotineiras, 40% receberam ocitocina e a amniotomia<sup>7</sup> foi realizada em 40%. (Viellas, Domingues, Dias, Gama, Theme, Costa et al., 2014)

Das mulheres que tiveram seu bebês pela via vaginal (apenas 48%), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas a episiotomia e 37% receberam a manobra de Kristeller; somente 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7% contaram com acompanhante. Apenas 5% tiveram um parto sem intervenção. (Viellas, Domingues, Dias, Gama, Theme, Costa *et al.*, 2014). Os números são expressivos e demonstram a forma como a violência obstétrica acontece no Brasil.

O nascimento e o parto são temas que dizem respeito e merecem atenção de toda a sociedade, uma vez que todos os seres humanos que existem passaram pelo processo e a maioria das pessoas vivas pretendem ter filhos. (O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013) Contudo, o Brasil é um país que anda na contramão do que é recomendado pelas principais organizações de saúde do mundo e do próprio país, conforme será demonstrado a partir da exemplificação

---

<sup>6</sup> (AGUIAR, 2010) destaca ainda que mesmo quando a relação profissional/paciente se dá entre mulheres, se observa comportamento autoritário e hostil por parte das profissionais. Defende que, muitas vezes, isto se dá devido as “diferenças de classe e etnia, conhecimento técnico e científico que as profissionais detêm e numa naturalização do exercício do poder médico pela posição hierárquica que ocupam”. A mesma reproduz ainda o dito por D’Oliveira e Schraiber (1999): “estas profissionais poder ser vistas como um ‘duplo’, isto é, femininas por situação de gênero e ‘masculinas’ por condição tecnológica, reproduzindo na enfermagem o poder médico”.

<sup>7</sup> Rompimento forçado da bolsa para aceleração do trabalho de parto.

das principais espécies de violência obstétrica, muitas delas constantes em depoimentos das próprias mulheres.

### 3.2 PROCEDIMENTOS DANOSOS E INVASIVOS À MULHER NO ATENDIMENTO AO TRABALHO DE PARTO E NO PARTO NORMAL

São várias as formas de violência obstétrica (conforme Quadro 1). Vamos adentrar em suas principais, demonstrando como cada uma destas fere as mulheres que a elas são subjugadas.

#### a) Episiotomia

A episiotomia “consiste na incisão do períneo para ampliação do canal de parto” (AMORIM e KATZ, 2008). Conhecida também como “pique”, “é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia” e, muitas vezes, sem o consentimento da paciente ou sem que a mesma seja informada de suas reais indicações, riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Introduzida no século XVIII, por Sir Fielding Ould (1742), obstetra irlandês, pretendia ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. Embora não existam evidências científicas de sua efetividade e segurança, a episiotomia é frequentemente realizada em mulheres em trabalho de parto, sua finalidade seria a de reduzir possíveis lacerações perineais graves. Além disto, muitos médicos acreditavam que a realização da mesma reduziria o período do expulsivo, o que permitiria aos profissionais atender mais mulheres em trabalho de parto e, assim, atender a demanda de hospitais públicos de forma mais rápida. (AMORIM e KATZ, 2008)

Além de não existirem evidências da eficácia do procedimento, Thacker e Banta (1983), demonstravam evidências dos riscos associados a episiotomia: como edema, dor, infecção, hematomas. Foi o estudo dos dois autores que despertou o interesse para o estudo da episiotomia. (AMORIM e KATZ, 2008)

Amorim e Katz (2008) concluíram que “a episiotomia não protege contra infecção urinária ou fecal”; “a perda sanguínea é mais volumosa”, além de serem utilizadas mais fios para sutura e a incidência de mais dor no períneo das mulheres que sofreram o procedimento; a episiotomia é uma laceração grave, de segundo grau, e quando não realizada, as parturientes

podem não sofrer nenhuma laceração<sup>8</sup> ou surgir de primeiro ou de segundo que se curam mais rapidamente; “o procedimento aumenta a chance de dor pós-parto”; pode causar edema, infecção e hematomas e; a prática aumenta maiores custos hospitalares.

No Brasil, muitos médicos se utilizam da prática, tanto em clínicas privadas quando em públicas. A prática constitui uma verdadeira mutilação genital feminina, acarretando danos à saúde e ao bem-estar da mulher (AMORIM e KATZ, 2008). O procedimento pode causar dor, até cicatrizes e deformidades que requerem correção cirúrgica (DINIZ e CHACHAM, 2006).

Muitas mulheres se queixam que a episiotomia causa, inclusive, baixa autoestima, dores perineais que as atrapalham de se sentar ou de manter relações sexuais, conforme relatos presentes em estudo de (AGUIAR, 2010) e (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012):

“Me costuraram todinha, rasgaram isso meu, aqui, aqui. Olha fizeram um estrago na minha vagina.” (AGUIAR, 2010, p. 77)

“E a minha vagina está toda aberta ainda (...) Eu gostaria de mudar, pode ser sincera mesmo? O que eu queria mudar até hoje era a minha vagina. É onde foi costurado, até hoje eu sinto a carne. Não é o ponto, é a carne, doer um pouco. Hoje não está doendo, agora ontem estava doendo muito. Eu fui muito machucada. (**Você ainda sente doer?**) É a carne. E o que estou preocupada também, que eu pedi até a Betina (enfermeira) pra marcar um médico pra mim, é a minha vagina que está toda ruim, sabe? (...) o corte perto da vagina não fechou, está aberto, a pele está solta. Fui lá ontem, mostrei, eles me examinaram, falaram que é normal. Com o tempo vai entrar pra dentro. Com o tempo, quando? E eu não estou tendo relação com meu marido. Por causa disso. Porque eu tenho medo de me dar infecção de novo.” (AGUIAR, 2010, p. 95)

“Eu não vi (a episiotomia). Eu não tive coragem de ver, mas eu sei que foi dez pontos porque eu li. Quer dizer, eu não perguntei e nem me falaram. É uma coisa que era pra ter falado, né? A médica não veio falar pra mim, eu li nos papel que veio comigo” (AGUIAR, 2010, p. 96)

“E o médico, depois de ter cortado a minha vagina, e depois do bebê ter nascido, ele foi me costurar. E disse: ‘Pode ficar tranquila que vou costurar a senhora para ficar igual a uma mocinha!’. Agora sinto dores insuportáveis para ter relação sexual.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 86)

Como dito por Amorim e Katz (2008) a episiotomia é “uma verdadeira mutilação genital”. No caso da manifestação desta violência, resta claro que há uma necessidade de se considerar cada parto individualmente, uma vez que no caso de um o procedimento ser

---

<sup>8</sup> “Quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

consentido, há uma evidente violência física e sexual, enquanto que se não houver o consentimento de submissão ao procedimento, a violência perpassa também no setor psicológico.

Quando há o consentimento, há destaque ainda para a submissão a episiotomia em situação de vulnerabilidade, no qual mulheres antes do trabalho de parto ou em pleno trabalho de parto, acompanhadas por plantonistas em emergências de maternidades ou até mesmo de profissionais que as acompanharam durante toda a gestação e que, por este motivo, acreditam serem de confiança, acabam sofrendo violência psicológica, como visto nos relatos:

“Durante o pré-natal, falei para a obstetra que eu não queria que fosse feito a episio. Ela me respondeu se eu gostaria de ficar toda rasgada e relaxada.” (AGUIAR, 2010, p. 83)

“Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.’” (AGUIAR, 2010, p. 83)

“Senti muita dor com uma manobra de ‘massagem perineal’ que foi feita durante o parto e pedi para a médica tirar a mão dali. Ela respondeu ‘Quem manda aqui sou eu’. Logo em seguida, foi feita uma episiotomia sem aviso. Até hoje tenho sonhos e flashes dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma.” (AGUIAR, 2010, p. 84)

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada.” (AGUIAR, 2010, p. 84)

“Além da episiotomia gigantesca tive laceração de 3º grau. Infeccionou, tomei antibiótico, passei 12 dias deitada porque não conseguia ficar em pé de tanta dor, um mês sem conseguir me sentar, usei o travesseirinho da humilhação por 3 meses, sexo também deve ter sido uns 5 meses depois do parto. Doeu pra caramba. Doeu e ardeu. Demorou para melhorar. Passei anos sem coragem de olhar o estrago. A cicatriz até hoje as vezes inflama e dói ou incomoda. Depois de 3 ou 4 anos criei coragem e olhei com um espelhinho, está horrível, a cicatriz vai altinha e fofinha até quase ao lado do ânus.” (AGUIAR, 2010, p. 84)

“O obstetra fez uma cesárea vaginal.” (AGUIAR, 2010, p. 85)

A violência é também reconhecida por médicos, como destacado por esta fala de um diretor de hospital:

“... temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de ‘hemibundectomia lateral direita’, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Sem falar das episiotomias que fazem a vulva e a vagina ficarem tortas, que chamam de ‘AVC vulvar’, sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas?” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 85)

Há de se ter em mente ainda que a episiotomia não é uma violência que acaba quando se corta o períneo da mulher objetivando facilitar a passagem do bebê. Após o parto, a sutura é, muitas vezes, realizada sem a aplicação da anestesia, mesmo quando as mulheres protestam e revelam sentir dor. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Além disso, muito comumente, os médicos obstetras utilizam-se do machismo para dar o chamado “ponto do marido” que, segundo eles, se propõe a deixar a vagina mais apertada pois a mesma não voltaria ao normal após a passagem do bebê, o que “acabaria com a diversão e com o prazer do marido”, explicando às parturientes que caso o ponto não seja realizado, elas serão trocadas por outras mulheres que ainda não tiveram filhos. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

#### b) Intervenções com finalidades “didáticas”

Em ambientes nos quais existem acadêmicos, é comum ter várias pessoas observando os procedimentos a serem realizados em gestantes e parturientes e, por vezes, realizando-os em sequência ou juntas. Relatos demonstram que as mulheres, no caso, são utilizadas para a demonstração de procedimentos como o exame de toque, sem nem sequer obterem uma explicação do que estão prestes a fazer em detrimento do aprendizado. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Os nomes, as qualificações, as necessidades e os riscos dos procedimentos não são informados às mulheres, enquanto as mesmas são mantidas em posição ginecológica, vendo e ouvindo pessoas comentarem sobre as evoluções de seus partos e não sendo consultadas nem mesmo para saber se negam ou permitem o procedimento. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

“Senti meu corpo totalmente exposto, me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos, me usando para demonstração. O médico mal falou conosco, abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 93)

“Na hora do expulsivo, eu não tive alternativa de posição, então tive que me deitar na mesa obstétrica, minhas pernas foram amarradas aos estribos, um campo cirúrgico foi erguido de modo que eu não via quem eram as pessoas que entravam na sala e me viam de pernas abertas, embora escutasse a porta abrindo e fechando o tempo todo. Ainda não estava com dilatação completa quando ela me orientou a fazer ‘força comprida’ durante as contrações.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 96)

Sem dúvidas, profissionais precisam de treinamento para procedimentos que possam ser necessários. Contudo, estes precisam aprender a respeitar as condições do parto, bem como a integridade física das gestantes e parturientes. (KETTLE, 2005) Ainda que se precise ensinar procedimentos como o toque e a episiotomia, não há razão para os realizar de forma indiscriminada, abusiva e antiética (DINIZ e CHACHAM, 2006), como possível deprender de depoimento retirado de HOTIMSKY (2007):

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

E de DINIZ (2001) citada no Dossiê “Parirás com Dor”:

“[...] Perguntei baixinho se ela poderia estimar quanto se fazia de episiotomia e de indução ali, ao que ela cochichou ‘perto de 100%’. Eu perguntei: ‘Perto de 100%? Por que?’. ‘Porque eles têm que aprender (olha de soslaio para os residentes) e as mulheres são o material didático deles, falou, fazendo uma concha com a mão em minha direção.’ (DINIZ, 2001)

O Ministério Público Federal, inclusive, já defendeu em ação civil pública a privacidade de exames em hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande, após gestante de alto risco ter o procedimento ginecológico negado porque a mesma impediu que estudantes de medicina acompanhassem o exame. Foi considerado “que negar atendimento ao paciente que recusa o acompanhamento discente contraria direitos fundamentais como o direito à dignidade, à intimidade e à saúde” (PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL, 2011, on-line).

Importante observar que, uma vez que a mulher se sinta constrangida, humilhada e violada em sua intimidade, a negação para a presença de discentes durante exames ginecológicos da gestante bem como também no trabalho de parto deve ser considerada, uma vez que há ferimento a direitos fundamentais da mulher mesmo que este esteja em

contraposição ao direito fundamental à educação. (PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL, 2011)

c) Intervenções de verificação e aceleração do parto

Durante um parto normal, alguns profissionais insistem em realizar um procedimento conhecido como exame de toque, utilizado para verificar a dilatação do colo do útero. Este exame é realizado, na maioria das vezes sem o consentimento ou sem explicação e pode ser extremamente prejudicial para a paciente (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Além de aumentar as chances de infecção durante a gravidez e o parto, o exame se realizado de forma rotineira, aumenta também a ansiedade no momento do parto.

O exame é realizado de forma desrespeitosa, algumas vezes por mais de uma pessoa desconhecida. Em hospitais em que existe a presença de universitários, a mulher é ainda, por vezes, utilizada como instrumento de estudo e demonstração da realização do procedimento, o que lhes atinge diretamente a intimidade e a privacidade (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). O exame de toque, relatado como desagradável por grande parte das parturientes, também é descrito como doloroso, intensificado pela brutalidade e grosseria na realização:

“Eu não sabia, né, mas lá é o médico e o estagiário, o estagiário fica junto. Aí eles vão, fazem toque, aí eles fala: “Ah, ainda não tá bom”. Aí depois vem de novo, faz toque de novo. É desagradável. Na hora, assim, não é muito bom”

“A médica foi fazer o toque em mim e eu falei: “Aí”. Aí ela falou assim: “Na hora de fazer não doeu, né.”

“(…) Aí a médica vinha, fazia o toque, né, mandava eu fazer força, eu fazia, e parece que ela tava... Enfiava a mão toda, a mão, o braço todo na gente, né, no toque. Aí ela: “Faz força”, aí eu fazia força, [e a médica dizia]“Ah, sabia que estava vindo sofrer.”

Por fim, importa ressaltar que o exame de toque também é utilizado como oportunidade para a realização de outro procedimento desnecessário. A fim de acelerar o trabalho de parto, muitos profissionais de saúde acabam por realizar manualmente a dilatação, ou seja, por meio do toque, o profissional reduz manualmente o colo do útero, algo relatado como extremamente doloroso e muitas vezes realizado sem o consentimento ou conhecimento da parturiente que, já sentindo dor, acaba por não reconhecer o procedimento (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). A referida dilatação manual é violenta e realizada sem qualquer indicação clínica que a justifique (AGUIAR, 2010).



Alguns relatos demonstram ainda utilização usual da ocitocina (hormônio que tenta acelerar o parto)<sup>9</sup>, seguidos de comandos de puxo, episiotomia (ver, 2.2, a)), manobra de Kristeller e seus derivados (ver 2.3, e)), além de uso de fórceps para aceleração do período expulsivo. No caso de as manobras não resultarem no aceleração da saída do bebê pela via vaginal, a solução apontada pelos profissionais é, geralmente, a cesárea (ver 2.3). (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Todas essas intervenções realizadas na tentativa de acelerar o trabalho de parto podem provocar diversas complicações tanto para mães quanto para bebês, aumentando o risco de morbimortalidade de ambos. Não há respeito ao trabalho de parto de cada mulher nem a fisiologia de seus corpos que requer paciência a ambiente calmo e aconchegante para agir conforme seus instintos.

As parturientes são constantemente vistas como seres não dotados de individualidade própria e submetidas os procedimentos que “mais se assemelha a uma linha de montagem”. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Além disto, o uso cada vez maior de procedimentos invasivos realizados por profissionais de saúde sobre a gestante em favor do feto que geram, esclarece que os desejos e direitos próprios das mulheres acabam sendo deixados de lado. As mesmas acabam por não serem mais vistas como sujeitos, mas apenas como meros corpos reprodutores, que não sofrem e estão à disposição para a realização do que a ciência entender melhor como forma de salvar o bebê que está prestes a nascer. (AGUIAR, 2010)

#### d) Falta de esclarecimento e consentimento da paciente

Os relatos dão conta de diversos procedimentos realizados sem o consentimento da paciente ou sem o devido esclarecimento da necessidade de suas realizações. Muitos nem sequer são avisados antes de serem realizados, o que conta com a passividade das parturientes que não chegam a questionar o que está a ser feito com seus próprios corpos, por terem medo de represálias. (AGUIAR, 2010)

Diversas mulheres relatam ser incômodo serem submetidas a exames por meio de pessoas desconhecidas, que elas apenas sabem serem profissionais de saúde, quando nem sequer são informadas a respeito da necessidade do procedimento e ainda realizam comentários

---

<sup>9</sup> Que segundo relatos, causa mais dor uma vez que acelera as contrações do útero para a expulsão do feto de forma sintética e não natural. Ou seja, o corpo não está suficientemente preparado e o processo não acontece de forma gradual. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

agressivos, despeitosos e antiéticos, como “na hora de fazer estava gostoso ne?”, “na hora de fazer não reclamou”. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Hotimsky (2007) citado no Dossiê “Parirás com Dor” de 2012 relatava que em pesquisa de campo, constatou a insatisfação de diversas parturientes:

podemos constatar que as pacientes não eram consultadas nas tomadas de decisão com relação à realização de qualquer procedimento cirúrgico ou acerca de quem na equipe iria executar esses procedimentos. Raramente sabiam o nome de qualquer profissional da equipe médica, muito menos se se tratava de um médico ou um estudante de medicina. Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 101)

As mulheres já se encaminham às maternidades tendo ouvido de familiares e amigas que sofreram durante o trabalho de parto, o que cria um clima de medo crescente, “medo da dor, medo da morte ou do que pode acontecer a ela ou a seu filho, medo de ser maltratada”. Este medo é também um dos grandes fatores que fazem com que a mulher se veja totalmente dependente da autoridade médica. Elas entendem que sem a assistência, o risco de morte para elas ou para os seus bebês é maior. (AGUIAR, 2010)

A dificuldade de comunicação entre profissionais e pacientes também é uma grande barreira para que o trabalho de parto flua com a devida tranquilidade, uma vez que diversas mulheres relatam terem tido um tratamento grosseiro e desrespeitoso, não serem acolhidas e atendidas em suas dores, bem como de terem suas queixas desvalorizadas. Algumas parturientes relatam não saberem muito bem o que lhes aconteceu, podendo apenas fazer considerações com base nas experiências que viveram, como observado por Aguiar (2010):

O relato de P3 sobre sua assistência revela que ela não foi acolhida em sua dor e teve suas queixas seguidamente desvalorizadas. Ela não foi informada quanto à razão dos procedimentos adotados e, por esta razão, considerou que seu bebê era muito grande (53cm e 4,200 kg) para ter nascido de parto normal, o que resultou numa episiotomia bem maior do que a que ela havia feito no parto anterior e em uma deformidade em sua genitália – um quadro definido por ela como negligência médica.

Além disso, muitas mulheres têm medo de questionar os profissionais por entenderem estar em uma hierarquia, na qual são inferiores por não possuírem o saber científico daqueles que as atendem e, assim, não serem capazes de questionar a autoridade dos mesmos. Principalmente na rede pública, a maior parte de parturientes tem baixa escolaridade e se queixam ainda de não compreenderem a linguagem por eles dita, situações perceptíveis diante dos relatos:

“É, não tava tendo nada... O colo do útero, um negócio lá não tava tendo abertura, como que fala nessa linguagem deles lá, né. Mas foi isso que eles falaram.” (AGUIAR, 2010, p. 96)

“(Porque que você não falava nada com os médicos?) Ah, porque ele... Ó, um veio me examinar e falava assim: “Ela já tá no trabalho de parto”. Aí vinha outra médica me examinar e falava: “Nossa, ela tem que desvirar, tá com a cara virada pra lua”. Até hoje também não sei, né. Aí eu ficava ali, mas não perguntava nada também, né. Eu falei: “Ah, eles são médico, eles deve entender, deve estar sabendo porque”. (AGUIAR, 2010, p. 96)

“Porque, na verdade, ele detém o conhecimento técnico. Então às vezes, quando ele é questionado, tem um monte de gente que não fala tudo, sabe assim? Ainda tem muito isso. (...) Tipo assim, você tá com diabete gestacional. O cara prefere simplesmente falar pra você parar de comer açúcar do que falar tudo que tem em diabetes gestacional, riscos e... Entendeu? (...) Ou então você tem o útero aumentado e o ideal seria que você fizesse uma cirurgia. (...) Você não vai morrer se você não fizer, mas o cara: “Olha, tem que fazer e ponto. Porque tem que fazer e ponto final.”. Isso é uma violência. Você não orientar direito, não dividir o conhecimento, né?” (AGUIAR, 2010, p. 170)

O problema na comunicação é piorado por não existir comunicação entre os dois polos da relação, uma vez que a mulher é objetificada, vista como instrumento reprodutor e não como outro ser humano, dotado de subjetividade. Por vezes, mesmo tendo questionado os procedimentos que sofreram, as parturientes reclamam de não obterem respostas, como pode ser percebido no relato:

“Quería saber quantos pontos foram e, assim, ele não falou, eu até perguntei. Disfarçou e não falou, eu não sei por qual motivo e... Mas disso, foram isso foi tudo bem, caiu com sete dias, não infeccionou.” (AGUIAR, 2010, p. 97)

A falta de consentimento ou de esclarecimento da paciente nos casos de violência obstétrica demonstra a “crise na confiança da relação médico/paciente”. Essa violência é uma das grandes responsáveis pelo acontecimento das outras, uma vez que com medo de serem interpretadas como questionando a autoridade médica ou sofrerem represálias, as parturientes acabam por se submeter a graves agressões psicológicas. (AGUIAR, 2010)

#### e) Manobra de Kristeller

Frequentemente realizada por uma pessoa subindo na barriga da parturiente ou espremendo seu abdômen com as mãos, o braço, o antebraço ou o joelho, a conhecida “Manobra de Kristeller” foi desenvolvida sem fundamentação científica e logo se tornou rotineira nos hospitais brasileiros. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Estudos demonstram que a prática traz graves consequências para as mulheres e também para os bebês, como “traumas das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta” (DELASCIO E GUARIENTO, 1970 *apud* REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). A manobra é reconhecidamente danosa e comprovadamente ineficaz, sendo um procedimento que causa desconforto pela dor provocada durante o ato e também pelo trauma que acompanhará a mulher para sempre. (COREN/SC, 2016)

De tão perigosa, a manobra resta proibida segundo Relatório de Diretrizes do Parto Normal produzido pelo Ministério da Saúde, em 2016. Além disso, o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina proibiu a realização da manobra por profissionais da área, em parecer emitido também em 2016:

o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, de acordo com o Ministério da Saúde e com a legislação vigente, entende que a realização da manobra de Kristeller no período do trabalho de parto não deve ser realizada, devido ao fato de não demonstrar eficiência na redução do período do trabalho de parto e devido ao fato de evidências apontarem para risco de morbidade materna e fetal. (COREN/SC, 2016, p. 3)

Contudo, a manobra continua sendo realizada e, por vezes, sem registro em prontuário médico. Sendo “realizada em conjunto com outras intervenções, como levar a parturiente para a mesa de parto sem dilatação completa, imposição da posição ginecológica, comandos de puxos, mudança de ambiente, entre outros” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), acarretando danos físicos e psicológicos às mulheres que a ela são submetidas.

#### f) Restrições de posição para o parto e de escolha do local do parto

Existem comprovações de que incentivar a mulher a escolher posição mais confortável durante o trabalho de parto, como as mais verticalizadas são comprovados. Para parir é necessário estar confortável e, se possível, verticalizada, pois o nascimento é facilitado por existir a força da gravidade agindo na descida do bebê. Os benefícios de incentivar a mulher a escolher uma posição mais confortável quando no parto, bem como posturas mais verticalizadas, são comprovados. O conforto e verticalização facilitam o nascimento por favorecerem a descida do bebê. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

A própria Organização Mundial de Saúde (1996), define a configuração de “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” no tratamento com parturientes, como “uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho e parto” e “uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto. O

Ministério da Saúde (2001) por sua vez recomenda a prática de “liberdade de posição e movimento” e o “estímulo de posições não supinas durante o trabalho de parto” como úteis e que devem ser estimuladas no parto normal. Já Portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2008) dispõe que, desde que não existam impedimentos clínicos, seja garantido às mulheres ter liberdade de escolha de diversas posições durante o parto.

Inobstante a isto, muitas mulheres são obrigadas a ficar de barriga para cima e deitadas durante o trabalho de parto. Por vezes, as mesmas têm suas pernas amarradas para que não se mexam. A intenção é facilitar o trabalho para o médico que assiste ao parto, uma vez que ele pode se manter sentado na frente de suas pernas. A vantagem para o profissional de saúde acarreta desconforto às pacientes e prejudica a oxigenação do recém-nascido, uma vez que reduz o fluxo sanguíneo placentário. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012); (AMORIM, 2010).

Mais uma vez a superioridade médica se manifesta aqui, quando a posição ginecológica é utilizada para o conforto do profissional, pois o mesmo considera indigno adotar qualquer outra posição para assistir ao parto, o que é exemplificado pelo relato a seguir:

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 107)

Além de não poderem escolher a posição para o parto, as mulheres são coagidas a terem partos hospitalares, mesmo com o Ministério da Saúde afirmando que escolher o local de parto é prática útil e que deve ser estimulada (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Considerando que para a evolução tranquila do trabalho de parto se faz necessário conforto e paciência, o ambiente hospitalar não seria o mais indicado.

Contudo diversos médicos se aproveitam da vulnerabilidade de mulheres em período gestacional, quando as mesmas se sentem responsáveis por elas e por seus fetos, para coagi-las a não terem parto domiciliar, quando poderiam estar próximas de pessoas queridas e de seus pertences (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Algumas chegam a ridiculariza-las quando optam por este tipo de parto e, após terem alguma complicação, procuram os serviços de hospitais:

“[...] Após o procedimento, devido a algumas complicações, fui para UTI. O médico plantonista da UTI, acredito eu, não lembro dele se apresentar, em um momento virou pra mim e falou: ‘Você só vai sair daqui quando você estiver arrependida de ter tido um parto domiciliar e quando as pessoas lhe perguntarem sobre seu parto e você falar para elas que está arrependida e não incentivar essa prática.’” Ludmila Ancelmo Cavalcante, que escolheu o seu local de parto, escolheu uma equipe para acompanhar o parto, e foi encaminhada a um hospital quando foi necessário. Hospital São Luis, unidade de Itaim, São Paulo/SP. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 109)

Ao contrário do que se pensa o parto domiciliar planejado conta com a participação de equipe profissional, preparados para intervir no caso de qualquer emergência em tempo hábil e com a consciência de que, se necessário, a mulher deve procurar atendimento hospitalar. (VALARINI, 2018)

O parto domiciliar é favorável ao trabalho de parto por diversos fatores, um deles é a individualização do atendimento à parturiente e flexibilização dos protocolos. Além disso, este tipo de parto permite, ainda, que a mulher tenha total autonomia sobre seu corpo e suas vontades, definindo quem ela quer que esteja presente no momento e como deseja o ambiente, além de ter também a chance de decidir em conjunto com a sua equipe todas as condutas que serão adotadas durante o seu próprio trabalho de parto. (VALARINI, 2018)

### 3.3 CESÁREA

Violência comum e que passa despercebida na realidade obstétrica brasileira é a cirurgia cesárea. A normalização e a naturalização do procedimento cirúrgico como via de nascimento é tamanha que é falada pelos usuários do sistema de saúde como sendo um parto, quando, em verdade, na classificação adotada no Brasil, a cesárea é um subtipo de parto. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) O parto efetivamente ocorreria quando a saída do bebê se dá por via vaginal, uma vez que, a grosso modo, “parir” significa “expelir algo de si”<sup>10</sup>.

A cirurgia cesariana, sem dúvidas, salva vidas e diminui mortalidade de mulheres e de bebês, quando necessária e bem indicada. Contudo, no Brasil, o excesso destas causa o efeito contrário, uma vez que a maioria das cirurgias realizadas ocorrem sem os devidos indicativos, quando as mulheres nem sequer iniciam o trabalho de parto, seja por própria escolha da gestante

---

<sup>10</sup>Em explicação suscita: “Parir é, portanto, na acepção da palavra que nos interessa: parir, como o ato de expulsar o feto do corpo materno. A mulher é sujeito ativo do verbo parir – parir não é verbo que se possa conjugar passivamente, a não ser como sujeito ativo do verbo nascer: eu posso ter sido parida pela minha mãe, mas não posso ser parida no nascimento do meu filho. Obstetras não conjugam o verbo parir, apenas mulheres podem fazê-lo. A cesárea é uma intervenção cirúrgica na qual a mulher se torna paciente, ou seja, sujeito passivo da ação efetuada pelo obstetra, de extração do feto do ventre materno.” (PENNA, 2014, on-line)

ou até mesmo por indicação e convencimento médico. (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015) (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008)

Diniz (2005) quando se refere a cesárea e a episiotomia afirma que o Brasil é um país em que “quando não se corta por cima, se corta por baixo”. Ou seja, quando as mulheres não sofrem com o convencimento para o agendamento de uma cesárea sem indicações reais, sofrem com as violências obstétricas durante o parto vaginal. No país, 56% dos nascimentos ocorreram via cesárea, quando a OMS recomenda que o máximo seja de 15%. O número coloca o Brasil como o que mais realiza esse tipo de cirurgia no mundo. As taxas de cesárea no país são alarmantes: o setor privado, 88% e no setor público, 43%. Destes números, a cesariana foi realizada em 45% das mulheres de baixo risco, sem complicações obstétricas. (LEAL e GAMA, 2014)

Ocorre que, as mulheres, diante da “banalização da cesariana”, acabam por não estranhar mais suas indicações, mesmo quando, desse o início da gravidez, desejavam e esperavam por um parto natural. Neste sentido, estudo realizado em 2008, sobre como se deu a escolha da via de nascimento de filhos de mulheres em duas zonas do Rio de Janeiro, esclarece que a relação que estas mantêm com seus médicos é uma grande determinante para a realização cesárea. (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008)

Importa reforçar que existe uma relação de poder “que se estabelece no diálogo entre o médico e a mulher e que, muitas vezes, inibe qualquer questionamento da decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural”. (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008) A grande maioria das mulheres entende estar em uma hierarquia, na qual são subordinadas aos seus obstetras, sejam eles de confiança ou não, e que por isso não podem questionar o saber médico que estes possuem. (AGUIAR, 2010)

Ressalta-se que, quando pronto para nascer, o bebê dá sinais. Tão logo com seus órgãos maduros e preparados, ele estaria apto para se alimentar fora do útero, controlar sua glicemia e sua temperatura corporal. (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015) Além disso, nascer é um processo que acontece de forma gradual durante o trabalho de parto, quando a mulher também tem tempo de perceber seu corpo para dar passagem para uma criança. Tirar o bebê do útero em um procedimento que dura cerca de 30 minutos contraria a natureza e pode prejudicar a saúde da mesma após a saída abrupta. (O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013)

O modo de nascer reflete durante toda a vida de um ser humano, principalmente quanto a maior propensão de adquirir doenças crônicas. Tesser, Knobel, *et al.* (2015) destacam diferenças nos “mecanismos de regulação do stress, na produção de neurotransmissores e na transição respiratória” entre os bebês que passaram e aqueles não passaram pelo trabalho de

parto. Além disso, em bebês que nasceram pela via cirúrgica, “há maior risco de prematuridade, de mortalidade neonatal, de admissão em UTI neonatal e de uso de ventilação mecânica”, bem como hipertensão pulmonar e ausência de amamentação. (CHILDBIRTH CONNECTION, 2012)

Por comodidade, médicos e pacientes marcam a cirurgia com antecedência. No entanto, mesmo no período correto para o parto (a partir de 38 semanas), o bebê pode não estar pronto ainda, alerta José Fernando Maia Vinagre, presidente da Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina (CFM). (BORGES, 2011, on-line)

A prematuridade por conta do nascimento eletivo de bebês antes de 39ª semana “causa aumento de internações em UTI neonatal e do número de óbitos” (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015). Isto se deve ao fato de que apesar de que, apesar dos avanços tecnológicos na área da medicina, ainda é muito difícil definir exatamente a data da concepção de fetos, o que influencia na conta da quantidade de semanas de gestação. Desta forma, muito comumente, bebês considerados considerados a termo<sup>11</sup>, podem, na verdade, ainda serem prematuros e não estarem preparados para sair das condições favoráveis encontradas no útero materno, o que pode desencadear uma séria de doenças crônicas a longo prazo, como problemas respiratórios. (O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013) O relato abaixo demonstra exatamente isto:

"A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações." (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 113)

Os riscos da epidemia de cirurgias cesarianas não giram somente em torno do bebê. Mesmo após o primeiro mês de vida, quando deixam de ser considerados recém-nascidos, os bebês ainda podem sofrer os efeitos de uma cesariana desnecessária. Quando comparado ao parto normal, bebês nascidos via cesárea podem, na infância, também desenvolver doenças crônicas como asma, diabetes tipo 1, rinite alérgica, alergia alimentar sintomática e obesidade antes mesmo de completar 3 anos de idade. (CHILDBIRTH CONNECTION, 2012)

Quanto às mulheres que são submetidas ao procedimento, quando comparadas com aquelas que tiveram um parto normal, percebe-se um aumento da mortalidade, da morbidade

---

<sup>11</sup> “O período provável para o parto é entre 37 a 42 semanas. A partir de 37 semanas, o bebê é considerado “a termo”. Muitas cesáreas são agendadas para quando a mulher está prestes a completar 37 ou 38 semanas. Isso evitaria que o médico fosse pego de surpresa de madrugada para atender a um trabalho de parto, ou durante o período que tem consultas marcadas ou durante o fim de semana. Porém, nem sempre pode-se saber a idade gestacional exata e não há outro sinal de maturação do bebê como o início natural do trabalho de parto.” (LEAL, 2004; BARROS, 2006; MARCH OF DIMES, 2012 *apud* REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)



severa, de complicações anestésicas, de hematomas, de internação em UTI, de uso de antibióticos, de necessidade de transfusão, de histerectomia e de tempo de permanência no hospital. Além disso, muito comumente mulheres cesariadas são readmitidas no hospital após alta por alguma queixa relacionada à cirurgia, relatam dor pélvica crônica e têm problemas com a recuperação física, como constantes dores no corpo, cansaço extremo, problemas de sono e intestinais e falta de habilidade para atividades diárias. (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015) (CHILDBIRTH CONNECTION, 2012)

Durante a cesárea são realizados diversos cortes em várias camadas da pele abdominal feminina para que se chegue ao útero, que também é cortado. Após isso, todos têm que ser costurados, permanecendo com cicatrizes eternas, podemos perceber a grande proporção deste procedimento cirúrgico, com potenciais efeitos inclusive para futuros bebês, como óbito fetal, óbito perinatal ou neonatal (morrendo no final da gestação ou em até uma semana de nascidos), nascimento prematuro ou baixo peso ao nascer, ter necessidade de ventilação no nascimento e necessitarem de internamento por mais de 7 dias. (CHILDBIRTH CONNECTION, 2012)

A cesárea é procedimento cirúrgico e, como tal, possui seus riscos. Contudo, há no imaginário das mulheres a ideia de que a cesárea é um bem de consumo e uma intervenção segura. (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015) O parto normal é considerado castigo, principalmente por aquelas mulheres usuárias do SUS, que acreditam na cesárea como a solução para o sofrimento da dor do parto, intensificada pelas diversas violências que ouvem suas amigas, familiares e conhecidas relatarem. As mesmas acreditam ainda que, pelas diferenças econômicas, sociais e culturais, as usuárias dos serviços privados estariam mais seguras e com menos dor, por terem a oportunidade de passar por cesarianas. (AGUIAR, 2010) (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008)

Este estereótipo é reforçado pelos médicos que acabam por determinar a via de nascimento, seja atendendo a um pedido da própria gestante ou montando um cenário de necessidade clínica da cirurgia. (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015) Inclusive, quando estudada a preferência inicial de mulheres que estavam gestantes de seus primeiros filhos, notou-se que a maioria (80%) não tinham a intenção de realizar uma cesariana. Entre estas mulheres, na verdade, havia o medo tanto do parto normal quanto da cesárea. (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008)

Acerca daquelas que desejavam a cesárea por temerem o parto normal, o medo girava em torno da dor que poderiam sentir. Ao que parece, as mulheres ignoravam a possibilidade de analgesia peridural e de outros métodos para alívio da dor, fazendo-as priorizar a escolha pela cirurgia. Novamente, demonstrando a grande importância do papel dos profissionais de saúde

quanto ao incentivo do parto normal e à demonstração das vantagens e desvantagens de cada via de nascimento, “incluindo os métodos para alívio da dor, visando reforçar a opção pelo parto normal”. (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008)

Os médicos possuem um grande poder de convencimento quanto as escolhas das mulheres acerca da via de parto desejada, principalmente “em um momento de grande fragilidade quanto o final da gravidez”, quando o convencimento a favor da cesárea pode anular todas as iniciativas já apresentadas a favor do parto normal. (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008)

As mulheres, para escolherem adequadamente a via de nascimento de seus filhos conforme suas condições de saúde, crenças e valores pessoais, devem estar informadas. Considerando que a relação com seus obstetras tem que ser de confiança, as mulheres devem ter nas suas figuras os principais veículos de informações das quais precisam para escolhas conscientes. (DIAS, DOMINGUES, *et al.*, 2008) Além disso, por razões prescritas no próprio Código de Ética da categoria e em atendimento às recomendações atuais, “os médicos deveriam esclarecer as gestantes sobre os riscos de se submeter a uma cesárea eletiva, em relação ao parto normal”. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Contudo, a desinformação é fator preocupante. Em países nos quais as mulheres têm a oportunidade de serem atendidas por uma assistência obstétrica menos medicalizada, as taxas de cesarianas tendem a serem menores. Isto se deve ao fato de que existem diversos “fatores médicos especialistas no Brasil agem com forças geradores do excesso de cesarianas: conveniência, agendamento, rapidez no parto, receio de processos por má prática e crença de que as mulheres preferem a solicitam cesariana” (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015):

Adicionalmente, com o persistente excesso de cesarianas por décadas no Brasil, provavelmente ocorreu (e continua ocorrendo) uma modificação no treinamento dos médicos obstetras no país: eles podem não estar desenvolvendo e exercitando habilidades clínicas para acompanhar um parto normal sem intervenções cirúrgicas. Ao não saberem mais manejar clinicamente partos, qualquer complicação e/ou distócia, ou mesmo variação da normalidade tende a ser resolvida pela cirurgia, que em muitos casos poderia ser evitada com benefícios para a mulher e seu bebê. (TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015, p. 6)

As cesáreas são ainda realizadas por conveniência do médico, em um procedimento abusivo e antiético. As mulheres são, por vezes, submetidas às cesarianas sem possuírem esclarecimento quanto a necessidade do procedimento ou após serem ludibriadas por falsas indicações. Estas cirurgias podem ainda ocorrer após as mulheres estarem a horas em trabalho de parto, para que os plantonistas que forem assumir os hospitais não iniciem seus trabalhos já

com diversas parturientes para observar, sendo a conduta conhecida como “limpar a área”. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) (HOTIMSKY, 2007)

Hotimsky (2007) relata que a conduta é vista como “etiqueta” profissional do obstetra que deixa o plantão e que aquele que não atua desta maneira acaba sendo mal visto pelos outros colegas, pois é percebido como o que tem preguiça de trabalhar e que quer sobrecarregar os demais profissionais. “A atuação menos intervencionista, com menos medicação para acelerar os partos, ou que não ‘resolvem’ cirurgicamente por não julgar clinicamente necessário, não recebe apoio de colegas médicos”.

Ainda por conveniência, muitos médicos acabam por sugerir a cesárea e as agendar previamente entre os dias úteis da semana, nem sequer dando a oportunidade de as mulheres entrarem em trabalho de parto. Como dito, esta prática pode ser extremamente perigosa, pois evidências apontam que a criança prestes a nascer muito provavelmente não estaria preparada para viver em boas condições fora do útero materno. Estas cesáreas são, comumente, marcadas também em vésperas de feriados prolongados e festas de finais de ano, uma vez que os médicos pretendem não estar disponíveis nas datas. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

"Meu médico sabia que eu queria parto normal. Pedi a ele que tentasse esperar mais, que preferia repetir os exames mais pra perto e pelo menos sentir as contrações para então fazer a operação. Ele me disse que era muito arriscado esperar, que cesariana não era tão perigoso assim como dizem, que não era nada demais. Ele abriu a agenda dele e falou: 'Ingrid, quarta-feira que vem você se interna e a gente faz a cesárea.'. Meu marido virou pra ele e falou: 'Poderia ser na sexta-feira, assim no final de semana eu poderia ficar com ela direto?'. Ele respondeu: 'E eu vou perder o meu final de semana???'” Ingrid Lotfi, atendida através de plano de saúde Unimed no Rio de Janeiro-RJ. Depois de nascer, seu bebê passou 14 horas na UTIn por desconforto respiratório. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 116)

As mulheres atendidas por plano de saúde estão mais propensas à uma cirurgia cesárea por conveniência médica, apesar de estarem em um grupo considerado com mais acesso à informações e com mais qualidade de vida. Acerca deste aspecto, é importante ressaltar que a baixa remuneração para a assistência ao parto é fator determinante para o agendamento de diversas cirurgias em um dia só, além do fato de que um parto normal não gasta nem metade do que gasta uma cesariana sob a ótica de equipamentos médicos e internações, o que também interessa, principalmente, aos hospitais privados. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; TESSER, KNOBEL, *et al.*, 2015; DUARTE, 2015)

Ademais, por fragilidade comum da gravidez, mulheres acabam sendo coagidas e até mesmo pressionadas pelos médicos que as acompanham. Muitos afirmam ser o parto normal

extremamente doloroso e sofrível, bem como reforçam a errônea ideia machista de que a cirurgia cesariana preservaria seus aparelhos genitais, conforme se percebe:

“Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 120)

“É um procedimento seguro, o bebê já está maduro, não tem com o que se preocupar, é muito mais cômodo pra família, mais fácil, melhor para aproveitar a licença-paternidade, você não vai sentir dor e ainda vai continuar apertadinha para seu marido.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 118)

Muitos médicos acabam por pressionar as gestantes para realizarem a cesárea, ainda se aproveitando do período emocional das pacientes, principalmente no final da gestação, quando estas já se encontram ansiosas e cansadas, além de já terem desenvolvido um vínculo por terem o mesmo obstetra as acompanhando durante todo o pré-natal. Os argumentos utilizados são muitos, mas a maioria diz que esperar pelo parto normal é inconseqüência e colocaria a vida de seus bebês em risco:

"Quando completei 40 semanas, o obstetra solicitou um ultrassom para avaliar se ainda dava para esperar que eu entrasse em trabalho de parto espontaneamente. O resultado do exame foi ótimo, boa quantidade de líquido, placenta grau II, boa vitalidade fetal. Porém, meu médico me indicou uma cesárea para o dia seguinte alegando que se o bebê não tinha encaixado ainda, ele não encaixaria mais. Fui para casa chorando. Meu marido tentou me consolar dizendo que poderíamos consultar outro médico, já que o exame dizia que estava tudo bem. Mas ir para qual médico? Ainda liguei para desmarcar a cirurgia e o médico limitou-se a dizer que eu deveria tomar um calmante e que eu não devia colocar a vida do meu filho em risco adiando essa cirurgia." (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 123)

“Meu médico indicou a cesárea porque o cordão estava enrolado no pescoço. Ele pediu para que a cirurgia fosse marcada para a quarta-feira de manhã, pois ele só tinha esse horário disponível e o parto normal poderia matar meu bebê. Eu nunca iria desejar a morte do meu filho.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 123)

“Tive uma infecção urinária durante o início da gestação e a médica disse que não poderei ter um parto normal para não contaminar o bebê.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 123)

Vê-se, portanto, que são diversos os fatores determinantes para a quantidade de cirurgias cesarianas que acontecem rotineiramente no país, bem como cooperam para a ocorrência das diversas outras espécies de violência obstétrica a nível físico, psicológico e sexual. Violências estas que transformarão o que deveria ser o momento mais sublime da vida de uma mulher nas horas mais angustiantes, humilhantes e dolorosas que terão. Lembranças que se manterão vivas durante toda uma vida.

Há de se ter em mente também que, ainda que não sofram violência física e sexual, as marcas psicológicas são constantemente percebidas. As mulheres são lesadas em seus direitos fundamentais mínimos, quando suas intimidades, suas privacidades, seus direitos de reprodução e de exercício de suas sexualidades não são vistos e nem respeitados. As mesmas são percebidas apenas como objetos reprodutores, que carregaram um feto por 9 meses e têm a obrigação de aceitar o que quer que a ciência, manifestada pelos profissionais de saúde, entenda como procedimentos a serem seguidos, sem vida, sem vontades ou poder de manifestar opiniões acerca de corpos e mentes que são única e exclusivamente seus.

Dito isto, demonstrada está a necessidade de discussão acerca do fenômeno tão rotineiramente sofrido. Tendo em vista a importância do reconhecimento da relevância do tema, possível perceber que este carece de amplo debate, tanto para que as vítimas se reconheçam como tais, quanto para aquelas pessoas que praticam as violências se sintam coagidos a não repetirem os mesmos atos com outras mulheres que, porventura, venham a assistenciar durante a gravidez e a gestação.

#### **4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MECANISMOS DE PROTEÇÃO**

Como exposto ao longo do capítulo 2, eventos como a gestação e o parto, antes das intervenções científicas, eram percebidos como processos naturais e fisiológicos que faziam parte da evolução humana e do próprio corpo feminino. Processos estes que eram única e exclusivamente vividos pelas mulheres, que verdadeiramente pariam no sentido mais genuíno da palavra, expelindo de seus corpos outro ser vivo. O parto era vivido da forma mais intensa possível, uma vez que as mulheres possuíam controle e sabiam interpretar os sinais de seus próprios corpos, pois lhes era dada esta oportunidade. (AMORIM e KATZ, 2008) (O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013) (HOTIMSKY, 2007)

Sem intervenções para diminuição de qualquer dor, as testemunhas e possíveis auxiliares eram as mulheres da própria família ou outras mulheres possuidoras de experiência em assistência de partos, geralmente com idades mais avançadas, conhecidas como parteiras. O parto era realizado em suas casas, na presença de pessoas conhecidas e que, de nenhuma forma, tentavam intervir para acelerar o curso natural do processo. A hospitalização só era necessária quando havia grave problema de difícil resolução. Parir, ato única e exclusivamente feminino, era um evento cercado por mulheres. (O RENASCIMENTO DO PARTO 1, 2013)

Com o início dos estudos acerca dos cuidados sobre os corpos femininos e infantis, a ciência, que até os dias atuais se mantém como área essencialmente masculina, o parto também ganha contornos médicos. Por considerarem que, durante o trabalho de parto, as mulheres sofriam e sentiam dor, o evento passou a ser considerado como essencialmente patogênico. Logo, a ciência deveria influenciar na tentativa de auxiliar para controlar o sofrimento, sendo vista, à época, como salvadora dos males que ocorriam nos corpos femininos. (DINIZ e CHACHAM, 2006) (DINIZ, 2005)

Temas como menstruação, gravidez, parto e amamentação viram tabus, pois apesar de serem normais e ocorrerem com toda e qualquer mulher no mundo, era processos diferentes dos ocorridos em corpos masculinos. O corpo feminino, visto como defectível, passa a ser instrumento e objeto das intervenções médicas. Desta forma, teriam as mulheres que se submeter a cascata de procedimentos em detrimento da ciência majoritariamente masculina. Na mesma seara, a ideia disseminada é a de que o parto é evento doloroso e que, já que haveria o sofrimento de qualquer forma, a submissão aos procedimentos também poderia se dar de forma dolorosa, desde que acelerassem o processo para que a dor fosse sentida de forma mais rápida. (DINIZ e CHACHAM, 2006; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

É desta forma, distantes de toda e qualquer pessoa e coisa que possa lhes trazer a sensação de conforto e tranquilidade, postas em salas frias e com pessoas desconhecidas, que

as mulheres passam a sofrer violência obstétrica. (AMORIM e KATZ, 2008) A prática fere de forma clara garantias fundamentais femininas, de forma principal a dignidade humana tanto das gestantes, parturientes e puérperas quanto de seus próprios filhos. Além disso, desrespeitam direitos garantidos constitucionalmente, como a vida, a integridade física e psicológica, a liberdade sexual e de reprodução, a honra, a intimidade e a individualidade das mulheres.

A prática brasileira está longe de estar de acordo com as principais normas vigentes no que diz respeito ao parto e ao nascimento. Mesmo que baseadas em evidências científicas que demonstram a importância do momento e as consequências dos atos ali praticados na vida futura de toda uma sociedade, o Brasil é um país com profissionais que frequentemente desrespeitam as recomendações e agem conforme o que lhes foi ensinado, sem levarem em consideração importantes estudos e atualizações, além de também permanecerem com a visão de que são superiores hierarquicamente por possuírem saber científico. (AGUIAR, 2010)

Apesar de estar longe de países como a Venezuela e a Argentina, os quais já criminalizaram a violência obstétrica por reconhecerem a importância do bem jurídico tutelado por ela, pequenos avanços são dignos de serem ressaltados no país. A nível estadual, destaca-se a Lei 17.097, de 17 de janeiro de 2017, de Santa Catarina, que dispõe sobre medidas de proteção a gestantes e parturientes. Federalmente, merece ênfase a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que modificou a Lei do SUS para garantir a presença de acompanhante para gestantes e parturientes durante todo o período que se encontrem assistidas pelos serviços de saúde, além de iniciativas do próprio poder estatal na tentativa de conscientizar e informar da importância de serem dadas reais informações sobre as vias de nascimento, bem como abrir os olhos para violências que se disfarçam de saber científico e se manifestam por meio de procedimentos que não têm real indicação, mas mesmo assim são realizados.

Este capítulo se propõe a analisar como a violência obstétrica é percebida na esfera jurídica e a eficácia de iniciativas e medidas tomadas, principalmente no Brasil. Além disso, pretendemos discutir qual bem jurídico tutelado pela violência obstétrica e a partir de sua comprovada relevância, buscar-se-á justificar uma intervenção estatal mais enérgica e incisiva dentro do ordenamento jurídico brasileiro, a fim de dar visibilidade e resguardar especialmente aquelas mulheres que se encontram em um período de extrema vulnerabilidade mas sofrem com a assistência médica que lhes é prestada.

#### 4.1 A LEI FEDERAL Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005

Evidências apontam a importância da presença de um acompanhante antes, durante e após o trabalho de parto, demonstrando imensos benefícios para parturiente e bebê. Contudo,

no Brasil, é recorrente que mulheres sejam impedidas de possuírem acompanhantes, principalmente antes e após o nascimento de seus filhos. Relatos dão conta de mulheres que afirmam terem se sentido sozinhas, solitárias e angustiadas, sem informações de seus filhos e desassistidas pela equipe médica do local no qual estavam. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Quando acompanhadas por pessoas com as quais possuem algum vínculo, principalmente afetivo e uma relação de confiança, é possível notar em mulheres com partos normal,

(...) diminuição do tempo de trabalho de parto, (...) controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menos escores de apgar abaixo de 7, aumento nos índices de amamentação, melhor formação de vínculo mãe-bebê, maior satisfação da mulher e menos relatos de cansaço durante e após o parto. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 64)

Já naquelas que tiveram seus bebês por cesárea, os benefícios mais comumente citados foram: “diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado da saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada e maior duração do aleitamento materno” (p. 64). Contudo, ainda que demonstrados os efeitos positivos do acompanhante escolhido pela parturiente, muitos profissionais de saúde e até mesmo hospitais não permitem a presença de pessoas estranhas à equipe médica. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; AGUIAR, 2010)

No Brasil, a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que dispõe exatamente sobre as garantias às parturientes do direito à presença de acompanhante “durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS” (BRASIL, 2005, on-line), modifica a lei do SUS para obrigar a permissão da presença de acompanhante indicado pela parturiente. Porém a lei não traz qualquer sanção para os serviços de saúde que infringirem o que ela própria dispõe.

A prática é encarada como violência obstétrica de caráter constitucional, com viés, principalmente, psicológico, mas também facilitando a ocorrência de outras violências de caráter físico e sexual e facilitando até a prática de estelionato, uma vez que mulheres em trabalho de parto são reconhecidamente mais vulneráveis e, quando sozinhas, se sentem ainda mais frágeis, tendo que confiar apenas na equipe médica que as acompanha, mesmo que não conheça nenhum dos profissionais de saúde ali presentes. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; AGUIAR, 2010)



São diversos os argumentos para negar a presença de acompanhante para mulheres nas maternidades brasileiras, o dossiê “Parirás com Dor” (2012) cita as mais comuns como sendo: “o anestesista não deixa entrar”, “não tem estrutura para isso”, “aqui é sus, não tem luxo não”, “se quiser, pode pagar para ter, aí paga tudo particular”, “essa lei só vale para o sus, aqui é particular”, “o hospital tem suas próprias regras”, “só pode acompanhante durante o horário de visita” e ainda “a norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto.” (p. 65).

Em instituições públicas e conveniadas, a lei é constantemente descumprida sob o argumento de que possuir acompanhante é um privilégio da parturiente ou ainda sob a alegação de desconhecimento do dispositivo. Além disso, afirmam que as salas em que as mulheres ficam em seus trabalhos de parto são cheias e que as parturientes ficam constantemente sem roupa e gritando. Logo, a presença masculina tiraria a intimidade das mesmas, bem como a presença de qualquer outro indivíduo poderia assustá-las. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Quando aos estabelecimentos privados, chamam atenção aqueles que se aproveitam de uma brecha na lei para descumpri-la. Muitos estabelecimentos negam acompanhantes quando na admissão das parturientes e, quando contestados com o dispositivo de lei, afirmam que a mesma só vincula as instituições públicas ou vinculadas ao SUS, não se aplicando às instituições privadas. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) As alegações mais constantes dizem ainda que o hospital privado possui uma legislação própria vigente que se impõe como superior ao disposto em lei federal ou apenas que os profissionais de saúde não permitem a presença do acompanhante sem explicar os motivos exatos para tal, conforme se vê:

“Prezada Senhora,

Acusamos o recebimento de sua correspondência, e esclarecemos que a legislação questionada, Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, vale somente para hospitais do SUS, conveniados ou credenciados. Informamos que o Hospital Unimed é uma empresa privada, que não faz parte do Sistema Único de Saúde, seja por credenciamento, seja por convênio. Assim sendo, o Hospital Unimed Limeira não se enquadra na referida Lei, possuindo regra e normatização própria, que prevê a possibilidade, do esposo acompanhar o parto, desde que tenha participado do Curso de Gestante oferecido pela Unimed Limeira. Diante do exposto acima, contamos com a sua compreensão e permanecemos a disposição para outros esclarecimentos necessários.

Atenciosamente, Dr. João Luís Zaros - Diretor Superintendente.

Unimed Limeira, 13 de junho de 2011” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 67)

“Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse ‘Então eu vou embora e você faz o parto’.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 65)

“Entrei em contato com a Maternidade e me informaram que não conhecem a lei que dá o direito ao acompanhante no parto e por isso a maternidade não permitirá acompanhante na hora do parto.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 69)

A referida lei traz que o acompanhante deve permanecer junto à mulher no pré-parto, no parto e no pós-parto imediato. Quando ao termo “pós-parto imediato” compreende os 10 primeiros dias após o parto, de acordo com a Portaria nº 2.418/05 do Ministério da Saúde. Ou seja, a mulher deve estar acompanhada de alguém de sua confiança mesmo que fique internada até por 10 dias, no mínimo, o que na prática não acontece. Para cooperar com a inobservância da lei de acordo com a referida portaria do MS, a Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde (ANS) define que “entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto” (on-line), em seu artigo 19, §1º, o que claramente restringe os direitos das mulheres. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

A Rede Parto do Princípio (2010), demonstra que muito comumente existem restrições quanto à pessoa que deve acompanhar a mulher, mesmo sendo escolha da própria, sendo dito que “só pode entrar se for mulher”, “só pode entrar se for o pai”, “só pode entrar se for da família” e até “só pode entrar se for profissional da área médica” (p. 65).

Muitas mulheres se queixam de permanecer sozinha por horas aguardando alguém que tenha as características exigidas pelo hospital em que se encontram:

“Apesar de ter sofrido uma cesárea, meu marido não conseguiu ficar como acompanhante, pois o serviço só permitia acompanhante mulher. Fiquei algumas horas sozinha até uma acompanhante mulher chegar. Durante o pós-parto imediato, e apesar de estar sofrendo vários desmaios, o hospital proibiu a permanência da acompanhante depois de 24h por protocolo da instituição.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 66)

Outra restrição muito comum diz respeito ao tempo de permanência do acompanhante. Enquanto a lei é bem clara quanto à presença do mesmo “no pré-parto, no parto e no pós-parto imediato”, os hospitais e profissionais constantemente impedem essa presença, limitando-a apenas ao momento do parto ou, mais absurdo ainda, afirmando que só podem acompanhantes durante o horário de visita, como no relato:

“Consegui ter acompanhante no parto. Mas como meu plano era enfermaria, tive acompanhante só por 24h após o parto, depois disso só nos horários de visita, uma hora pela manhã e uma hora pela tarde.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 72)

Acerca da imposição de acompanhante somente em horários de visita, é importante frisar que constitui o grau máximo de desrespeito à lei, uma vez que acompanhante é tratado

em lei própria como garantia da mulher como auxílio para o parto, enquanto às visitas não. A presença do pai ou outro membro da família quando no nascimento é, inclusive, também assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, até como garantia de respeito ao próprio recém-nascido e, portanto, menor de idade, uma vez que a mãe pode, muitas vezes, não ter condições físicas e até mesmo psicológicas para dar os devidos cuidados ao mesmo. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Nos hospitais privados, como dito, constantemente é dito que a lei só serve para hospitais ligados ao SUS ou apenas para quem “paga quarto” ou “tem plano de quarto privativo”, sendo informado que “não pode ficar acompanhante com quem tem acomodação de enfermaria ou quarto coletivo” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 66). A dificuldade revela a violência psicológica por ser mantida distanciada de qualquer pessoa que venham a confiar:

“Sou mãe solteira de gêmeos. Não foi fácil conseguir ter minha irmã como acompanhante, pois o hospital alegou que o direito à escolha do acompanhante é somente para o SUS. Consegui uma carta de uma psicóloga dizendo da importância de um acompanhante e os venci pelo cansaço.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 66)

Há ainda a restrição com o argumento de que só se pode ter o acompanhante quando o parto for normal ou se for realizada uma cesárea na mulher. Muito espertamente, alguns hospitais se utilizam do fato de que, oficialmente no Brasil, a cesárea é um subtipo de parto. Logo, por ser uma cirurgia, a lei do acompanhante não faria menção à ela e a mulher que passaria pelo procedimento não estaria coberta pela mesma. No caso de ficar internada em blocos cirúrgicos, o que comumente ocorre em cesariadas, não haveria também previsão de acompanhante em tempo integral.

“Imprimi a lei e levei para o meu médico ver. Mas ele leu e disse que não tem nada na lei [Lei Federal 11.108/05] escrito cesariana. Ele disse que o direito é só para parto e por isso eu não vou poder ter acompanhante na cesariana.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 67)

Alguns médicos afirmam que os acompanhantes das pacientes, o Ministério Público, quando tenta fazer a lei ser cumprida, e a própria ANS, quando recomendou a presença do acompanhante, estariam lhes retirando as suas autonomias. Indo mais além, afirmam que estariam ferindo o Código de Ética Médico, por interpretarem que o acompanhante seria pessoa leiga em bloco cirúrgico (no caso da cesárea) e que só o médico teria competência para permitir ou não a entrada do mesmo no ambiente. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Importa ressaltar que acompanhante em tempo integral também demanda gastos de hospitais, principalmente os privados, uma vez que tem que ser fornecidas todas as refeições, como café da manhã, almoço e jantar. Além disso, os acompanhantes também têm que adotar procedimentos específicos para o controle de infecção hospitalar, como vestes higienizadas, utilização de touca e máscara, o que têm que estar à disposição dos mesmos, bem como adotar movimentação restrita dentro da sala cirúrgica ou de parto, o que faz com que os hospitais tenham que reservar um espaço para que os acompanhantes permaneçam junto às parturientes. (DUARTE, 2015)

Por vezes, os próprios seguranças impedem a presença dos acompanhantes, não os deixando entrar com a promessa de que poderão depois ou até mesmo retirando-os dos quartos das recém-mães que se veem sozinhas com seus bebês, exaustas após uma cesariana ou um trabalho de parto intenso e cansativo:

“O segurança entrou no quarto e retirou meu marido de lá. Fiquei sozinha durante a madrugada depois do nascimento de nosso filho porque o hospital impõe limite nos horários.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 69)

Os profissionais de saúde também acabam por reconhecer a importância do acompanhante, afirmando que estes têm um papel importante quanto às alegações de possíveis violências sofridas, quando podem testemunhar o tratamento que é dado às pacientes, como destacado por este obstetra:

“O acompanhante é a sua melhor testemunha. ‘Você viu como eu tratei ela?’, ‘Você viu como eu examinei?’. Isso é a melhor coisa. Talvez por isso as coisas tenham melhorado.” (AGUIAR, 2010, p. 183)

Observa-se que os próprios obstetras, ao terem os acompanhantes como possíveis testemunhas para o tratamento que dão às pacientes, demonstram “o quanto parecer ser comum para alguns profissionais a possibilidade de ocorrência da violência institucional” (AGUIAR, 2010, p. 118). Alguns defendem que a presença do acompanhante inibe a ocorrência de violência, pois os próprios acompanhantes defendem as parturientes; outros afirmam que o acompanhante é reconhecidamente benéfico para o trabalho de parto, uma vez que traz conforto à mulher, auxiliando também a manter a calma e poder observar a todas as mulheres que, porventura, necessitam de atenção, conforme se vê a partir dos relatos de um obstetra e de uma enfermeira:

“Aqui há quinze, dezessete, dezoito anos atrás era pior e eu via muita coisa pior. Hoje elas reclamam: ‘Não me trate assim’. (...) Consegue se defender. Ou então um acompanhante, um outro médico [as defendem].” (AGUIAR, 2010, p. 158)

“eu vou te falar que o gritar é uma coisa que incomoda muito. Você imagina que você tem 5 pacientes num pré parto e as 5 resolvem gritar e você sabe que é uma reação em cadeia né, a gente tenta deixar as pacientes o mais calmas possíveis, ‘você quer que chame alguém? Você quer que chame o acompanhante teu? Você quer ficar lá fora um pouco, com sua família?’ a gente tenta até pela... você imagina 8 horas de trabalho de parto, 8 horas uma mulher gritando ali?” (AGUIAR, 2010, p. 137)

Quando não ferem a lei de forma direta, não permitindo a presença de acompanhantes por qualquer um dos motivos que geralmente alegam, algumas instituições cobram taxas para permitirem a entrada e permanência dos acompanhantes. A existência dessas taxas, por vezes, é informada durante o pré-natal, com a justificativa de que pode ser parcelada durante a gestação. Já algumas maternidades cobram à vista no momento da internação, afirmando que é cobrança comum relativa a “taxa de paramentação” para fornecer as vestimentas necessárias para o acompanhante.

“A maternidade alegou que no SUS não pode ter acompanhante. Mas se eu quisesse muito, eu poderia pagar o parto todo particular para ter acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto e dividir o valor durante a gestação. Disseram que é só mil e quinhentos reais. Mil e quinhentos reais para ter o acompanhante, entendeu?” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 70)

Antes mesmo de nascer, um choro rasgava o silêncio do hospital esperança. Era madrugada. Aos prantos, Gustavo, pai do pequeno Marcos lamentava a falta de R\$ 300,00 para acompanhar o parto do seu filho. Gustavo não pôde acompanhar o nascimento porque não tinha dinheiro para pagar a taxa exigida pelo estabelecimento. (ABREU, 2009 *apud* REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 73)

Alguns planos de saúde ousam informando que para o caso de gestação e parto coberto por eles, o acompanhante só seria permitido para os planos mais caros, enganando mulheres e familiares que, por não terem conhecimento acerca da previsão de acompanhante para todas as modalidades, acabam por pagá-los. O medo é de estarem sozinhas nos hospitais e não terem a devida atenção durante as fases do parto e logo após o mesmo, sofrendo negligência dos profissionais de saúde que as atendem.; (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) (AGUIAR, 2010)

A negativa da presença do acompanhante ou a permissão mediante cobranças de taxas fere diretamente a única lei federal existente que se propõe a preservar a parturiente do sofrimento da violência obstétrica institucional e que intenta ainda proporcionar conforto e tranquilidade, por reconhecer que uma vez acompanhadas de pessoas de sua confiança, as

mulheres se sentem mais à vontade para que o parto flua de forma mais calma, bem como a recuperação tanto do parto normal quando da cirurgia cesárea se dê mais facilmente. Além disso, previne também do acontecimento das tantas outras violências já citadas. (AGUIAR, 2010)

A violação deste direito garantido por lei demonstra a “negligência na atenção à paciente quanto às suas necessidades de acolhimento familiar nesse momento” (AGUIAR, 2010, p. 155) de extrema fragilidade e vulnerabilidade, o que aponta ainda para a banalização do sofrimento daquelas mulheres que estão prestes à terem filhos ou acabaram de tê-los:

“Eu fui na ambulância e minha mãe foi comigo. Só que lá não podia ficar ninguém, minha mãe ficou pro lado de fora e aí eu subi, é tipo uma casa, um prédio, aí eu subi e minha mãe ficou lá fora. Aí o guarda falou assim pra minha mãe: “Ou você vai embora ou você vai dormir aqui na rua, aqui não pode ficar”, aí minha mãe foi embora e eu fiquei lá. (...) fiquei numa sala eu e mais uma moça, só que tipo assim, praticamente abandonada, né. E não tinha enfermeira, tinha uma enfermeira só, ela sumia, depois voltava e uma médica. E numa salinha, era pequenininha, eu de um lado e ela do outro. Aí a médica vinha, fazia o toque, né, mandava eu fazer força, eu fazia, e parece que ela tava... Enfiava a mão toda, a mão, o braço todo na gente, né, no toque. Aí ela: “Faz força”, aí eu fazia força, [e a médica dizia]“Ah, sabia que estava vindo sofrer” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 156)

A importância do acompanhante é ainda maior para o caso das adolescentes em trabalho de parto ou para aquelas que estão prestes a ter seus primeiros filhos, por ser comum o medo do desconhecido, o que aumenta a angústia e o nervosismo, causando transtorno inclusive para os profissionais de saúde que tentam auxiliá-las:

“porque eu não sabia como que era a dor. Pra mim, então, era muita dor, era muita dor (...) e eu não tinha ninguém perto de mim, não tinha minha mãe, não tinha ninguém, então pra mim foi horrível (...) Por eu ser... ter dezessete anos, então eu era muito nova, então eu fiz muito escândalo. Fiz mesmo. Gritava, chutava. Todo mundo quando chegava, eu saía chutando. E então eles perderam a paciência comigo (...) Não sabia como é que era. Eu fiz muito escândalo. (...) Deixaram eu largada e jogada. Falavam que na hora de fazer ninguém... Eu não tava gritando, né, e agora tá gritando porquê? Falava assim: “Ah, agora tá gritando porque? Na hora que tava fazendo tava bom, né, e não tava gritando, porque agora tá gritando?”. Aí que eu gritava mais ainda, aí que eu chorava. (...) Eu me senti maltratada lá. Por isso, porque por eu ser nova e não saber das coisas tinham que ter mais paciência comigo, né, e explicar. Mas não, era tudo grosso mesmo.” (AGUIAR, 2010, p. 157)

Contudo, segundo Aguiar (2010), mesmo na presença de acompanhantes, as parturientes também sofrem violência, sendo infantilizadas, ouvindo frases de cunho grosseiro e sendo ignoradas quando se queixam de dores durante o trabalho de parto e até mesmo após. Ocorre que qualquer pessoa que venha a acompanhar as mulheres em trabalho de parto, geralmente também se sente coagida a respeitar a relação de poder existente no ambiente, se

sentindo inferior com relação aos profissionais de saúde ali presentes e também temendo serem retiradas do ambiente ou, no caso de questionarem qualquer tratamento, acabarem piorando a hostilidade com relação a parturiente. (AGUIAR, 2010; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Seja como for, a Lei 11.108/05 é constantemente ferida e muito disso se deve à falta de punição para aqueles que a descumprirem. De qualquer forma, a vulnerabilidade das mulheres é claramente demonstrada. Seja sem acompanhante ou com acompanhante, após recorrer ao Ministério Público ou à polícia, as mulheres têm medo de serem atendidas e sofrerem nas mãos daqueles que deveriam lhes cuidar.

Na falta de sanção às instituições e profissionais que descumprem o determinado, muitas mulheres recorrem ao Ministério Público ou acionam a polícia quando impedidas de entrarem com acompanhantes nos hospitais, mesmo quando em trabalho de parto. Outras relatam que acabam se esquecendo ou não têm forças para argumentar devido à fragilidade do momento ou porque têm medo de sofrer retaliações durante o atendimento por terem recorrido a polícia ou à justiça para manter um acompanhante durante suas estadias nos hospitais. (AGUIAR, 2010; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Alguns familiares de gestantes, inclusive, não sabem a quem recorrer quando as instituições se negam a permitir acompanhantes, realizando uma verdadeira peregrinação para ter informações acerca da eficácia da lei frente à ANVISA, às vigilâncias estaduais e municipais, aos planos de saúde e até ao próprio Proteção ao Consumidor (PROCON), sem, contudo ter suas dúvidas esclarecidas:

“Apesar de ter a Lei 11.108/05, a RDC 36 a RN 211/ANS impressas em mãos, a acompanhante da gestante foi barrada para entrar com alegação de que a norma do hospital não permite acompanhantes, mas que seria possível caso houvesse pagamento de uma taxa. Decidi comunicar à ANVISA, mas me repassaram para a Vigilância Estadual, depois para a Municipal que alegou que a demanda não era com eles e não saberia para onde me repassar. Liguei para ANS, porém me informaram que eu deveria passar primeiro pela operadora do plano. O SAC da Unimed estava com algum problema e não realizava o envio da mensagem. O PROCON municipal não possuía informações sobre essa questão, e ficaram de dar resposta depois.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 73)

Nota-se que o Brasil ainda se encontra muito distante do padrão de assistência ao parto desejado. Apesar do tímido avanço quanto à presença do acompanhante como inibidor das outras formas de violência, a falta de sanção para o descumprimento revela um aspecto importante no que se refere ao tratamento que as gestantes e parturientes recebem, uma vez que as instituições e profissionais que a descumprem acabam por saberem que ficarão impunes. (AGUIAR, 2010)

O descumprimento à Lei 11.108/05 revela a violência obstétrica em seu caráter institucional, de forma mais notória. Contudo, quando na cobrança de taxas para permissão ou na promessa de permissão se for contratado plano mais caro, aproveitando-se do desconhecimento da população em geral, revela também um caráter financeiro, o que acaba por lesar a mulher e seus familiares também neste aspecto.

Por fim, a falta de acompanhante causa reações em cadeia na parturiente, pois, uma vez mais nervosa e angustiada, pode atrapalhar a evolução do trabalho de parto ou deixa-la mais agressiva e defensiva quando no atendimento pelos profissionais que a auxiliam no parto. O que, por sua vez, também causa estresse entre os profissionais que a cercam, trazendo problemas e favorecendo violências físicas para acelerar o nascimento de seus filhos, como a utilização da ocitocina, da episiotomia, da manobra de Kristeller ou até mesmo da cesárea, mesmo que nenhum desses procedimentos seja necessário ou justificável, uma vez que revelam-se verdadeiras violências de caráter físico, sexual e psicológico, principalmente quando não permitidos ou não esclarecidos, por todos os motivos já anteriormente citados.

#### 4.2 PREVISÕES E RECOMENDAÇÕES

Como já anteriormente dito e demonstrado, o protagonismo do parto é visto como sendo dos profissionais, inclusive por falas rotineiras como “foi o médico quem fez o meu parto”. Oras, médicos prestam assistência aos partos, uma vez que parir é ato única e exclusivamente feminino. Contudo, ainda se tem a errônea ideia de que mulheres e crianças são atores secundários, tendo a mulher papel com menos destaque ainda, uma vez que as crianças, pelo menos, são vistas como “produto” principal da assistência ginecológica obstétrica. (AGUIAR, 2010)

A problematização desta visão só se inicia a partir de fundamentos trazidos por organizações feministas, que trazem a emergência de análises que consideram as mulheres e crianças como sujeitos principais. Segundo Diniz (2005), nos Estados Unidos, na década de 1950, 1960 e 1970, o feminismo movimentou discussões pela reforma do parto com a criação de centros de saúde feministas e Coletivos de Saúde das mulheres.

Após, as próprias usuárias dos serviços de saúde começaram a inserir os conceitos de direito reprodutivo e sexual como direitos humano. É a partir de então que é proposta uma assistência baseada em direitos. Nesta seara, destaca-se a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger, a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent e a proposta do parto ativo de Janet Balaskas, todos citados por Diniz (2005). A mesma aponta que vertentes



consideradas amigas das mulheres e centradas na mulher começam a ser consideradas, principalmente, para a organização de serviços.

A saúde pública tem como marco de mudança de pensamento a partir do chamado “Ano Internacional da Criança”, em 1979, com a criação do Comitê Europeu para o estudo de intervenções que poderiam reduzir a morbimortalidade perinatal e materna naquele continente. Este comitê, inicialmente composto por profissionais de saúde e epidemiologistas, acaba sendo ocupado também por sociólogos, parteiras e as próprias usuárias dos sistemas de assistência ao parto. Posteriormente, após a importância dos estudos ali feitos, grupos acabam por se organizar para sistematizar estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós parto. Tudo apoiado pela própria OMS. (DINIZ, 2005)

Em 1996, uma revolução importante ocorre com a publicação de um manual proposto pela Organização Mundial da Saúde em parceria com a Colaboração Cochrane, conhecida como Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS, na qual foram estudadas as práticas adotadas na atenção a partos e nascimentos,

em que as classifica em quatro grupos: Grupo A, das práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, com as práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas; Grupo C, de práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas; e, finalmente, o Grupo D é de práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada. (RATTNET, 2009, *apud* REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 17)

Esta classificação das práticas são utilizadas até os dias atuais pelos principais órgãos de saúde a nível mundial, uma vez que serve como parâmetro para estimular práticas que auxiliam mulheres em seus trabalhos de parto e seus bebês, bem como para rechaçar alguns procedimentos sabidamente invasivos e desnecessários quando se fala em assistência humanizada ao parto. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Na Argentina, país que percebeu a importância do bem jurídico tutelado pela violência obstétrica a ponto de criminalizá-la, existe a Lei Nacional nº 25.959, ou Lei do Parto Humanizado. A referida consta como proponente dos “direitos dos pais e filhos durante o processo de nascimento” e é considerada bastante minuciosa e assertiva quanto ao reconhecimento da violência obstétrica e a sua tipificação. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Contando com 8 artigos e dispondo sobre direitos de todas as mulheres com relação a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto, traz ainda direitos aos recém-nascidos e aos pais daqueles considerados em situação de risco, prevendo que sejam dadas todas as informações

necessárias, bem como que sejam adotados todos os procedimentos realmente necessários e levando em consideração a humanização do nascimento. Promulgada em agosto de 2004, a lei traz sanção, informando ser falta grave, sob pena de responsabilidade civil e penal o seu descumprimento. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

O mesmo país, em março de 2009, sancionou também a Lei nº 26.485 de “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais”, a partir da qual tipificam seis tipos principais de violência contra a mulher, sendo a violência doméstica, institucional, laboral, contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Indo na mesma linha, a Venezuela foi outro país que deu a devida atenção às violências de gênero, inclusive a obstétrica. Em 25 de novembro de 2006, na celebração do Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Tal legislação tipifica dezenove formas de violência contra a mulher, sendo reconhecida a violência obstétrica como genuinamente de gênero. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

As legislações argentina e venezuelana tratam definem a violência obstétrica como a “apropriação dos corpos e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 36-37). A lei da Venezuela vai ainda mais além e entende que a violência obstétrica traz a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir de forma livre sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impacta negativamente na qualidade de vida das mulheres.

O comprometimento dos países acima citados quando se fala para a erradicação da violência de gênero, com o reconhecimento da violência obstétrica difere muito do tratamento do Brasil quanto a este ponto em específico. As iniciativas são ainda muito pequenas frente ao infeliz cenário enraizado e naturalizado em que se encontra a assistência obstétrica brasileira, havendo necessidade de intervenções mais enérgicas e que realmente tenham efeitos. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Marco para o parto humanizado no Brasil é a Carta de Campinas, documento que funda a instituição da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que é formada por indivíduos e instituições. Esta carta denuncia as formas de violência e constrangimento que se dão nas assistências obstétricas, chamando atenção para as condições pouco humanas a que mulheres e crianças são submetidas no momento dos nascimentos e partos. O documento é importante pois reconhecem “a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das

interferências obstétricas desnecessárias” como ações que “perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor”. (DINIZ, 2005)

Uma política nacional de humanização do Sistema Único de Saúde existe desde 2003, podendo, ser também considerada desdobramento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, instituído em 2000. A partir destas, o Estado visa informar a mulheres e profissionais de saúde os riscos de adotar procedimentos não recomendados, bem como a importância de se adotarem aqueles considerados benéficos a partir da medicina baseada em evidências.

Contudo, ainda há muito a ser feito e divulgado. O Ministério da Saúde, por exemplo, possui duas portarias pouco conhecidas, a saber: nº 1.067 – GM, de 4 de julho de 2005, e nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Na primeira, “constam os princípios, diretrizes e referências para o atendimento à saúde da mulher em seus processos reprodutivos e ao recém-nascido, ao passo que a segunda constitui o dispositivo legal que caracteriza os direitos e deveres dos usuários da saúde” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Ambas dão conta dos aspectos que envolvem o atendimento humanizado e são complementadas, ainda, pela Resolução RDC nº 36, de 3 de julho de 2008, da ANVISA, a qual dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

Embora não haja lei federal que trate única e exclusivamente deste assunto, a Lei Estadual 17.097, de 17 de janeiro de 2017, de Santa Catarina traz disposições acerca da implantação de medidas de informação e proteção à gestante a parturiente contra a violência obstétrica ocorrida. A mesma dispõe do conceito de violência obstétrica e traz uma abrangente gama de ações que considera como violentas para que sejam inibidas.

Importante ressaltar que não faltam referências técnicas que norteiem os procedimentos necessários à humanização do atendimento à saúde, inclusive no que se refere a assistência ao parto. Logo, se nota que o Ministério da Saúde é bastante competente em suas atribuições, segundo os aspectos teórico e abstrato. Contudo, há de se notar que, se observarmos sociologicamente, há um peso muito diferente quando se falam em portarias e leis, tendo a segunda um maior peso e respeito. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

De forma infeliz, a única lei que abarca vários aspectos da violência obstétrica é apenas a nível estadual. A única lei existente válida em todo o território nacional, já citada no tópico 4.1, diz respeito somente a importância do acompanhante e nem a mesma vem sendo cumprida.

Além disso, a própria também permite interpretações dúbias, o que evidencia uma necessidade de correção urgente de seu texto.

Diante de cenário tão deficiente, há a necessidade de que as sociedades civis, através de coletivos de saúde, organizações e grupos de mulheres, se organizem no Brasil para denunciar a vergonhosa situação do país que sustenta os maiores índices de cirurgias cesarianas em todo o mundo, bem como índices de morbimortalidade materno-infantil que se apresentam estacionados, apesar dos esforços governamentais e crescente acesso a tecnologias.

#### 4.3 O BEM JURÍDICO TUTELADO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O DEVER DE TUTELA DO ESTADO

Tendo esclarecido a existência dos direitos fundamentais e o papel da teoria do bem jurídico para a sua proteção, bem como demonstrado as suas importâncias, resta afirmar que é perceptível que a violência obstétrica, demonstrada ao longo do capítulo 2, revelada nas suas mais diversas formas e rotineiramente praticada em diversos cantos do país, fere diretamente diversos direitos fundamentais previstos constitucionalmente, como, por exemplo, a vida, a integridade física, a liberdade sexual, a intimidade, a vida privada, a honra e o direito à informação. Além disso, é muito comum que as mulheres submetidas à violência obstétrica sejam também obrigadas a realizarem procedimentos com os quais não concordam ou recebem tratamento que pode ser considerado como degradante e torturante, o que claramente fere a dignidade humana.

Como evidenciado, a violência obstétrica pode ocorrer durante o pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o pós parto. É uma espécie de violência que guarda muitas nuances e muitas formas de práticas, seja na pressão ou coação da mulher para optar por uma cirurgia cesariana por pura conveniência médica ou enganadas pelos mais variados motivos; ou, quando tratadas como cobaias por residentes e professores em hospitais universitários; ou, durante o trabalho de parto, quando sofrem com a realização de diversos toques e não contam com as condições favoráveis para que o momento flua de forma tranquila, como com a negativa de acompanhante e restrição de posição ou local para o parto; ou, ainda durante o parto propriamente dito, quando são submetidas à episiotomias, induções na tentativa de aceleração do processo, manobras de Kristeller e uso de fórceps ou; até mesmo no pós parto, quando sofrem suturas sem anestesia, são impedidas de estarem próximas de seus filhos recém-nascidos ou não tem os cuidados necessários para uma boa recuperação, sendo ignoradas pelas equipes que, em tese, deveriam auxiliá-las.

Quando se fala em violência obstétrica em seu caráter físico, nota-se que tratam-se de “ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas” (p. 60), como exemplos, “privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Comumente, mulheres relatam atingimento de suas integridades físicas, mesmo após implorarem por não sofrerem qualquer tipo de intervenção ou até mesmo quando reclamam de dor durante e após os procedimentos realizados sem seus corpos, sem em nenhum momento serem escutadas. O sofrimento relatado pelas parturientes acaba por não ser levado em consideração, uma vez que, o parto é tratado como procedimento doloroso e sofrível e, portanto, qualquer intervenção com a intenção de acelerar esse sofrimento é considerado um favor que se faz:

“Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor ‘no corte’. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuo me informar e descubro que o médico que ‘fez os partos’ não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que ‘normal não dói, é coisa da cabeça delas’.” (AGUIAR, 2010, p. 133)

A violência física perpassa também por práticas tratadas por Aguiar (2010), como “pequenas torturas ou pequenas grandes maldades” (p. 158) dos médicos. As práticas são relacionadas a algum tipo de discriminação que faz com que os profissionais administrem medicações desnecessárias, sem informarem ou pedirem permissão às mulheres, com o intuito de causar sofrimento, deixar a mulher esperando sem necessidade ou não dar anestesia em procedimentos. Todas são vistas como represálias cometidas tanto na assistência pública quanto na privada. (AGUIAR, 2010; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

O atingimento da integridade física envolve também violência de caráter psicológico. Esta é definida como “toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio” (p. 60), exemplificada por “ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco

acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Aqui se encaixam a coação ou dissuasão para que as mulheres recorram a cesarianas sem indicação médica, quando esta só beneficiaria aos médicos obstetras, sem lhes serem dadas informações acerca dos malefícios do procedimento e muito menos informações também acerca dos benefícios e malefícios do parto vaginal. A prática, tratada no capítulo 2 desta monografia, demonstra a crueldade aqui exercida, quando médicos chegam a citar que as mulheres que não recorrerem às cirurgias cesarianas poderão ser responsáveis pelas mortes de seus próprios bebês, o que, por óbvio, desespera qualquer mulher, principalmente quando estas se encontram em momento de extrema vulnerabilidade.

Importa salientar ainda a citada crise de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, uma vez que as mulheres são vistas como objetos e os profissionais como detentores de saber científico e considerados pelas gestantes e parturientes como “aqueles que sabem o que estão a fazer”. Isto limita questionamentos e assusta mulheres, principalmente aquelas consideradas de menor escolaridade e nível econômico, que não se julgam capaz de argumentar contra qualquer procedimento realizado, mesmo que lhes faça sofrer. (AGUIAR, 2010)

A violência obstétrica tem ainda um caráter material, manifestado por “ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61). Exemplificados por “cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante”, este caráter está intrinsecamente ligado ao descumprimento da lei do acompanhante, quando planos de saúde acabam por informar que para terem direito a acompanhante, tesão que aderir a planos mais onerosos. Nota-se ainda, na prática de hospitais, quando cobram taxas para permitir que os acompanhantes acompanhem as parturientes, violando lei federal.

O caráter material pode também ser intimamente ligado caráter institucional da referida violência, sendo este caracterizado por “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61) e exemplificados pelo:

impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61)

O caráter sexual da violência obstétrica é um dos mais percebidos. Definido como “toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60), é exemplificada por ações como:

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

A violência obstétrica é manifestamente a violência de gênero, pois é violência praticada contra mulheres. Mulheres estas que, em trabalho de parto são rotineiramente conhecidas como as escandalosas, que não suportam as dores, são fracas e descontroladas e, por isso, criticadas. Ou até mesmo aquelas que brigam para fazer valer direitos que sabem que são seus, como “o de uma assistência que atente para suas necessidades” (AGUIAR, 2010, p. 65). Aguiar (2010) destaca exatamente o fato de que as mulheres serem assim vistas perpassam por uma resistência criada em torno do gênero feminino. As mulheres não podem gritar quando sentem dor mas também não podem brigar por seus direitos que são rechaçadas.

Interessante observar a análise de Aguiar (2010) sobre frases que, constantemente, são percebidas por puérperas e profissionais como brincadeiras:

Algumas das puérperas entrevistadas “normal” e até esperado ouvir coisas deste tipo nas maternidades públicas e outras concordaram como foi o caso de P9, citado anteriormente. Algumas entrevistadas, porém, consideraram um tratamento grosseiro e desrespeitoso do profissional; perceberam intenções diferentes de uma simples brincadeira no tom de voz; trouxeram relatos de tentativas de resistência a esses valores e expressaram suas críticas no momento da entrevista. (AGUIAR, 2010, p. 97)

Estas nada mais são do que a manifestação da violência de gênero pela qual somente as mulheres são submetidas. Frases ditas como referência direta ao exercício da sexualidade da mulher, como aquelas que questionam o motivo dos gritos e do “escândalo”, uma vez que sentiram prazer na hora de fazer. Esta visão demonstra como as mulheres são vistas como pagadoras de pecados, principalmente aqueles relacionados ao livre exercício de seu direito a

sexualidade e a sua intimidade, pois “a dor do parto é o preço a ser pago pelo prazer do ato sexual” (AGUIAR, 2010, p. 96).

Muito comuns também são as referências ao exercício da sexualidade das mulheres de baixa renda ou negras, vistas pelos profissionais como sem controle e frequentemente rechaçadas ou ridicularizadas com frases que afirmam que as mesmas pacientes voltarão em pouco tempo para terem outros filhos. As falas atribuídas aos mais diversos profissionais de saúde, contudo, não demonstram qualquer preocupação em informar a estas mulheres sobre métodos contraceptivos, sendo faladas em tom jocoso. (AGUIAR, 2010)

O tom das palavras demonstra a violência de gênero perpetuada nos mais diversos setores sociais. No caso da violência obstétrica, as mulheres estariam submetidas, como mulheres e pacientes, a um duplo poder, tanto da dominação masculina quanto da dominação feminina sobre seus corpos. Desta forma, esta violência em específico, teria um caráter muito particular e que não têm previsão em nenhum código brasileiro. (AGUIAR, 2010)

Entender a violência obstétrica como de gênero faz entender que não é suficiente a existência de tipos penais neutros, uma vez que a violência sobre a mulher, apesar de rotineira, permanece sendo praticada de forma velada principalmente em países como o Brasil, culturalmente machista, patriarcal e religioso com raízes que favorecem a impunidade diante de práticas cometidas, em sua maioria, pelo gênero masculino.

Evidente, desta forma, que a violência sofrida pela mulher durante a gravidez e o parto normal não pode ser praticada sobre qualquer pessoa e muito menos sobre qualquer ocasião. A prática desta se dá em condições específicas. Reconhecida a importância do bem jurídico penal tutelado pela referida violência, demonstrada está também a necessidade da intervenção penal. Há, assim, a clara necessidade de reconhecimento da gravidade do problema, tornando-o visível para que sua prevenção seja efetiva ou, em extremo caso, para que a punição de práticas que lesionem o bem jurídico tutelado por esta violência, iniba a ocorrência de outros atos similares.

Como exposto ao longo do capítulo 1, dominar o entendimento da Teoria do Bem Jurídico é extremamente importante para o entendimento do funcionamento do Direito Penal, uma vez que um dos seus objetivos (se não o principal) é justamente tutelar os bens jurídicos. Contudo, a conceituação e a delimitação de bem jurídico é uma tarefa reconhecidamente difícil, sobre a qual muitos jusfilósofos e juristas já se debruçaram ao longo da história, sem lograrem êxito total.

É majoritária a ideia de que os bens jurídicos não são histórica e socialmente estanques. Como dito anteriormente, nem todo bem é um bem jurídico. Para que seja elevado a esta categoria se faz necessário ter sua importância reconhecida a fim de ser merecedor de proteção



jurídica. Logo, um bem que há algum tempo não era considerado como de importância a ponto de merecer tutela do Estado, pode acabar tendo sua importância reconhecida devido a mudanças de pensamento e de cultura, o que acontece de forma muito comum no mundo dinâmico em que se vive. (PRADO, 2011)

Nota-se que, especialmente em uma sociedade democrática de direito, é possível perceber uma mutabilidade quanto aos bens considerados de extrema importância e, logo, passíveis de tutela do Estado. Isto se deve ao fato de que, em uma sociedade na qual é possível manifestar suas ideias, crenças e pensamentos, é mais provável que existam consideráveis modificações em seu ordenamento jurídico, seja para permitir práticas que outrora não eram permitidas ou, de forma contrária, para proibir aquelas que eram permitidas ou, no mínimo, consideradas normais. Todas estas mudanças devem se dar de forma fundamentada e, principalmente, de acordo com os princípios básicos da sociedade. (PRADO, 2011; SILVA, 2011)

Inobstante a isto, é consenso entender que bens “como a vida, a integridade, a sexualidade, o meio ambiente e etc.” (SANTOS, 2017) são considerados como de extrema importância e, portanto, como aqueles que devem ser garantidos na norma máxima de um Estado. Estes bens são, além de tudo, também entendidos como Direitos Fundamentais, e, sendo assim, previstos na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/88). Sem a devida proteção a eles e sanção ao desrespeito, seria impossível conceber a ideia de uma sociedade plenamente organizada e harmônica, o que o próprio direito tem como objetivo manter. (SANTOS, 2017)

Na doutrina pátria, os direitos fundamentais podem também ser entendidos como direitos humanos, ou, de forma mais simplificada, aqueles ligados à dignidade da pessoa humana. Apesar disso, não só estes bens podem ser assim considerados. Segundo Ferrajoli (2004, p. 37 *apud* SILVA, 2011)., os direitos fundamentais são “todos aqueles direitos subjetivos que correspondem universalmente a todos os seres humanos enquanto dotados de status de pessoas, de cidadão ou de pessoas com capacidade de atuar”, ou seja, todos os direitos que comumente são entendidos como essenciais para um ser humano.

Nota-se que a própria CFB/88 traz em seu artigo 5º, incisos II e III, a previsão de que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (BRASIL, 1988, p. on-line), nem submetido a tortura ou tratamento desumano e degradante. Além disso, prevê também no artigo 5º, inciso X, a inviolabilidade da intimidade, honra e imagem, bem como, no artigo 6º, garante como direitos sociais a educação, a saúde e a proteção à maternidade a à infância.

Importa salientar também que não há um catálogo específico para detectar o que seria um direito fundamental na legislação brasileira, não sendo o rol esgotado apenas nas previsões encontradas na CFB/88 e nem nos princípios utilizados pelo ordenamento jurídico. Porém, é importante ressaltar ainda que para que algum direito seja considerado como fundamental, deve ser relevante para a sociedade, devendo possuir também vinculação com os princípios já anteriormente previstos, principalmente com relação à dignidade da pessoa humana. (SILVA, 2011)

Os direitos fundamentais são, desta forma, percebidos como norteadores dos principais valores de uma sociedade e, em via dupla, são também norteados por esta mesma sociedade. Estes direitos são colocados na mais elevada posição do ordenamento jurídico e, por isto, possuem natureza supralegal, figuram como limites materiais de revisões constitucionais e vinculam as atuações de todos os indivíduos e instituições. (SILVA, 2011)

Como já exposto anteriormente, nem todo bem é jurídico e nem todo bem jurídico é tutelado pelo Direito Penal. Considerando que o Direito Penal deve ser a última *ratio*, logo, o instrumento a ser utilizado quando nenhum outro mecanismo se mostrar eficiente para resolução de um conflito existente, os bens jurídicos tutelados por este ramo do Direito são os considerados de maior importância para uma sociedade e justificadores de uma proteção especial. (SANTOS, 2014)

Todas as condutas citadas e exemplificadas como violência obstétrica poderiam ser facilmente tipificadas na conduta descrita no artigo 129 do Código Penal Brasileiro, que tipifica a lesão corporal, definida como “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. As práticas poderiam ainda ser percebidas como tortura, violações aos direitos de informação, privacidade, intimidade, sexualidade e até mesmo honra e dignidade pessoal.

Contudo, há de se ter em mente que não se trata apenas de violência e não observância de garantias e direitos constitucionais previstos para todos os cidadãos. Se trata de violência praticada contra mulheres que se encontram em um estado específico, situações estas que só gênero feminino passa ao longo da vida. A violência obstétrica, portanto, estaria ferindo bens jurídicos pertencentes às mulheres e (porque não dizer também) aos seus bebês, uma vez que, considerando o binômio mãe-bebê, qualquer intervenção em gestantes e parturientes também influenciariam nas crianças em formação.

Logo, possível concluir que uma possível previsão da violência obstétrica teria como bem jurídico o corpo físico e psicológico da pessoa humana, sua saúde e seu bem-estar, exatamente o mesmo bem jurídico previsto no artigo 129 do CP, que tem como objeto material

o ser humano, visto em sua integridade e observado em suas mais variadas vertentes e digno de receber tratamento humano e respeitoso.

A criação de uma tipificação para criminalização da violência obstétrica teria importante função para a inibição da prática tão recorrente e que se traduz em tratamento desumano e degradante. Especialmente se levarmos em consideração o fato que as complicações de procedimentos e práticas desnecessárias e sem evidências de efetividade, que compõem os diversos caracteres desta violência, desencadeiam lesões físicas e psicológicas que se estenderão durante todas as suas vidas.

Se observarmos a já falada desigualdade entre mulheres e profissionais de saúde, que revelam a assimetria da relação existente entre os dois polos, é bastante evidente que as mulheres estariam em certa desvantagem jurídica. Se pensarmos que uma paciente, mesmo que acuada ou agredida, venha a reagir de forma combativa a ação que lhe agrediu, esta poderia facilmente ser enquadrada sob o crime de desacato a funcionário público, se estivermos tratando de atendimento em assistências públicas de saúde. O crime se encontra tipificado no artigo 331 do CP. Já a mesma mulher não possui qualquer proteção imediata, pois, caso sofram algum procedimento, mesmo que seja desnecessário ou lhe tenha sido não consentido, o profissional de saúde estaria coberto, uma vez que qualquer ato que cometessem no exercício de suas profissões seriam vistos como atuação profissional e de suas autoridades científicas. (AGUIAR, 2010)

Além disso, há muita dificuldade de se realizar alguma denúncia contra profissionais de saúde no exercício de sua profissão, pois provar as alegações seria, algumas vezes impossível, seja porque as mulheres que sofrem as referidas violências não se reconhecem como vítimas, por falta de informação, ou ainda porque quando no trabalho de parto, muito provavelmente não estariam em condições de observar o tratamento que lhes foi dado (daí a importância do cumprimento da lei do acompanhante). (AGUIAR, 2010; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Importa frisar que é obrigação do Estado atender, prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres. O Estado tem como dever dispor de normas que tenham como objetivo proteger este gênero que, historicamente, sofre violência apenas por ser, o que as fazem serem discriminadas em diversos setores da sociedade e afetam de diversas formas os seus desempenhos sociais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta feminina por fazer valer seus direitos e ter respeitadas suas dignidades é um esforço contínuo que se arrasta há séculos. Mulheres são constantemente agredidas apenas por terem nascido mulheres. Violências cometidas pelos mais diversos setores sociais e que, rotineiramente, atrapalham e subjugam o gênero feminino, qualificando-se assim como violência de gênero. Esta violência encontra raízes principalmente em sociedades patriarcais, sob as quais prevalecem estruturas de subordinação e discriminação contra o gênero feminino, consolidando a formação de conceitos e valores que desqualificam as mulheres, seus corpos, suas ações e suas opiniões. Quando não totalmente anuladas, as mulheres acabam por ser ridicularizadas em suas mínimas ações e palavras.

Como possível analisar, a violência obstétrica é violência manifestada institucionalmente, mas que também possui caráter físico, psicológico, sexual, material e até mesmo midiático. Muito comumente, quanto relatam os seus partos, as mulheres que sofrem esse tipo de violência se queixarão, principalmente, do tratamento desumano e degradante que sofreram quando nos atendimentos e assistências de seus partos.

Resta claro que, muitas vezes, algumas das mais comuns violências relacionadas à obstetrícia são ignoradas e passam despercebidas. As mulheres, por terem ouvido relatos de amigas, conhecidas e familiares, relatando o parto vaginal como algo sofrível e doloroso, acabam por naturalizar a dor, confundida muitas vezes com a violência que sofrem quando buscam os serviços de saúde, seja no atendimento ou na realização de procedimentos desnecessários e dolorosos.

É muito comum que as mulheres relacionem a violência somente ao tratamento grosseiro ou a inadequação do atendimento, quando em verdade a violência, disfarçada de saber médico e científico, é manifestada sob diversos aspectos. As marcas relativas ao tratamento recebido são eternas e acabam permanecendo nos corpos e nos psicológicos femininos, influenciando tanto a relação que possuem com seus filhos, quando sua autoestima e suas vidas sexuais.

Evidenciado está que a violência obstétrica pode ocorrer durante o pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. É uma espécie de violência que guarda muitas nuances e muitas formas de práticas, seja na pressão ou coação da mulher para optar por uma cirurgia cesariana por pura conveniência médica ou enganadas pelos mais variados motivos; ou, quando tratadas como cobaias por residentes e professores em hospitais universitários; ou, durante o trabalho de parto, quando sofrem com a realização de diversos toques e não contam com as condições favoráveis para que o momento flua de forma tranquila, como com a negativa de acompanhante

e restrição de posição ou local para o parto; ou, ainda durante o parto propriamente dito, quando são submetidas à episiotomias, induções na tentativa de aceleração do processo, manobras de Kristeller e uso de fórceps ou; até mesmo no pós parto, quando sofrem suturas sem anestesia, são impedidas de estarem próximas de seus filhos recém-nascidos ou não tem os cuidados necessários para uma boa recuperação, sendo ignoradas pelas equipes que, em tese, deveriam auxiliá-las.

Apesar de existirem recomendações quanto a adoção de procedimentos e práticas benéficas às mulheres e também aos bebês, bem como rechaçamento acerca daqueles considerados maléficos, os profissionais de saúde parecem não se importar. As mulheres, acostumadas a sofrerem violência nos mais diversos setores da vida, são também vistas como objetos no momento de nascimento de seus filhos, momento este que deveria ser o mais empoderador, uma vez que deveriam ser as únicas protagonistas e donas de seus próprios corpos.

Na realidade brasileira, a violência obstétrica ainda não teve sua relevância considerada. Apesar de existirem dispositivos legais, como a lei que prevê acompanhante de escolha da parturiente, há de ser observado que o seu cumprimento é ignorado. Muito disso se deve ao fato de que não há qualquer previsão de sanção para aqueles que a descumprem, deixando as vítimas com a grande sensação de impotência e impunidade.

Essas variadas violências são lembradas e revividas pelas parturientes dia após dia durante toda uma vida e são também partes de um contexto da violência de gênero praticada em um país patriarcal e machista, marcado pela desigualdade existente nas relações entre homens e mulheres. A referida violência é agravada ainda pela visão de que, uma vez submetidas aos cuidados médicos, estariam as gestantes e parturientes em uma relação hierárquica na qual são consideradas inferiores por não terem o conhecimento dos profissionais de saúde que as assistem e que, por isto, devem obediência a eles, pois, saberiam o que estão a fazer.

Como exposto, o Estado tem a obrigação de intervir nas práticas consideradas como violentas na realidade obstétrica brasileira, criando novos dispositivos que assegurem o cumprimento da totalidade do que preconizam nas campanhas governamentais de humanização. Já é percebido que não adiantam campanhas para a informação ou a intervenção no ensino obstétrico no país, uma vez que há ainda muita resistência quanto aos preceitos do parto humanizado, o que é compreensível em uma sociedade patriarcal e machista que vê no masculino e suas técnicas como protagonistas de todas as ações sociais.

Desta forma, quando nenhuma das outras ações estatais surtem efeito, o Direito Penal encontra brecha para agir, em respeito ao princípio da *ultima ratio*. Logo, no caso em estudo, ele se mostra extremamente necessário. Tendo esclarecido a existência dos direitos fundamentais e o papel da teoria do bem jurídico para a sua proteção, bem como demonstrado as suas importâncias, resta afirmar que é perceptível que a violência obstétrica se revela nas suas mais diversas formas e é rotineiramente praticada em diversos cantos do país. A mesma, fere de forma direta diversos direitos fundamentais previstos constitucionalmente, como, por exemplo, a vida, a integridade física, a liberdade sexual, a intimidade, a vida privada, a honra e o direito à informação.

A criação de um novo tipo penal seria a única forma de resguardar a integridade física, psicológica e sexual de gestantes e parturientes. A previsão criminal da violência obstétrica no ordenamento jurídico seria a transformação de um tipo penal neutro, que não considera as particularidades específicas de mulheres em clara situação de vulnerabilidade, no importante reconhecimento do aspecto de gênero presente nesta violência tão cruel e desumana, que menospreza e humilha mulheres simplesmente porque elas assim são.

Resta ressaltar que há consciência quanto a crises do sistema de saúde e a carência de infraestrutura adequada no atendimento médico profissional. Contudo, há de se observar também que a violência obstétrica se revela importante e com um bem jurídico de extrema relevância que é integridade física e psicológica que influenciam no bem estar de qualquer pessoa. Logo, nada seria capaz de justificar os maus tratos ocorridos a gestantes e parturientes em um regime jurídico como o brasileiro, baseado na busca do respeito aos direitos humanos e que pretende assegurar o pleno exercício de direitos, não aceitando qualquer discriminação relativa a gênero.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. D. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** São Paulo. 2010.

AMORIM, M. M. R. D.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.

BECHARA, A. E. L. S. O rendimento da teoria do bem jurídico no Direito Penal atual. **Revista Liberdades**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 16-29, maio-agosto 2009.

BETTIOL, G. **Direito Penal.** Tradução de Paulo José da Costa Jr. e Alberto Silva Franco. São Paulo: RT, v. 1.

BORGES, P. Aumento de cesarianas leva a mais bebês prematuros. **http://delas.ig.com.br/saudedamulher/**, 2011. Disponível em: **<http://delas.ig.com.br/saudedamulher/aumento-de-cesarianas-leva-a-mais-bebes-prematuros/n1597378550791.html>**. Acesso em: 11 julho 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**, Brasília, dez 1940. Disponível em: **<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-norma-Atualizada-pe.html>**. Acesso em: 30 jun 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Brasília, 5 out 1988. Disponível em: **<http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/constituicao.htm>**.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**, Brasília, jun 1990.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**, Brasília, abr 2005. Disponível em: **<http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#art1>**.

BRASIL. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.**, Brasília, jun 2008. Disponível em: **<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\_03\_06\_2008\_rep.html>**. Acesso em: 12 julho 2018.

BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Ministério da Saúde. Brasília. 2016.

BRASIL. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.**, Brasília, jan 2017.

CHILDBIRTH CONNECTION. **Vaginal or Cesarean Birth: What Is at Stake for Women and Babies?** New York. 2012.

COREN/SC. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Parecer Técnico COREN/SC Nº 001/CT/2016**. Florianópolis. 2016.

DIAS, M. A. B. et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro**. [S.l.]. 2008.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005.

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

DUARTE, A. C. **Porque as cesarianas interessam aos hospitais privados**. [S.l.]. 2015.

FERNANDEZ, G. D. **Bien Jurídico y Sistema del Delito**. Montevideo: Editorial B de F, 2004.

FERRAJOLI, L. **Derecho y razón: teoría del garantismo penal**. Madrid: Trotta, 1995.

FERRAJOLI, L. **Direito e Razão: teoria do garantismo penal**. Tradução de ANA PAULA ZOMER SICA; FAUZI HASSAN CHOUKR, *et al.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

FEUERBACH, P. J. A. R. V. **Tratado de Derecho Penal común vigente en Alemania**. Buenos Aires: Hammurabi, 1989.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRAGOSO, H. C. **Lições de Direito Penal - Parte Geral**. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.



GRECO, L. Breves reflexões sobre os princípios da proteção de bens jurídicos e da subsidiariedade no Direito Penal. **Revista Jurídica do Ministério Público de Mato Grosso**, Cuiabá, p. 258-259, jul/dez 2007.

GRECO, R. **Direito Penal do Equilíbrio**: Uma visão minimalista do direito penal. Rio de Janeiro: Impetrus, 2011.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese (Doutorado em Ciências). Univesidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

JAKOBS, G. **Derecho Penal**: Parte General. Madrid: Marcial Pons, 1997.

JESCHECK, H.-H.; WEIGEND, T. **Tratado de Derecho Penal** –. Granada: Editorial Comares, 2002.

JÚNIOR, C. D. F. **O processo penal do inimigo, os direitos e garantias fundamentais e o princípio da proporcionalidade**. Tese de Doutorado (Doutorado em Direito) - UFBA. Salvador. 2010.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30, 2014.

MYERS-HELFGOT, M.; HELFGOTT, A. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? **Obstet Gynecol Clin North Am.**, p. 26(2):305-25, 1999.

O RENASCIMENTO DO PARTO 1. Direção: EDUARDO CHAUVET. [S.l.]: [s.n.]. 2013.

OMS. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra. 1996.

PENNA, R. Cesárea é parto, ou cesárea não é parto? **Uma vez mamífera**, 2014. Disponível em: <<https://umavezmamifera.wordpress.com/2014/07/07/cesarea-e-parto-ou-cesarea-nao-e-parto/>>. Acesso em: 12 julho 2018.

PRADO, L. R. **Bem jurídico-penal e Constituição**. 5ª. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL. MPF defende privacidade em exames em hospital universitário de Rio Grande. **Procuradoria da República no Rio Grande do Sul**, 05 setembro 2011. Disponível em: <<http://www.prrs.mpf.mp.br/app/iw/nti/publ.php?IdPub=61529>>. Acesso em: 30 junho 2018.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - "Parirás com dor"**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília. 2012.

ROXIN, C. **Derecho Penal**: parte general. Madrid: Civitas, 1997.

ROXIN, C. ¿Es la protección de bienes jurídicos una finalidad del Derecho Penal? In: HEFENDEHL, R. **La teoría del bien jurídico. ¿Fundamento de legitimación del**. Madrid: Marcial Pons, 2007.

RUDOLPHI, H.-J. Los diferentes aspectos del concepto de bien jurídico. **Revista de Derecho y Ciencias Penales.**, Buenos Aires, 1975.

SANTOS, J. C. D. **Direito penal**: Parte Geral. 7ª. ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

SANTOS, K. G. **A importância do bem jurídico para o direito penal e a necessidade de delimitação**. Salvador. 2014.

SILVA, D. C. **A teoria dos direitos fundamentais e o bem jurídico penal: Análise da vinculação da teoria do bem jurídico penal à Constituição com fundamento na dogmática dos direitos fundamentais**. Salvador. 2011.

TAVARES, J. **Teoria do injusto penal**. 2ª. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, p. 10(35): 1-12, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)>.

VALARINI, A. Tipos e locais de parto | por Adele Doula. **Rede Ocitocina**, 2018. Disponível em: <<https://redeocitocina.com/2018/01/08/tipos-e-locais-de-parto/>>. Acesso em: 13 junho 2018.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços públicos e privados. **Fundação Perseu Abramo e SESC**, São Paulo, 2010.

WELZEL, H. **Derecho Penal Aleman**. Tradução de Bustos Ramirez e Yáñez Pérez. Santiago: Jurídica de Chile, 1970.

ZAFFARONI, E. R.; ALAGIA, A.; SLOKAR, A. **Derecho Penal**: Parte General. 2ª. ed. Buenos Aires: Ediar, 2002.

ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H. **Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral.**  
1ª. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.

ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H. **Manual de Direito Penal Brasileiro - Parte Geral.**  
7ª. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.