

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS PENAIS

Lydia de Moura Azevedo

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS
DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES BASEADA NA ÉTICA DA
AUTONOMIA DA PACIENTE**

PORTO ALEGRE

2020

LYDIA DE MOURA AZEVEDO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS
DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES BASEADA NA ÉTICA DA
AUTONOMIA DA PACIENTE**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Penais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Professora Doutora Vanessa Chiari Gonçalves

Porto Alegre

2020

LYDIA DE MOURA AZEVEDO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS
DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES BASEADA NA ÉTICA DA
AUTONOMIA DA PACIENTE**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Penais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Aprovada em: Porto Alegre, 19 de novembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Vanessa Chiari Gonçalves
(Orientadora)

Professor Dr. Pablo Rodrigo Alflen da Silva

Professor Dr. Ângelo Roberto Ilha da Silva

“Eu sei que o meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele o oceano seria menor.” Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Durante toda a minha pesquisa, nas noites que passei em claro sentindo a dor de muitas mulheres, foi quando pude dar à luz este trabalho. E, ao pari-lo, entreguei meu coração. Não houve método de extração, nem anestesia, mas ao ver essa pesquisa pronta, sinto-me completamente realizada e vinculada a este fruto. Acredito que o papel dos profissionais que assistem ao parto tem uma certa analogia com o papel do professor. Esclareço: pode-se fornecer todos os meios, todas as pesquisas, todos os livros, todas as evidências científicas. Entretanto, ao final, o sucesso do processo depende da autonomia e da liberdade do voo solo, que há de ser seguro, sim, mas sobretudo corajoso.

Dedico essa pesquisa aos meus pais, meus primeiros professores, com os quais tive a oportunidade e o privilégio de conviver durante o parto da minha pesquisa. A pandemia me trouxe de volta à minha casa, às minhas origens, trouxe a UFRGS para o interior do Rio Grande do Sul, para São Gabriel. Agradeço aos meus genitores por me escolherem, me desejarem, por me amarem incondicionalmente e por proverem sempre todos os recursos para que eu pudesse realizar todos os meus sonhos. Hoje, eu consigo enxergar e identificar que todas as minhas melhores características e valores eu aprendi com eles, com o Nelson Lydio Andrade Azevedo, meu pai, e com a Leila Rosa de Moura, minha mãe. A gente sempre tem o poder da escolha, em todos os âmbitos da vida, de escolher enxergar as qualidades e filtrar os defeitos, na certeza de que sempre há um aprendizado. Obrigada, meus pais, por terem me permitido a liberdade das escolhas que fiz e que faço. Vocês têm todo o meu amor e eu estou me transformando, todos os dias, na melhor parte de cada um de vocês e dos nossos ancestrais.

Ofereço à Professora Vanessa pelas excelentes aulas ministradas durante a graduação, as quais despertaram minha paixão pelas ciências criminais, sobretudo em relação ao tema de violência contra à mulher. Igualmente dedico este trabalho a todas as pesquisadoras e aos pesquisadores que escreveram antes de mim, e graças aos quais esta pesquisa pôde ser concluída. Também ofereço a minha pesquisa a todas as mulheres que não puderam falar, que foram silenciadas, maltratadas, violadas e humilhadas. É com bastante orgulho, mas com muita tristeza que trago essa discussão para a academia, já que o fenômeno da parturição existe desde sempre, porém a ausência do debate sobre o assunto denota o quanto nós ainda temos que lutar por igualdade. No momento em que todas as mulheres descobrirem que nelas existe a criação do plano da vida, e que a

experiência que lhes foi presenteada pela natureza diz muito mais sobre força e poder do que sobre sofrimento, muitos paradigmas serão desmitificados.

Por último, dedico este trabalho à minha filha, ainda nem sequer concebida, mas que virá para um mundo onde haverá a sagrada possibilidade de escolher. E de escolher sem medo. Que a revolução que ora se inicia, seja o princípio dessa nova era para todas as filhas e mães. Que a revolução do conhecimento científico, produzido por mulheres, seja a Aurora de uma novo tempo com mais igualdade e liberdade.

RESUMO

A presente monografia objetivou diagnosticar qual a melhor maneira para erradicar a violência obstétrica e qual o fundamento que autoriza os procedimentos invasivos e tecnológicos, nos corpos das mulheres: se o direito profissional do médico, ou o consentimento da parturiente. Nesse sentido, foi investigada a prática da violência obstétrica nas maternidades brasileiras, por meio de uma pesquisa bibliográfica, abordando procedimentos comuns nas Instituições de Saúde, onde muitas mulheres têm seus direitos constitucionais de dignidade gravemente feridos, ao serem submetidas a procedimentos invasivos, humilhantes e desnecessários durante o trabalho de parto e puerpério. Nesse contexto, foram buscadas alternativas para coibir as condutas censuráveis. Apesar de a criminalização dessas práticas ser uma alternativa que poderia impulsionar mudanças, conclui-se que não se apresenta como a melhor solução para erradicar a violência. Outras medidas são necessárias, tais como: a instituição da educação sexual desde a escola, mediante a abordagem e estudo dos processos do parto, além da mudança de paradigmas no modo de ensinar uma Medicina Obstétrica menos intervencionista, buscando erradicar a medicalização, as crenças sobre a incapacidade de parir da mulher moderna e a necessidade de intervenção a todo o momento. Em relação ao tratamento, é necessário que os profissionais tratem as mulheres de uma maneira amável, fornecendo as informações indispensáveis para uma escolha consciente e autônoma, a qual vai legitimar os procedimentos realizados durante a assistência ao parto.

ABSTRACT

This undergraduate thesis has as an objective to diagnose which is the best mean to eradicate obstetric violence and what basis these invasive technological procedures are authorized to be performed in women's bodies: is it the professional legal right from the doctor or the consent from the parturient. In this regard, the practice of obstetric violence in Brazilian maternities had been investigated through a bibliographic research, approaching common procedures in health institutions, where many women have their constitutional rights violated by being submitted to invasive, humiliating and unnecessary procedures during childbirth and postpartum period. This being said, research into alternatives to inhibit the wrong conducts. Beyond the criminalization of these practices be an alternative which could impulse changes, it's been concluded that it is not the best solution for this violence. Other measures are necessary, such as the institution of sexual education from school, through an approach and study of childbirth processes, in addition to changing paradigms in the way of using less interventionist obstetric medicine. Looking to eradicate the medicalisation, the beliefs around the incapacity of the modern women to give birth and the necessity to intervene at any time. In relation to the treatment, it's necessary that the professionals treat women in a kind way, providing the information essential for a conscious and autonomous choice, which will legitimize the procedures performed during childbirth care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO	14
2.1.	O MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DO PARTO COMO UMA PRÁTICA SOCIAL.....	14
2.1.1.	A Assistência ao Parto na Antiguidade.....	15
2.1.2.	O Cristianismo e a Misoginia	19
2.1.3.	A Revolução Francesa e a Justificativa da Inferioridade Biológica das Mulheres	25
2.1.4.	A Prática da Cesariana e Obstetrícia Mutiladora	27
2.1.5.	O Parto Moderno para a Mulher Moderna e as Contradições	30
2.2.	OS PRIMÓRDIOS DA OBSTETRÍCIA BRASILEIRA	35
2.3.	O ALTO ÍNDICE DE CESÁREAS NO MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO E OS MOVIMENTOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO PELO MOVIMENTO FEMINISTA	36
3	OS DIREITOS DAS MULHERES E A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	39
3.1.	OS DIREITOS DAS MULHERES E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	39
3.1.1.	Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma Experiência de Parto Positiva e a Caracterização da Violência Obstétrica....	44
3.2.	AS PRINCIPAIS VIOLÊNCIAS RELATADAS PELAS MULHERES	47
3.2.1.	Proibição do Acompanhante.....	47
3.2.2.	Restrição da Escolha do Local de Parto	48
3.3.	PROCEDIMENTOS INVASIVOS	50
3.3.1.	Episiotomia de Rotina	50
3.3.2.	Exames de Toque e Aceleração do Parto.....	52
3.3.3.	Atendimento Desumanizado e Degradante.....	53
3.3.4.	Cesariana Eletiva	55
3.4.	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O ABORTO	58
3.5.	VIOLAÇÃO DO DIREITO DO RECÉM-NASCIDO	59
3.6.	PLANO DE PARTO COMO FORMA DE PROTEÇÃO E ESCLARECIMENTO	65
4	ÉTICA E DIREITO PENAL DA MEDICINA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	67
4.1.	O CONFLITO ENTRE A ÉTICA HIPOCRÁTICA, PATERNALISTA E A ÉTICA DA AUTONOMIA	67
4.2.	A INTERVENÇÃO OBSTÉTRICA ARBITRÁRIA COMO LESÃO CORPORAL.....	75

4.3. A INTERVENÇÃO OBSTÉTRICA ARBITRÁRIA COMO CONSTRANGIMENTO ILEGAL.....	78
4.4. PROJETOS DE LEI QUE VISAM ATIPIFICAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	81
4.5. ALTERNATIVAS DIVERSAS À CRIMINALIZAÇÃO	86
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia tem por escopo a necessidade de proteção dos direitos sexuais e reprodutivos, da autonomia e da dignidade da mulher e do bebê durante o pré-natal, parto e pós-parto. Portanto, esse trabalho analisa os procedimentos padrão realizados nas maternidades, que violam a dignidade e autonomia das mulheres, e de que forma essas violações são juridicamente relevantes para o direito penal brasileiro.

O tema vem ganhando destaque como reflexo do empoderamento feminino, impulsionado pelo movimento feminista que questiona os mecanismos de controle sobre o corpo da mulher. Nesse sentido, encara-se a assistência ao parto como prática social, reflexo de uma sociedade sexista e misógina, a qual destitui de qualquer autonomia de vontade suas cidadãs, principalmente as gestantes, em momento de completa vulnerabilidade. A falta de mecanismos de coibição para a violação dos direitos das mulheres é reflexo de um patriarcado, marcado e influenciado por crenças depreciativas em relação ao feminino. Ademais, salienta-se a importância e a vulnerabilidade dos bens jurídicos com os quais os profissionais lidam durante a assistência ao parto, quais sejam: a vida, a saúde, a autonomia e a liberdade das parturientes e dos seus filhos – bens que possuem relevância não apenas teórica, mas sobretudo prática, já que se referem a situações recorrentes que as mulheres e os profissionais certamente enfrentarão durante os processos do parto. A concepção patológica do parto natural - marcado por diversas intervenções invasivas e dolorosas, em contraponto com o avanço da tecnologia no setor da saúde e a facilidade da realização de cirurgias - traz consigo novos desafios e conflitos que, igualmente, demandam a atenção dos estudiosos do direito penal.

A razão que ensejou a escolha desse tema está fundada nos diversos relatos de tratamentos vexatórios e humilhantes constantemente observados nas maternidades brasileiras e a ausência de mecanismos, inclusive legais, para desestimular e punir as referidas práticas. Nesse sentido, o problema se apresenta no modelo técnico-assistencial moderno do parto como patologia, momento em que a equipe médica nega informações sobre os procedimentos a que a mulher será submetida. Ao mesmo tempo, os profissionais dessa área ignoram – provavelmente por questões culturais – a dignidade daquela que viverá um momento único e sempre definitivo, na sua vida e na vida daquele ser gerado no seu ventre.

Diante disso, a problemática analisada teve como suporte a seguinte pergunta: qual a melhor maneira para erradicar a violência obstétrica e o que, efetivamente, autoriza os procedimentos invasivos e tecnológicos no corpo das mulheres?

A metodologia utilizada é a qualitativa, de natureza exploratória. Nesse sentido, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, documental e jurisprudencial de maneira a que se permita o conhecimento dos casos concretos. Para tanto, buscou-se a base conceitual na doutrina brasileira e estrangeira e o método de abordagem é dedutivo. Importante salientar que o Direito Penal da Medicina é uma área ainda pouco explorada pela doutrina brasileira, principalmente quando comparada ao atual estado das discussões em países estrangeiros, no quais o debate nem só já existe, mas vem sofrendo grandes transformações. Ademais, essas problemáticas são de difícil solução ante a contrariedade de muitos dispositivos na legislação penal, civil e nas normativas editadas pelo Conselho Federal de Medicina referentes ao exercício de direitos fundamentais dos pacientes, que deveriam ser objeto de instrumentos legislativos.

As hipóteses da pesquisa fizeram os seguintes questionamentos: qual é o modelo técnico-assistencial de parto da sociedade brasileira atual? Quais os paradigmas éticos que autorizam procedimentos indicados e não indicados? De que maneira as intervenções obstétricas arbitrárias são tratadas no ordenamento jurídico brasileiro? Quais são as possíveis condutas enquadradas e o tipo penal que essa violência compreende? A tipificação e responsabilização no âmbito penal seria medida mais justa?

O Objetivo Geral dessa monografia foi o de demonstrar que a ausência de coibição, para práticas violentas, bem como a necessidade de resignificação do fundamento que justifica as intervenções obstétricas ferem os direitos de autodeterminação e dignidade da parturiente e do recém-nascido.

Os Objetivos Específicos foram os de analisar qual é a concepção do modelo técnico-assistencial do parto brasileiro, quais direitos são violados por condutas censuráveis por parte dos profissionais da saúde em maternidades brasileiras, a diferença de abordagem da ética hipocrática e da ética da autonomia, os crimes que se amoldam à descrição das condutas violentas obstétricas e, ainda, a alternativa de proposição de um tipo penal específico que promova a proibição dessas práticas, bem como alternativas diversas à criminalização.

Este trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, foi feito apanhado histórico dos modelos técnico-assistenciais do parto no decorrer das

civilizações até a modernidade. Nesse contexto, realizou-se correlação entre o status social da mulher durante a história das civilizações, suas respectivas crenças religiosas e, posteriormente, científicas, para diagnosticar as heranças sócio culturais herdadas de pensamentos misóginos e discriminatórios, os quais constituíram o continente europeu e, conseqüentemente, os países colonizados, caso em que o Brasil se enquadra. Para além da tradução científica, a assistência ao parto é encarada como construção social e expressão das relações de poder utilizadas pela sociedade. Ademais foi feita correlação entre o modelo assistencial brasileiro, a alta cirurgificação do parto, os procedimentos agressivos durante o parto normal e os movimentos para a humanização fomentados pelo movimento feminista.

No segundo capítulo, foram abordados o direito de dignidade, autonomia e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sob o advento da Constituição Federal de 1988. Também foram abordadas as recomendações para um parto positivo editadas pela Organização Mundial de Saúde e a construção do conceito de violência obstétrica no Brasil fundado no Dossiê “Parirás com Dor” e na trilogia “O Renascimento do Parto”. Seguidamente foi feito diagnóstico das práticas rotineiras violentas, perpassadas por maus tratos, procedimentos invasivos e desnecessários tanto nas parturientes como nos recém-nascidos. Por último, foi apresentado o plano de parto como alternativa para proteção e esclarecimento sobre a assistência pela equipe médica durante o pré-natal, parto e pós parto imediato.

No terceiro capítulo, as intervenções obstétricas foram analisadas sob a perspectiva da ética da autonomia do paciente, contrastadas com a ética hipocrática, a qual fundamenta a maior parte dos procedimentos no âmbito médico. Foram analisadas as possibilidades de enquadramento das condutas violentas como crime de Lesão Corporal e/ou Constrangimento Ilegal e as contradições doutrinárias nesse contexto. Ademais, foi feita análise dos três projetos de lei que tramitam na Câmara dos Deputados que visam a criminalização das práticas definidas como violência obstétrica. Por derradeiro, foram propostas alternativas diversas à criminalização.

Salienta-se que, neste trabalho, não há pretensão desrespeitosa aos indivíduos que professam a religião católica, o intuito da abordagem é apenas discorrer sobre construções sociais que foram impulsionadas pelo catolicismo radical e ferrenho, principalmente durante o período da inquisição. Devem-se respeitar todas as pessoas e suas respectivas crenças. Ademais, as interpretações sobre os textos sagrados são diversas e não há verdade absoluta, portanto aqui jaz apenas uma linha de entendimento.

2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

2.1. O MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DO PARTO COMO UMA PRÁTICA SOCIAL

Como forma de analisar esse tipo de violência contra mulher, esta monografia encara o modelo técnico-assistencial do parto como uma prática social de expressão das relações de poder utilizadas pela sociedade. Nesse sentido, sendo uma violência de vítimas específicas do sexo feminino, é importante analisar, ainda que de forma breve, o contexto histórico que molda as práticas medicinais e a forma como as sociedades desconstroem o papel das mulheres no decorrer das civilizações até a modernidade. Segundo a médica Carmen Simone Grilo Diniz¹, as abordagens médicas necessitam ser analisadas para além da tradução médica, como construção social, especialmente no que diz respeito às questões relativas à sexualidade e ao modelo de parto. A ideia principal dessas propostas de mudança tem a finalidade de que as mulheres sejam protagonistas dos seus processos reprodutivos para que exerçam de forma plena o papel de sujeitos efetivos da sua saúde, promovendo uma relação autônoma e livre com seus corpos. O questionamento das práticas médicas durante a assistência às parturientes não objetiva invalidar os trabalhos profissionais na área da obstetrícia, mas entender que nenhuma instituição deve ser inquestionável, ante a necessidade de aprimorar um serviço que é prestado à sociedade.

Recentemente, muito se tem debatido sobre a humanização da assistência ao parto, pauta impulsionada pelo movimento feminista, que questiona os mecanismos de controle do corpo e dos processos reprodutivos da mulher. Entretanto, sabe-se que não houve grandes mudanças nas crenças depreciativas sobre o corpo das mulheres desde o período em que iniciou o movimento, ante a ausência de debate sobre temas como a violência obstétrica que, ainda hoje, é considerado inovador. Assim, a sociedade moderna encara o parto como patológico e arriscado, impulsionando o conhecimento geral da incapacidade da mulher moderna em ter o poder de parir sem grandes interferências tecnológicas. Nesse contexto, há grande resistência entre os profissionais

¹Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. Disponível em https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 26/08/2020

em compartilhar decisões com as mulheres e abandonar procedimentos intervencionistas. Importante salientar, que apesar do termo “violência obstétrica” fazer menção ao profissional obstetra, essas práticas não ficam restritas ao médico e podem ser perpetradas por qualquer agente de saúde que preste assistência à parturiente.

No contexto brasileiro, segundo Berquó e cols. (1995, apud DINIZ 1996, p.2), é importante considerar o modelo técnico-assistencial do parto juntamente com outros fatores problemáticos, que inclui um alto índice de cesarianas, combinado com o despreparo dos profissionais para o parto natural e o sucateamento dos hospitais públicos, que se apresentam completamente sem estrutura para o suporte das parturientes. Portanto, há risco de vida até para as gestantes mais saudáveis e seus filhos, fator que causa grande impacto nos índices de morbidade materna e fetal.

A fim de localizar o modelo de assistência ao parto brasileiro, essa monografia constrói uma ligação entre a História das civilizações e suas crenças religiosas e, posteriormente, científicas para diagnosticar as heranças sócio culturais herdadas de pensamentos misóginos e discriminatórios, os quais constituíram o continente europeu e, conseqüentemente, os países colonizados, caso em que o Brasil se enquadra.

2.1.1. A Assistência ao Parto na Antiguidade

Diversos historiadores afirmam que a assistência ao parto foi a primeira forma de observação de fenômenos corporais e, conseqüentemente, as parteiras foram as pioneiras em praticar uma espécie de medicina rudimentar. Entretanto, a história da assistência ao parto e da medicina, originalmente, são diferentes, tendo convergido na maior parte do ocidente.² O fenômeno do parto, invariavelmente, é marcado por relatos dramáticos e sofridos em todas as sociedades, contudo existem outras dimensões a serem consideradas no processo, não sendo apenas um episódio dolorido de vulnerabilidade da mulher e do feto, mas o momento de puro empoderamento natural e poder biológico das parturientes. É importante observar que há grande ligação entre as crenças religiosas da sociedade, o status social da mulher e o modelo técnico-assistencial do parto.

²Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 37. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 27/08/2020.

O Período da Antiguidade foi marcado por uma assistência ao parto bastante técnica e sofisticada, protagonismo feminino e respeito aos processos naturais dos corpos das mulheres, havendo interferências tecnológicas apenas se houvessem complicações.³ Salienta-se que não há intenção de romantizar os trabalhos de parto daquela época, pois os avanços da ciência e medicina trouxeram segurança e tecnologia para salvar vidas de muitas parturientes e dos seus fetos, entretanto é importante delinear os aspectos positivos de autonomia e protagonismo das gestantes que foram praticamente perdidos com a evolução do conhecimento científico e da medicina, espaços predominantemente masculinos. Ademais, percebe-se que a assistência ao parto, a sexualidade e o papel das mulheres está intimamente ligado às crenças e rituais de cada época, havendo ligação muito forte entre a assistência à saúde e as características religiosas dos povos. Nesse sentido, o apanhado geral de crenças é necessário para diagnosticar o atual modelo técnico-assistencial do parto na sociedade moderna.

Segundo O'Dowd e Philipp (1994, apud DINIZ 1996, p. 38-41), os primeiros registros da história da obstetrícia têm origem na Índia, iniciada com a antiga cultura védica por volta dos 3.000 a.C. Verifica-se que a sociedade indiana era marcada por crenças em que o feminino era bastante estimado, sendo a saúde feminina tão importante quanto a masculina. As divindades hindus eram frequentemente retratadas durante o parto e amplamente professadas pela população, fato que fortalecia a figura da parturiente. Segundo Briquet (1958, apud DINIZ 1996, p.39), havia entre as famílias abastadas a cultura da construção de cômodos especificamente destinados aos trabalhos de parto e os médicos intervinham apenas em casos de complicações, chamando atenção para o desenvolvimento avançado das técnicas de correção de posições fetais, deformidades da cabeça e da pelve. Importante citar que a literatura dos textos sagrados indianos, expõe naturalmente os processos do corpo feminino, abordando fenômenos como a menstruação, fertilidade e prazer sexual de ambos os sexos. Além disso, o Kama Sutra⁴, amplamente estudado e difundido na sociedade indiana, descreve o prazer sexual como tão essencial ao corpo humano quanto a comida. Nesse sentido, conforme Fowkes

³Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 42,51,53,80. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 27/08/2020.

⁴Livro indiano escrito ou editado por Vatsayana que descreve o comportamento sexual humano. Além de posições sexuais, o livro trata do ato e do prazer sexual em si, abordando padrões de comportamento.

(1990, apud DINIZ 1996, p.40), percebe-se um antagonismo com o mundo ocidental, marcado pela culpa e o pecado nas relações sexuais, reflexos da cultura cristã, instituída pela Igreja Católica.

Em outra perspectiva, no Egito Antigo, período que compreende entre 3100 a.C e 30 a.C, a Medicina era praticada interligada com as atividades religiosas, pois o dom da cura era considerado divino, ocasião em que existiram os “templos- hospitais”. O papel das mulheres era exaltado pela presença da Deusa Ísis, protetora da Medicina, da espécie humana, da magia, dos encantamentos, da fecundidade, da maternidade e protetora das mulheres em todos os problemas peculiares ao sexo. Segundo Diaz Gonzales (1950, apud DINIZ 1996, p.40-45), havia escolas anexas aos templos Egípcios onde se estudava medicina, usava-se uma sofisticada e exótica farmacopeia, faziam rituais e rezas durante o parto. Conforme Tyldesley (1994, apud DINIZ 1996, p.43-44), o melhor lugar da antiguidade para se nascer mulher era no período dinástico do Egito, já que as mulheres gozavam de independência legal, social e sexual; tinham direito à propriedade, à comercialização de bens, trabalhavam fora de casa, podiam casar com estrangeiros, morar sozinhas e inclusive assumir o trono se pertencessem à família real. Nesse sentido, a mulher mais famosa do Egito, e provavelmente da humanidade, foi a rainha Cleópatra. Em relação ao modelo de assistência ao parto, segundo O’Dowd e Phillip (1994, apud DINIZ 1996, p. 38-48), os homens não participavam da assistência e, em casos de complicações, eles praticavam a craniotomia,⁵ fato que veio a ser denominado de “obstetrícia destrutiva”. A partir dos papiros decifrados e das evidências arqueológicas, sabe-se que havia descrições das chamadas cadeiras de parir, fixas, feitas de tijolo ou outros materiais. Ademais, o papiro Kahun, datado de 1850 a.C, prescrevia dezessete orientações sobre gravidez e fertilidade, havendo o diagnóstico de prolapso, câncer uterino, infecções reprodutivas e urinárias, além de técnicas que auxiliavam na escolha do sexo do feto. Também são mencionados métodos contraceptivos, orientações para a assistência à parturição, indução do parto, estímulo à lactação, tratamento de doenças dos seios e métodos para regular menstruação. Nessa feita, é importante destacar o desenvolvimento técnico baseado na observação empírica do povo Egípcio,

⁵Craniotomia: abertura cirúrgica do crânio realizada com o objetivo de se chegar ao encéfalo. Segundo DINIZ 1996, p.168 : “a craniotomia consistia na perfuração da cabeça fetal, que permitia segurá-la com firmeza para seu esmagamento com o cranioclasta.”

desenvolvido há mais de três milênios. Salienta-se que, nessa civilização, o contexto religioso estimulava o desenvolvimento da sexualidade e da reprodução⁶.

Na perspectiva da civilização romana Segundo Atchembeg e Brooke (1991, apud DINIZ 1996, p.57), sabe-se que era praticada sofisticada técnica de assistência ao parto, havendo cuidados desde a gravidez até o momento do parto, quando as mulheres praticavam exercícios físicos, respiratórios, massagens e administração de medicamentos, interligados aos rituais religiosos. O modelo técnico-assistencial do parto estava relacionado a práticas para aumentar fertilidade e também regulá-la com um arsenal vasto em contracepção e métodos abortivos. Havia utilização de instrumentos como o fórceps e muitos outros, os quais foram achados em escavações na Pompéia. Também há conhecimento no sentido de que os Egípcios e os Gregos usavam anestésicos e antissépticos durante a prática cirúrgica, o que sugere que essa tecnologia também era utilizada durante a assistência ao parto. Importante citar que Barbaut (1990, apud DINIZ 1996, p. 70-73) afirma que durante o Apogeu de Roma os métodos contraceptivos e o aborto eram bastante utilizados, conseqüentemente o índice de fecundidade era baixo, havendo políticas de incentivo às mulheres que gestassem. As mulheres tinham direito à herança, ao divórcio e à profissionalização.⁷

Importante abordar o fato de que alguns historiadores entendem a independência das mulheres romanas com certa revolta, em especial no que diz respeito à esfera reprodutiva e sexual, dependendo dos valores predominantes em suas respectivas épocas. Segundo Carcopino (1990, apud DINIZ 1996, p. 71), era um absurdo o fato de as romanas recusarem função materna, dedicando-se à outras esferas à exemplo da retórica, gramática, lutas, política e teatro. No mesmo sentido, ele considera que a liberdade dessas mulheres levou à libertinagem e à dissolução dos laços familiares. A modernidade das práticas sexuais e o aborto, embora legalizado em Roma, gerou

⁶Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 41-45. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 26/08/2020

⁷Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 70-73. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

juízos negativos de diversos escritores,⁸ os quais que insistem que as médicas romanas praticavam aborto criminoso, apesar de legal.

2.1.2. O Cristianismo e a Misoginia

O principal choque que as romanas sofrem quanto à sexualidade, à assistência ao parto e aos métodos abortivos ocorre quando o Império Romano se cristianiza. Na época da Roma pagã⁹, havia coexistência entre diversos Deuses e Deusas, contudo a era da Igreja introduz o culto a apenas um Deus, sendo que qualquer oposição à crença cristã era punida com pena de morte. As referidas mudanças impactaram igualmente o papel das mulheres, a assistência ao parto e as práticas sexuais já que a representação de diversas Deusas foram sincretizadas pela imagem da Virgem Maria.¹⁰

É possível perceber o antagonismo da cultura hebraica patriarcal em contraponto às Deusas que eram cultuadas por outros povos da Antiguidade e a relação que essas crenças tinham com o modelo de parto que se instituiu em cada época. Nesse sentido, é importante analisar criticamente o mito da criação judaico-cristão, descrito nos primeiros capítulos do livro Gênesis, na Bíblia, o qual permanece surpreendentemente impactante na sociedade atual. Segundo os escritos, o Deus Javé, incutido no imaginário social como um homem branco, velho e barbudo, não nasceu de uma mulher. Após criar o universo e todos os seres vivos, ele extraiu, do solo, seu filho Adão, sem mulher alguma, e ainda, da costela de Adão, oportunamente adormecido, pôde gerar Eva, também sem qualquer participação feminina. A única consideração que Javé fez aos

⁸ Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p.71-72. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020

⁹ “O termo **paganismo** vem do latim, *paganus*, que designava aqueles que viviam no campo. Após a cristianização do Império Romano, a Igreja passou a designar "pagão" todos àqueles que não haviam sido batizados. É importante frisar que os pagãos não eram um povo à parte, eram cidadãos romanos que viviam na zona rural. Por isso, tinham uma relação mais forte com a natureza, e prestavam-lhe homenagem assim como prestavam adoração aos diversos deuses romanos.” Matéria “ Paganismo” de Juliana Bezerra . Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/paganismo/>. Acesso 29/09/20

¹⁰Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 74-78. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020

seres humanos foi que não comessem o fruto da árvore do conhecimento do bem e do mal. Assim, transcreve-se parte do mito em (Gn 2:7-25):

“Então Javé Deus modelou o homem com a argila do solo. Soprou-lhe nas narinas um sopro de vida, e o homem tornou-se um ser vivente. Javé Deus plantou um jardim em Éden, no Oriente, e aí colocou o homem que havia modelado(...)

Javé Deus tomou o homem e colocou no jardim do Éden, para que o cultivasse e guardasse. E Javé Deus ordenou ao homem: “Você pode comer de todas as árvores do jardim. Mas não pode comer da árvore do conhecimento do bem e do mal, porque no dia em que dela comer, com certeza morrerá”.

Javé Deus disse: “Não é bom que o homem esteja sozinho. Vou fazer para ele uma auxiliar que lhe seja semelhante”. (...)

Então Javé fez cair um torpor sobre o homem, e ele dormiu. Tomou então uma costela do homem e no lugar fez crescer carne.

Depois, da costela que tinha tirado do homem, Javé Deus modelou uma mulher e apresentou-a para o homem (...).

Ora, o homem e a mulher estavam nus, porém não sentiam vergonha.

A partir dos escritos bíblicos, pode-se perceber que não havia maldade na nudez, fato que muda após Eva ser persuadida, pela serpente, a comer do fruto proibido. Nesse sentido, é da mulher que a humanidade herda o pecado original e é condenada à imperfeição, à morte e à busca da redenção. Transcreve-se o capítulo bíblico intitulado como “A origem do mal” (Gn 3:4-6):

“Então a serpente disse para a mulher: “De modo nenhum vocês morrerão. Mas Deus sabe que, no dia em que vocês comerem o fruto, os olhos de vocês vão se abrir, e vocês se tornarão como deuses, conhecedores do bem e do mal.

Então a mulher viu que a árvore tentava o apetite, era uma delícia para os olhos e desejável para adquirir discernimento. Pegou o fruto e o comeu; depois o deu também ao marido que estava com ela, e também ele comeu. Então abriram os olhos dos dois, e eles perceberam que estavam nus. Entrelaçaram folhas de figueira e fizeram tangas.”

A partir dos escritos, constata-se que a mulher, representada pela figura de Eva, trouxe o pudor e o pecado à humanidade, e até a atualidade sofre as consequências desse mal. Assim sendo, é fomentada a crença social de que o homem é sempre provocado pela atitude ou pelo corpo feminino e apenas responde a um estímulo, como se irracional fosse. Dessa forma, pode-se fazer uma analogia entre Eva ter escolhido comer o fruto proibido e, também, ser responsabilizada pela atitude do marido Adão em comê-lo. Este fato legitima a culpabilização das mulheres, até os dias de hoje, pelas violências sofridas, inclusive o estupro. De outro lado, os textos bíblicos justificam que quando há o consentimento nas relações, o ato sexual é impulsionado pela paixão que surge no corpo feminino, a qual direciona a mulher para o sofrimento, o parto, e o homem apenas

responde ao estímulo causado pela mulher, sendo sempre ela a sancionada pelo pecado. A referida reflexão é externada nas primeiras páginas do livro sagrado, que faz menção às dores do parto como punição ao fato de Eva ter trazido o pecado ao mundo “Javé Deus disse então para a mulher: Vou fazê-la sofrer muito em sua gravidez: entre dores, você dará à luz seus filhos; a paixão vai arrastar você para o marido e ele a dominará” (Gn 3:16)

Por outro lado, percebe-se que Javé justifica a punição de Adão pelo fato de ele ter dado ouvidos a sua mulher e não por ter escolhido também provar da fruta, fato que legitima até hoje a inferiorização e a deslegitimação de tudo o que o feminino sugere no ambiente familiar e até mesmo científico. Javé Deus disse para o homem: “Já que você deu ouvidos à sua mulher e comeu da árvore cujo fruto eu lhe tinha proibido comer, maldita seja a terra por sua causa” (Gn 3:17).

O pecado original, herdado de Eva, determina o status social da mulher sob a ótica religiosa cristã, deteriorando os aspectos da sexualidade e da reprodução. Os processos do parto, nesta época, são tidos como penas a serem pagas pelo cometimento do pecado e a assistência ao parto teria a função de garantir o cumprimento da sanção sem atenuantes ou minorantes. Nessa ótica, todos os homens são frutos do pecado, que é transmitido pelas relações sexuais, portanto o homem também é pecador, entretanto, a mulher é a responsável por induzi-lo a pecar.

Em outra perspectiva, a reflexão sobre o culto da virgem Maria é igualmente relevante para este trabalho, ante a atualidade da depreciação da mulher sobre as esferas sexual e reprodutiva, reflexo do pessimismo sexual cristão. Nesse sentido, Maria concebeu seu filho, Jesus Cristo, sem relações sexuais, permanecendo Imaculada, eximida do pecado pela concepção, diferentemente de todas as outras mulheres. Ademais, Maria permaneceu inviolada após o parto, pelo que se conclui que ela pariu sem placenta, fluídos ou dor, dando à luz a um filho “limpo”. Assim sendo, Maria foi a única mulher, diferente de todas as outras que não foi violada, portanto, não herdou o pecado de Eva, não merecendo sofrer as dores do parto. Dessa forma, é possível averiguar o quanto essa concepção de Maria inviolada interferiu na valorização da esfera reprodutiva e sexual e no modelo técnico-assistencial do parto, de tal forma que

houve radical modificação e transformação das imagens positivas e fortalecedoras das deusas que celebravam a sexualidade e a reprodução durante a Antiguidade.¹¹

Segundo a teóloga católica Uta Ranke-Heinemann (1996, apud DINIZ 1996, p.80-85), o Cristianismo culminou em Roma no século IV e, além das crenças em relação ao pecado carnal, havia intensa aversão à figura da mulher, cada vez mais excluída da Igreja. Outra problemática que surge é a repulsa ao conhecimento científico, momento em que se aboliu o estudo da medicina, havendo violenta destruição de bibliotecas e escolas para que os fiéis não desviassem da contemplação de Deus. Como resultado de toda essa destruição, atualmente, se conhece apenas fragmentos da vasta literatura da Roma Antiga. Também houve destruição da maioria dos templos, altares e estátuas em Roma e, obviamente, dentre os templos destruídos e abominados, estavam os relacionados à assistência ao parto, sexualidade e reprodução.¹²

Percebe-se que as Deusas e divindades da Antiguidade influenciavam a sexualidade e reprodução de maneira tolerante, com intuito de assistir ao parto num contexto de ritual de festividade, de dádiva de vida e alegria, fato que não exclui os perigos e práticas destrutivas durante as complicações. Entretanto, a era da Igreja Católica marca uma mudança de finalidade das técnicas e do modelo técnico-assistencial do parto como sanção. Ademais, quando houve a destruição da literatura, dos templos e a proibição do conhecimento científico, ocorreu um período de estagnação, sendo assim, os textos romanos datados do século II seriam as melhores obras da ginecologia e obstetrícia até o século XVIII. A predominância do cristianismo no Ocidente impactou substancialmente a assistência ao parto, sendo que, o ofício das parteiras durante a Idade Média foi visto como sujo. A predominante misoginia também impediu os homens de assistir os trabalhos de parto já que os órgãos reprodutores eram vistos como pecado.¹³

¹¹Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 59-91. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020.

¹²Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 75-77. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020.

¹³Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 77-80 Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020.

Os cultos pagãos e a visão sexual e reprodutiva atrelada a eles resistiram, porém sofreram repressão por toda a história do cristianismo. Nesse sentido, há raros registros em relação às práticas de assistência aos partos desse período, fato que reflete a mudança na condição da mulher nessa época. Nesse sentido transcreve-se o trabalho de Simone Grilo Diniz:

“Se o *status* social das mulheres na Antiguidade variou muito entre épocas históricas, entre diferentes sociedades e entre diferentes mulheres em uma mesma sociedade, o advento da misoginia cristã vem superpor a essa variabilidade a instituição teológica da inferioridade moral e da culpa essencial das mulheres, associada à noção de pecado original como marca da sexualidade e da reprodução. Essa marca, sobretudo no que diz respeito à autoridade das mulheres sobre as esferas sexual e reprodutiva está presente até hoje, de maneira surpreendentemente atual.”¹⁴

Em outra perspectiva, da leitura da Bíblia sagrada, percebe-se a aversão ao sangue feminino, principalmente ao sangue menstrual, havendo convencimento de que a menstruação era venenosa e que tudo o que a mulher tocasse, durante esse período, ficaria impuro. Acreditava-se que sexo, durante o sangramento, gerava prole leprosa ou possuída pelo demônio, motivo pelo qual se punia as mulheres que geravam filhos com alguma síndrome. Já o sangue proveniente do parto, era considerado mais perigoso que o menstrual, tanto que a parturiente permanecia impura por mais tempo e também havia a necessidade de reconciliação para com a Igreja. Nesse sentido, transcreve-se parte da Bíblia:

“Quando uma mulher conceber e der à luz um menino, ficará impura durante sete dias, como durante a menstruação (...) e durante trinta e três dias, ela ainda ficará se purificando do seu sangue. Não poderá tocar nenhuma coisa consagrada, nem ir ao santuário, enquanto não terminar o tempo da purificação. Se der à luz uma menina, ficará impura durante duas semanas, como durante sua menstruação; e ficará mais sessenta e seis dias purificando-se do seu sangue (...)”

“Quando a mulher tiver terminado o período da sua purificação, seja por menino, seja por menina, levará ao sacerdote, na entrada da tenda da reunião, um cordeiro de um ano para o holocausto, e um pombinho ou rola para o sacrifício pelo pecado.” (Lv,12:1-8).”

Constata-se, a partir desses trechos, que apenas o fato de nascer uma mulher, já exigia a necessidade de purificação em dobro, herança do mito da criação. Ademais a

¹⁴Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 79. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020.

mulher é quem fica suja pelo cometimento do pecado e apenas ela precisa de purificação, eximindo do ato os homens que também participaram na fecundação. Sob tais preceitos, o cristianismo se difundiu por toda a Europa, apesar das culturas pagãs terem resistido sob violenta repressão.

O cristianismo Medieval abominava a figura da parteira, pois estava intimamente atrelada aos cultos pagãos, os quais valorizavam o protagonismo e a autonomia feminina por meio de métodos contraceptivos, abortivos e anestésicos que facilitavam o trabalho de parto. A aversão às mulheres e à sexualidade refletiu na instituição do celibato dos sacerdotes. Nesse sentido, o Papa Inocêncio II, disse que se os padres são templos de Deus, seria ofensivo à sua dignidade, deitar-se no leito nupcial e desfrutar do pecado, vivendo na impureza.¹⁵

No período da Alta Idade Média, ocorreu o ápice da teologia e da misoginia, época em que houve intensa influência da desqualificação agostiniana, que foi absorvida pelos teólogos escolásticos Alberto Magno e Tomás de Aquino. Os teólogos pregavam que o desejo e a reprodução eram fruto do pecado original, sempre transmitido aos homens, e que a existência da mulher era um erro, decorrência de um homem malformado, uma espécie de síndrome. Assim, havia a crença de que a mulher era apenas o vaso onde o princípio masculino era depositado, sendo que o sêmen já conteria um “homem inteiro”. A mulher só existiria por uma falha no processo de desenvolvimento desse embrião. Nesse sentido, qualquer que fosse a interferência no desenvolvimento desse homem era pecado, até mesmo a contracepção. Nessa época, a contracepção e o assassinato eram a mesma coisa, refletindo nas legislações penais desse período e sendo sancionados com pena de morte os casos de contracepção ou aborto. Importante para este trabalho salientar que havia punições severas a quem utilizasse qualquer tipo de anestesia ou controle das dores do corpo das mulheres durante a assistência ao parto, já que as mulheres estariam pagando a pena pelo pecado cometido por Eva.¹⁶

¹⁵Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 84-87 Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AĀnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

¹⁶Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p.81-91. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AĀnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

Em relação ao período de perseguições pela Igreja, salienta-se a obra denominada *Malleus Maleficarum*, que legitimou a perseguição e assassinato das mulheres acusadas de bruxaria e outros atos praticados durante o período conhecido como Inquisição. A obra se revelou como um Código Penal redigido por fanáticos criminosos, justificando vários tipos de atrocidades, principalmente contra as mulheres, sob a justificativa de enaltecer Cristo. Nesse sentido, o Papa Inocêncio VII dá poderes aos inquisidores, transformando a obra em um Manual de tortura e assassinato como forma justiça pelo “legislador”. Ademais, a obra era bastante puritana e nem mesmo mencionar os órgãos sexuais era permitido. Uma das teses do livro é de que a habilidade de curar é obra do demônio, que se manifesta através das bruxas e que a parteira é o pior tipo de mulher e bruxa. Justificavam os assassinatos das mulheres, ou bruxas, contando histórias perversas nas quais as parteiras matavam, bebiam o sangue e ofertavam em ritual os bebês recém nascidos. A censura e a repressão das ervas contraceptivas e abortivas também eram muito recorrentes. Nessa época, também punia-se a mulher que gerasse o filho com alguma imperfeição, às vezes com pena de morte, pois o fato era interpretado como um castigo divino, presumindo-se o desrespeito à lei sagrada, que proibia relações durante a menstruação, domingos ou em dia de jejum. A grande marca da perseguição à bruxa é o pensamento antisssexual da Igreja, pois o sexo era se render aos desejos do corpo “sujo” e trair a fé. A “bruxa” não tinha vergonha de ser mulher, nem de aplicar os conhecimentos baseados na experiência em assistência ao parto e por isso era tão ameaçadora para os cristãos da época.¹⁷

2.1.3. A Revolução Francesa e a Justificativa da Inferioridade Biológica das Mulheres

O Iluminismo e a Revolução Francesa trouxeram outra perspectiva em relação ao status social da mulher na sociedade, já que a revolução pregava o ideal da igualdade e a mulher não poderia mais ser encarada como um ser inferior justificado pelo pecado original. Era preciso ajustar os conceitos para que se pudesse justificar e legitimar cientificamente a estrutura de desigualdade social entre a mulher e o homem. Nesse

¹⁷Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 100-110. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em: 31/08/2020

sentido, foi conveniente separar e diferenciar os dois sexos desde a sua constituição, descrevendo a mulher como física e intelectualmente inferior ao homem. Assim se propôs a ciência, a justificar pelo tamanho do crânio, menor, a desqualificação da mulher para atividade intelectual e pelos ossos largos da pélvis, a função única e exclusiva de reprodutora da espécie e submissa aos homens inteligentes. Ademais, a mulher era considerada mais sugestível, mais frágil, instável e irracional pela variação de hormônios durante o ciclo menstrual e, por isso, desqualificada para ocupar posição política.¹⁸

Nessa nova perspectiva, a mulher deixou de ser um defeito no desenvolvimento do embrião homem e passou a ser diferente desde sua origem, naturalmente subordinada e inferior, que não vive para si mesma, mas para a multiplicação da espécie. Forma-se a concepção de que a mulher nasceu para a ternura, paciência, docilidade a fim de manter a estrutura familiar. Por outro lado, o interesse em analisar os órgãos reprodutivos da mulher estava nos olhos frios da ciência e, superada a responsabilidade pelo pecado original, passou à condição de ser biologicamente frágil, naturalmente propensa à morte pela gravidez, motivo pelo qual era necessária a tutela masculina no momento de vulnerabilidade natural, o parto. Nessa perspectiva, o útero obteve status de órgão nobre, pois dele dependia a perpetuação da espécie e a constituição da família, sendo o controle populacional preocupação estatal, porquanto houve a proibição da prática do aborto e dos métodos anticoncepcionais.¹⁹

O útero passou a ser de interesse da ciência e, principalmente, do poder público pela importância para a perpetuação da espécie humana. Assim, o modelo em que as parteiras assistiam o parto já não era mais aceitável ante as características instáveis, irracionais e frágeis da mulher, não possuindo os requisitos para a tarefa de assistir ao parto. Nessa perspectiva, houve o interesse de confinar o parto para observação sistemática do corpo nos hospitais e, ao mesmo tempo, deslegitimar a figura da mulher como assistente de parto. O novo modelo gerou bastante relutância das gestantes e parturientes, as quais fugiam dos obstetras, sentindo-se constrangidas em expor suas

¹⁸Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 111 -114. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

¹⁹Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 114-116. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

partes íntimas aos homens cientistas. Esse modelo de inferiorização da mulher foi importantíssimo para a não aceitação da figura da parteira nos hospitais, já que era necessária uma releitura para a construção de uma ciência objetiva e masculina. A vulnerabilidade da mulher durante o parto necessitava a entrada dos homens no cenário, pois elas eram tão frágeis que precisavam de tutela. Dessa forma, a obstetrícia se constitui como uma especialidade incorporada ao conhecimento médico.²⁰ Nessa feita, transcreve-se Simone Grilo Diniz:

“Mas, se o útero era de fato um assunto da ciência e de interesse público, não poderia mais ser deixado nas mãos das próprias mulheres. A técnica e o conhecimento, leigo e culto, que as parteiras desenvolveram eram agora incompatíveis com o modelo dos dois sexos, que instituiu que as mulheres eram por definição, irracionais, moralmente instáveis, incapazes da observação objetiva. Seus atributos naturais eram incompatíveis com a seriedade que a tarefa demandava”²¹

Importante referir que os valores Iluministas de liberdade e essenciais de autonomia individual não atingiram a medicina em geral, sendo que os médicos, em todas as especialidades, costumavam decidir em nome dos pacientes, mantendo uma postura paternalista até metade do século XX.²²

2.1.4. A Prática da Cesariana e Obstetrícia Mutiladora

O procedimento da cesariana foi realizado desde sempre, na mulher morta, com a finalidade de salvar a vida do feto ou a fim de permitir enterros individuais. A prática nas mulheres vivas também está presente na assistência ao parto desde muito antes das teorias bacteriológicas e antissépticas, sendo considerada um procedimento sinônimo da morte, fato que só mudou na metade do século passado. Apesar de, inicialmente, ter prognóstico funesto, nunca lhe faltou defensores entusiastas, sendo praticada em diversas mulheres. No início, o procedimento era estimulado, principalmente pelos

²⁰Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 114-117. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

²¹Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 115. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

²² SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.47

teólogos cristãos, já que permitia o batismo nos casos em que a mãe não resistia ao parto, justificado pelo direito de vida eterna do feto. Também foi desenvolvida a técnica do batismo intrauterino, possibilitado pela aplicação da água benta em uma seringa aplicada no útero. O referido procedimento foi defendido pelo pai da teologia do século XX, Afonso de Ligório, que sustentava que havendo a esperança de batismo ao feto, mesmo morto, apesar do risco de vida da parturiente, ela teria o dever de suportá-lo, preferindo a vida espiritual do seu fruto, à sua vida terrena.²³

Os teólogos também aconselhavam que não informassem à parturiente sobre a conduta para batizar o filho morto, já que havia a possibilidade de a mulher preferir a sua vida terrena e cometer o pecado pelo não consentimento. O referido argumento religioso foi o que impulsionou a larga indicação da cesariana, sendo depois indicada a fim de evitar e prevenir qualquer distorção durante o parto normal e assim é utilizada até hoje. Ademais, conforme a teologia moral católica, é bastante atual que a vida do feto, mesmo que improvável, deve ter precedência sobre a da mãe. Nessa linha, a gestante sequer deve ser informada sobre o assunto, sendo de interesse dos médicos, padres e, eventualmente, do genitor.²⁴

É perceptível como a lógica referida ainda impera na atualidade, citando-se o caso da criança de dez anos estuprada pelo tio no presente ano de 2020. Nesse sentido, grupos religiosos, em plena pandemia do coronavírus, se posicionaram em prol da vida do feto, em contraponto à vida da criança, que estava em risco por gestar com tão tenra idade. Assim, muitas pessoas defenderam que se prorrogasse a gestação até que o feto tivesse chance de sobrevivência para que, neste momento, se fizesse uma cesariana. Nesse sentido, apesar do Código Penal autorizar o aborto do feto fruto de estupro ou que coloque em risco a vida da gestante,²⁵ sendo ambas as previsões enquadradas ao caso, houve grande resistência de grupos religiosos que se auto intitulam pró vida.²⁶

²³Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 141-143. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 07/ 09/2020

²⁴Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 138-143 Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 07/ 09/2020

²⁵**Os casos de aborto legal estão previstos no artigo 128 do Código Penal :**

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54)

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

Em relação à cesariana, até metade do século XX, sua taxa de mortalidade era muito alta, o que ocasionava conflitos entre salvar a vida da mulher ou a do feto. Nesse sentido, houve embate constante entre os defensores da cesárea e os defensores da obstetrícia mutiladora. Importante elucidar que nesse período, se a cesariana era sinônimo de morte, a maneira mais segura residia nas práticas de arrancamento, pelas quais os médicos utilizavam arsenal de instrumentos de ferro para remover os fetos durante complicações, a exemplo do fórceps. Essas atividades de arrancamento eram utilizadas, na maioria das vezes, por homens em razão da força física e abrangiam perfuradores de crânio, compressores, instrumentos com a finalidade de fazer buracos nos crânios dos fetos para extraí-los. A prática do arrancamento era extremamente violenta tanto para as mulheres quanto para as crianças²⁷.

Importante citar a parteira inglesa, formada na França, Elizabeth Nihell, a qual condenava a instrumentação de arrancamento, ante a sua lesividade. Nesse sentido, ela sustentava que as mãos poderiam realizar tudo o que esses instrumentos fariam de maneira mais segura e menos dolorida à paciente. Elizabeth pregava que deveriam respeitar os processos naturais do corpo, sendo que as mãos menores e mais delicadas são mais adequadas como instrumento de auxílio ao parto e, por isso, as mulheres são ideais para o ofício de parteira. Apesar dos trabalhos que se opuseram à substituição das mãos pela instrumentação de ferro, houve larga disseminação do uso desses mecanismos violentos e mutiladores. A utilização dessas ferramentas ocasionou muitas deformações nas vaginas, bexiga e perfurações uterinas das mulheres e o resultado, nos fetos, eram ainda piores, ocorrendo diversas vezes a morte. No paradoxo entre uma cesárea quase sempre fatal e as técnicas de arrancamento, o parto era funesto, sendo que o feticídio e a craniotomia, em fetos vivos, foram bastante utilizados e chegaram ao

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

²⁶ Entre os grupos que se mobilizaram em frente ao centro médico para protestar contra o procedimento estão o Movimento Pró-Vida e o grupo católico pernambucano Porta Fidei, que, inclusive, teve a conta no Instagram cancelada após relacionar a interrupção da gravidez com o nazismo, além de divulgar informações sigilosas como o endereço do hospital onde o procedimento foi realizado. Uma das líderes do grupo, (...), gravou um vídeo em frente o hospital em que chama o médico de assassino. (...) Os manifestantes se ajoelharam e oraram com as mãos levantadas em frente ao hospital. Houve participação também de parlamentares integrantes de partidos que formam a chamada bancada evangélica.” Matéria disponível em :<https://veja.abril.com.br/brasil/quem-sao-os-grupos-que-tentaram-impedir-o-aborto-de-menina-de-10-anos/>, acesso em 01/10/2020

²⁷ Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 138-150 Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf. Acesso em 31/08/2020.

século XX com defensores ferrenhos. Nesse sentido, os defensores da cesárea, sustentavam o procedimento como resposta a fim de evitar os resultados dos trajetos acidentados e inseguros das mãos de ferro, construindo um trajeto não genital e independente, porém igualmente mortal, segundo as estatísticas da época.²⁸

2.1.5. O Parto Moderno para a Mulher Moderna e as Contradições

Percebe-se, na sociedade moderna, o movimento de levar um momento privado, familiar, de puro empoderamento feminino, de um lugar em que as mulheres exerciam domínio; para o hospital, um local estranho, inóspito, com pessoas completamente alheias ao convívio, cheio de máquinas e, portanto, bastante assustador para grande parte das mulheres. Nesse contexto, não é de se espantar que muitas, ao chegar ao hospital, comecem a apresentar complicações de parto, fato que, subsequentemente, os profissionais tentarão corrigir com mais adição de tecnologia. Salienta-se que o hospital é o local onde a população se direciona única e exclusivamente quando está doente, pelo que se pode concluir que a concepção do parto, na modernidade, é patológica. A migração em massa das mulheres para os hospitais, ocasionou na perda do protagonismo sobre o parto, passando o poder para as mãos dos médicos. As mulheres acabaram se conformando com padrões rígidos estabelecidos pelo sistema médico, que obriga a parir em um determinado número de horas e há um comportamento padronizado. Para a aceitação desse modelo obstétrico, era fundamental que se criasse a ideia de que as mulheres são essencialmente incompetentes, incapazes para dar conta do processo de nascimento por si mesmas. As próprias mulheres passaram a acreditar na sua incapacidade de parir seus filhos de uma forma fisiológica e natural porque a cultura contamina a sua autoestima. Nesse viés, um processo que seria para empoderar a mulher, se transformou em um mecanismo que fortalecedor para os médicos e para as corporações.²⁹ Assim, a ideia da morte materna nas mãos do médico é de uma genitora que morre por sua fragilidade, embora o profissional tenha feito o melhor tratamento possível, refletindo na crescente romantização da morte materna, naturalizada pelo

²⁸Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 138-150 Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf. Acesso em 31/08/2020

²⁹Ricardo Jones, médico obstetra, em : “O RENASCIMENTO do parto”. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.

processo biológico, fato que apenas confirma a inferioridade e fragilidade das mulheres, que precisavam ser tuteladas. Nesse sentido, transcreve-se o trabalho de Simone Grilo Diniz :³⁰

“Essa concepção das mulheres como patológicas e dependentes aumentou a construção de um modelo explicativo do parto capaz de articular. Por um lado, a justificativa da superioridade do conhecimento masculino sobre o feminino acerca da parturição, deixando claro que ao masculino cabia saber melhor sobre as mulheres do que elas mesmas, incapazes por definição desse conhecimento, agora científico; e por outro, a legitimidade natural desta superioridade de gênero que se instaurava e explicitava na própria técnica.”

Para dominar as fragilidades do parto, discipliná-las e corrigir suas imperfeições, os processos deveriam ser decifrados em seus mecanismos mais íntimos de forma a antecipar prováveis acidentes. Os acidentes passaram a ser previsíveis, momento em que muitos propuseram que alguns procedimentos fossem feitos de rotina. Nesse esforço, segundo Resende (1974, apud DINIZ 1996, p.119), desenvolveu-se, a partir do século XVIII, uma ampla classificação das *distocias*, do grego, parto disfuncional, anômalo, que compreendem as complicações e os acidentes de parto. Importante perceber que a assistência ao parto moderno foi marcada pela cirurgificação, ocasionada pela objetividade do homem em contraposição à fragilidade feminina. Foi nesse período que se desenvolveram as técnicas antagônicas de arrancamento e extração, sobre as quais houve bastante resistência fora e dentro da medicina.

Importante diagnosticar que o status da mulher como curadora e trabalhadora em prol da saúde, não exclusivamente na assistência ao parto, mas em todas as áreas foi depreciado. O fato é resultado do modelo eurocêntrico, cristão, tecno-cientificista e masculino que contribuiu para o atual modelo técnico-assistencial de parto. Necessário constatar a violência em que a mulher foi excluída, ressaltando que o processo de parir é exclusivamente feminino e que o discurso médico foi moldado em um modelo irracionalmente sexista, pelo qual se tornou autoridade e detentor dos processos reprodutivos femininos.

O nascimento humano conjuga três grandes medos da humanidade, a vida, a morte e a sexualidade e exatamente por isso, desde os primórdios da sociedade, há a

³⁰Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 119. Disponível em :https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020

necessidade de ritualizar esse momento. Consta-se que, a área médica, apesar de ser científica, utiliza de rituais próprios tecnológicos e intervencionistas para lidar com o parto. Nesse sentido, após o diagnóstico das possíveis complicações, as intervenções são irrestritamente utilizadas criando, no próprio imaginário dos profissionais de saúde, a falsa ilusão de que possuem o controle sobre a situação e é por isso que são usadas tantas tecnologias que podemos chamar de ritualísticas, pois não têm conexão com evidências científicas. A sociedade contemporânea usualmente produz veneno e depois vende o antídoto e isso ocorreu claramente com o parto.³¹

Assim que os médicos começaram a lidar com o nascimento, houve a instituição da litotomia³² como posição preferida para parir, ela surgiu exatamente para que facilitasse a realização dos procedimentos. Entretanto, como é uma posição nada fisiológica, comprime a pelve, aumentando o tempo e a dor durante o trabalho de parto, dificultando assim o nascimento da criança. A posição instituída inclusive interfere se ocorrerá e qual a extensão da laceração no momento de expulsão do bebê.³³ Nesse contexto, as contradições das práticas do parto moderno intervencionista e patológico começaram a ser contestadas por estudiosos e, uma das mais relevantes, foi o fato de que os partos das mulheres selvagens, na maioria das vezes, pareciam ser descomplicados e dificilmente eram explicados cientificamente. Entretanto, segundo Barbaut (1990, apud DINIZ 1996), a observação desse fenômeno constatou que em nenhuma hipótese as parturientes davam à luz deitadas, o que justifica a tese de que a prática civilizada é irracional. Também foi observado que as mulheres selvagens e primitivas mudavam constantemente as posições durante o trabalho de parto, respeitando os processos naturais dos corpos, havendo a prática do controle da dor por mecanismos como massagens e banhos com água quente. Assim, conclui-se que não há lógica em manter as mulheres deitadas e amarradas, entretanto, essas descobertas não revolucionaram a obstetrícia e, na atualidade, ainda se pratica o parto horizontal em ampla escala. É necessário contrastar a ausência da mudança das posições do modelo técnico-assistencial com a intensa cirurgificação da assistência ao parto atual. Além disso, houve aumento da morte fetal e materna com os métodos de extração, arrancamento e cesárea.

³¹Ricardo Jones, médico obstetra, em : “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

³²Posição horizontal

³³Mariana Bahia, doula e Educadora Perinatal, em : “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

2.1.6. A disputa de poder entre o conhecimento científico e a religião sobre os processos do corpo feminino.

No início do século XX, as práticas de arrancamento extremamente violentas e danosas tanto para a parturiente, quanto para o feto, provocaram pavor em relação ao parto hospitalar. Portanto, inúmeros recursos foram empregados a fim de atrair o público feminino para o ambiente hospitalar, incluindo sanções para pessoas que acolhiam mulheres em trabalho de parto em locais diversos. A resistência se justificava pela agressividade das técnicas e altos índices de infecção hospitalar que dizimavam as mulheres e os bebês. Ademais houve parcial rompimento entre a assistência ao parto e a religião, havendo disputa entre os médicos e religiosos para definir o papel da mulher, da reprodução e da assistência ao parto. Nesse sentido, a mulher se liberta da Igreja e do marido, mas fica a mercê do conhecimento médico e científico.³⁴

O discurso médico rumou para a prevenção das distorcias e complicações, utilizando cada vez mais tecnologias cirúrgicas e interventivas como prática de rotina a fim detalhar ou não enfrentar problemas que poderiam vir a acontecer. Já havia ocorrido a deslegitimação da figura da parteira na assistência ao parto, transferindo a detenção do conhecimento e, portanto, a tomada das decisões aos homens médicos e cientistas teoricamente conhecedores dos processos fisiológicos dos corpos femininos. Constatase o discurso que deslegitimou a mulher como assistente ao parto, nos casos em que elas tiveram que se travestir de homens para exercer a profissão de médicas cirurgiãs e parteiras, que foi o caso de Josephine Durocher, parteira no Brasil, e da doutora Mary Walker, que trabalhou como cirurgiã na guerra civil americana. Tais fatos, justificam a construção e deslegitimação da figura da mulher como indigna dos conhecimentos científicos, tendo sido excluída, inclusive, da assistência dos processos que só uma mulher pode experimentar, como gestar e parir.³⁵

³⁴Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 154-157. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AĀnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

³⁵Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 156 -160. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AĀnero.pdf. Acesso em 31/08/2020

A assistência ao parto moderno tomou a posição de se opor ao dogma religioso do pecado, reivindicando superioridade pela autoridade científica. Neste caso, se propõe a oferecer a sedação e livrar a mulher das injustas dores do parto, oferecendo segurança de um parto assistido, sem dor ou sofrimento. Ademais, formou-se o pensamento geral de que o parto natural resulta na deformação da vagina. Nesse sentido, os principais interesses da obstetrícia moderna são a prevenção da dor e a preservação original da genitália. A cesárea veio como alternativa perfeita para responder a estes dilemas. Sendo assim, o trajeto vaginal, potencialmente danoso para o feto e para a parturiente pôde ser superado e substituído, sendo a prática da cesariana uma válvula de escape e forma de liberdade para a violência do arrancamento e das adversidades naturais.³⁶

À medida que foram evoluindo as técnicas de anestesia e assepsia, houve a mudança do prognóstico da cesariana, tornando-a mais segura. Assim sendo, o corpo da mulher moderna é ditado pela incapacidade ao parto, fazendo-se necessária a prevenção do próprio processo, tornando-o cada vez menos natural, segundo as perspectivas científicas e médicas. Nesse sentido, houve a instituição de procedimentos preventivos violentos como rotina do parto natural ou a alternativa pela cesárea como fuga dessas práticas. Nesse viés, transcrevo parte do trabalho de Simone Grilo Diniz:

“O parto, evento insuportável, terrível, a que o corpo feminino está sujeito, era uma experiência a ser eliminada, sedada, apagada, alienada ao médico, que agora processava o corpo grávido passivo, imobilizado física e farmacologicamente, do qual faz sair a criança.

Na sucessão de modismos técnicos deste século, o parto vaginal médico moderno parece aos poucos tornar-se anacronismo, com sua sucessão de procedimentos inúteis, violentos, que aparentemente serviam apenas para confirmar que parir é sofrer. A assistência ao parto vaginal concebido como patologia tornou-se um conjunto de procedimentos preventivos médico-cirúrgicos que se justificavam para prevenir os acidentes que o próprio modelo provocava e confirmava.”³⁷

Assim sendo, conclui-se em relação ao parto como construção social que a mulher passou de pecadora à vítima da natureza frágil e, hoje, é a resgatada do sofrimento e da deformação genital pela figura do médico obstetra, sendo o parto uma

³⁶Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 160. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf. Acesso em 31/08/2020

³⁷Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p. 174-175. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf. Acesso em 01/10/2020

doença diagnosticável e tratável. Importante perceber que medicina foi historicamente construída em cima de um discurso que legitima o controle do corpo e da reprodução da mulher e que esses fatos se relacionam com a forma pelas quais são usados mecanismos tecnológicos atuantes no parto.

2.2. OS PRIMÓRDIOS DA OBSTETRÍCIA BRASILEIRA

No Brasil, juntamente com a chegada da Corte Real Portuguesa, em 1808, a obstetrícia médica inaugurou nas primeiras faculdades de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. As primeiras faculdades encaravam a prática obstétrica e ginecológica como patologia, conforme os moldes Europeus, já que o Brasil foi colonizado por portugueses. Assim sendo, desde os primórdios, as escolas reproduziam a visão masculina e patológica da obstetrícia. Verifica-se que só há registros do ensino da especialidade em 1818, na universidade da Bahia, sendo o estudo bastante abstrato e teórico ante a ausência de enfermeiras com capacidade para comportar as gestantes e parturientes, portanto, a especialidade carecia de ensino prático. Em 1832, foi instaurada a obrigatoriedade dos títulos de parteira, farmacêutico e médico e, portanto, era proibido exercer essas profissões sem autorização.³⁸

Em 1834, Maria Josefina Matilde Durocher, francesa, obtém o diploma de parteira no Brasil, ela costumava se vestir de homem, pois segundo a própria, exercia uma profissão masculina. A partir desse discurso, é possível constatar o quanto a figura da mulher como agente de saúde e detentora de conhecimento científico era deslegitimada, desde os primórdios, na sociedade brasileira. Ademais, importante referir que a primeira mulher a obter diploma de médica brasileira, foi Rita Lobato Velho Lopes, que se formou na Universidade da Bahia em 1887, mais de 70 anos após a fundação da primeira faculdade de medicina brasileira.³⁹

Segundo a médica Brenes, a prática obstétrica em enfermeiras de partos só foi efetivada a partir de 1875, sendo predominantemente teórica por cerca de 60 anos. Ademais, pouquíssimas pacientes procuravam esse tipo de serviço oferecido pela clínica, justificado pelo receio da prática hospitalar do parto. Constata-se que os

³⁸Brenes, A.s História da parturição no Brasil, século XIX, Cad. Saúde Pública. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002Acesso em: 19/09/20

³⁹Brenes, A.s História da parturição no Brasil, século XIX, Cad. Saúde Pública. Acesso em: 19/09/20 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002

serviços careciam de infraestrutura, eram defeituosos e as instalações bastante precárias, situação bastante semelhante à atual. O intuito das primeiras clínicas brasileiras era a efetivação da prática da obstetrícia pelos médicos formados, propiciando a observação dos fenômenos corporais femininos, sendo necessário atrair as mulheres para estes locais. Nesse sentido, houve a construção do discurso do médico que inspira confiança pelo rigor do conhecimento científico e a posse da verdade sob os processos corporais das mulheres. Ao mesmo tempo, cria-se o mito da esposa recatada, dócil e dona do lar, um ser tão frágil que somente os médicos poderiam orientar e tutelar. Houve também a criação da mulher histérica em razão do processo menstrual, que poderia ocasionar verdadeiras psicoses, justificando de outra forma a necessidade da tutela. Há também o enfoque nos crimes de infanticídio e especial atenção às perturbações psicológicas da mulher puérpera, fato que impulsionou que as mulheres se confessassem com os médicos, beneficiando-se pela sua defesa nesses processos.⁴⁰

Em outra perspectiva, a educação da mulher, desde o Brasil colônia, contribuiu para que seja excluída de qualquer noção sobre a própria fisiologia e processos do corpo feminino, legitimando novamente o discurso da necessidade da tutela médica, invalidando qualquer sugestão ou mesmo consentimento, já que ela não sabe, nem pode saber o que está acontecendo com o próprio corpo. Sendo assim, constata-se que a mera garantia do direito à saúde não previne a violência de forma suficiente, pois não abarca as peculiaridades e as necessidades das brasileiras.⁴¹

2.3. O ALTO ÍNDICE DE CESÁREAS NO MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO E OS MOVIMENTOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO PELO MOVIMENTO FEMINISTA

Não se sabe quando o discurso da incapacidade de parir surtiu efeito e passou a atrair satisfatoriamente o público feminino aos hospitais brasileiros, mas estima-se que tenha acontecido cerca de 50 ou 60 anos atrás. Nesse viés, no modelo técnico-assistencial brasileiro, a cesárea se instituiu como trajeto preferido em contraponto ao medo da dor, de lesões genitais e das crenças instituídas no coletivo de que o parto

⁴⁰Brenes, A.s História da parturição no Brasil, século XIX, Cad. Saúde Pública. Acesso em: 19/09/20 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002

⁴¹Brenes, A.s História da parturição no Brasil, século XIX, Cad. Saúde Pública. Acesso em : 19/09/20 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002

vaginal é mais arriscado. Além disso, soluciona a ansiedade da família, oferecendo resultado rápido e razoavelmente seguro e, para o médico, é o procedimento perfeito para encaixar na agenda profissional e suprimir o tempo do processo, trazendo a possibilidade de se fazer bem mais procedimentos em pouco tempo. Ademais, cita-se que professores das faculdades de medicina fomentam a crença de que o parto natural invariavelmente desfigura a vagina, transformando um mito em conhecimento acadêmico.⁴²

Verifica-se, também, que os obstetras se deparam com um grande dilema em relação à cesárea eletiva, incutida no subconsciente da sociedade como forma mais segura de parir. Nesse viés, sendo o parto natural efetivamente mais seguro, haveria vedação pelo código de ética médica em proceder com uma operação desnecessária. Entretanto, se a parturiente tiver medo absurdo do parto normal, que provoca paralisação do corpo físico, obrigar essa mulher a parir via parto vaginal seria uma forma de provocar as complicações, sendo então necessária a operação de qualquer maneira. Assim sendo, o medo do parto é considerado alto risco para complicações, portanto, uma indicação à cesárea.⁴³ Contudo, verifica-se que não há ampla informação e relevância sobre os reais riscos do procedimento. Ademais, importante a reflexão de que, nesses casos, os médicos defendem o direito da mulher de escolha em se deixar partejar ou se recusar a isto. Obviamente, as conveniências financeiras também influenciam nesse posicionamento, já que há possibilidade de se fazer vários partos em um único dia e não há inconvenientes de trabalho durante a madrugada, finais de semana ou feriados.

No Brasil, a partir da década de 1980, emergiu grande reivindicação pela humanização do parto, visto que a visão patológica do corpo feminino ocasionou à imposição de práticas preventivas violentas e desumanas, construindo a experiência de terror, impotência, alienação e dor. Reflexo dessas práticas, instituiu-se a cesárea como melhor forma de dar à luz, não para fugir dos processos naturais do corpo, mas como válvula de escape da violência institucional. Em outra perspectiva, o movimento feminista também questiona os moldes da assistência ao parto como formas de

⁴²Ricardo Jones, médico obstetra, em :O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.

⁴³Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. Disponível em :https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%AAncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. p. 177 Acesso em 31/08/2020.

prevenção do mesmo, verificando que não existe assistência, mas supressão do processo por mecanismos tecnológicos.⁴⁴

⁴⁴Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p 180 a 190. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A4ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A4nero.pdf. Acesso em 31/08/2020.

3 OS DIREITOS DAS MULHERES E A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1. OS DIREITOS DAS MULHERES E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

A Constituição Federal de 1988 positivou conquistas formais importantes para as brasileiras quando garantiu, no caput do seu artigo 5º, a isonomia, sendo vedada a distinção de qualquer natureza.⁴⁵ Entretanto, a garantia da igualdade formal não é suficiente, pois não abarca os desequilíbrios causados pela diferenciação natural dos gêneros masculino e feminino. No que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, por características biológicas, só as mulheres gestam e dão à luz, portanto a ausência de mecanismos estatais para coibir a violência obstétrica, durante o processo de gestar e parir, violam o princípio da igualdade e o direito a não discriminação. Assim sendo, é necessário adotar políticas e medidas que garantam às mulheres, vítimas de violência, o acesso aos direitos e bens da vida considerando seus aspectos peculiares biológicos.⁴⁶

Salienta-se que as críticas feministas aos direitos humanos fomentam o questionamento sobre os momentos em que se espera o tratamento isonômico, em contraponto aos momentos em que a condição de igualdade inferioriza a mulher e, portanto, são necessárias medidas para a diferenciação em decorrência das peculiaridades.⁴⁷

Importante destacar o posicionamento de Leila Garcia⁴⁸, no que diz respeito à manifestação da desigualdade de gênero pela violência e, principalmente ao fato de que,

⁴⁵Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

⁴⁶ ALMEIDA, Marina. “ESSE REPARO QUE TÁ COMEÇANDO AGORA LEVOU DOZE ANOS”: direitos humanos das mulheres à saúde e estudo do caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito UniRitter, Porto Alegre. Acesso 23/09/20

⁴⁷ ALMEIDA, Marina. “ESSE REPARO QUE TÁ COMEÇANDO AGORA LEVOU DOZE ANOS”: direitos humanos das mulheres à saúde e estudo do caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito UniRitter, Porto Alegre. Acesso 23/09/20

⁴⁸Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência por Leila Posenato Garcia, Elisabeth Carmen Duarte, Lucia Rolim Santana de Freitas e Gabriela Drummond Marques da Silva. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00011415.pdf>. Acesso 23/09/2020

diversas vezes, não há reação do público feminino pela crença em sua vulnerabilidade ou mesmo por não haver consciência do enfrentando de uma forma de violência, fato que é tangível quando se abordam episódios de violência obstétrica. Nessa perspectiva, usualmente as parturientes confiam indubitavelmente no saber científico do profissional da saúde, portanto desconsideram a possibilidade de qualquer intervenção, durante o trabalho de parto, não seja estritamente necessária, sendo a melhor escolha para a sobrevivência e a saúde tanto dela, quanto do seu filho. Ademais, as parturientes têm muita dificuldade em falar sobre violências psicológicas durante o parto, pois o sentimento de violação e humilhação é tão grande que, muitas vezes, elas não querem reviver os traumas que passaram quando pensam em reportar os episódios. Ademais, o medo da valoração probatória da palavra da vítima, bastante questionada e desvalorizada nos casos em que não há vídeos ou testemunhas, reprime a denúncia, característica bastante presente nesse tipo de violação contra as mulheres. Nesse contexto, o artigo 5º, inciso III da CF/88 instituiu que *“ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”*, entretanto essa violência que humilha as mulheres em momento de vulnerabilidade é bastante presente, mas ao mesmo tempo invisível e não reconhecida como violação de direitos humanos.

Verifica-se que no artigo 1º, inciso III, a Constituição Federal de 1988 assegurou expressamente o direito à dignidade da pessoa humana, sendo um princípio unificador e o alicerce das demais garantias e direitos fundamentais, colocando o indivíduo como centro do ordenamento jurídico brasileiro. Nessa feita, a dignidade é inata e intrínseca a todas as pessoas, decorrente unicamente da condição humana.⁴⁹No mesmo sentido, salienta-se que no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU está previsto que *“todos os seres humanos nascem iguais em dignidade e direitos, dotados de razão e consciência, devem agir uns para com os outros em espírito e fraternidade”*⁵⁰. Contudo, a compreensão da dignidade é essencialmente polissêmica, ante a dificuldade de extrair conteúdo exato da definição decorrente da ambiguidade e porosidade da expressão, que pode ter significados diferentes para pessoas diferentes.⁵¹

SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.76

⁵⁰Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris, 1948. Disponível em : ><https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423>< Acesso em 08/10/20

⁵¹SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.76

Por sua vez, o direito à autonomia é indissociável da dignidade humana e da liberdade individual, apesar de não estar declarado de maneira expressa na CF/88. Assim sendo, assumir a dignidade a partir da ideia autonomia, significa reconhecer a individualidade das pessoas, atribuindo-lhes o livre arbítrio e a capacidade de fazer as próprias escolhas de acordo com seus próprios valores. Portanto, o direito à autonomia deriva do direito fundamental à liberdade geral de ação vinculada ao direito ao livre desenvolvimento da personalidade, que está abrangido pela dignidade da pessoa humana. Sendo a dignidade pertencente à individualidade da pessoa, a autonomia se torna um pressuposto do seu reconhecimento, já que a essência da dignidade é a própria liberdade para construir a identidade e personalidade, cada indivíduo vivendo em consonância com seus próprios ideias.⁵² Importante salientar que a ideia polissêmica de dignidade é característica essencial, pois, segundo Barroso e Martel (2012, apud SIQUEIRA 2019, p.77) , se cada indivíduo tem sua própria percepção sobre a sua dignidade, ela se torna um espécie de espelho, de modo que “cada um nela projeta sua própria imagem de dignidade”. Nessa perspectiva, os percalços da vida alteram a relação do indivíduo consigo mesmo, fato que pode vir a mudar seus valores e concepções, podendo vir a modificar a sua ideia de dignidade. Levando em consideração o contexto em que a Constituição vigente foi escrita, percebe-se o intuito de ruptura com o modelo ditatorial intervencionista, portanto a interpretação que abrange a autonomia pessoal e liberdade como intrínsecas à ideia de dignidade coadunam com o marco da reconstrução democrática do Brasil, a própria CF/88.⁵³

De acordo com a referida visão de autonomia e dignidade, impor valores externos ou obrigar alguém a viver em desacordo com o que deseja é violar a dignidade. Ademais, dentro dos conceitos de dignidade e liberdade, situa-se a proibição de instrumentalização e da objetificação dos indivíduos⁵⁴, mesmo que sob o fundamento de uma perspectiva coletiva, pois há vedação do uso de um indivíduo para atingir fins

⁵²“O Direito ao livre desenvolvimento da personalidade é expressamente consagrado na Constituição Alemã. Em seu artigo 2, Abs. 1. Apesar de não haver referência expressa a esse direito fundamental na Constituição brasileira, ele deriva inegavelmente da dignidade humana. Ademais, o Código Civil brasileiro confere especial proteção aos direitos de personalidade, em seus arts. 11 e ss.” SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.75

⁵³ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.77

⁵⁴ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.78.

diversos dos seus. Nesse sentido, a pessoa deve ser um fim em si mesma⁵⁵, pois o seu valor está acima de qualquer preço⁵⁶, respeitando sua dignidade.

Do artigo 5º, caput, da CF/1988, extrai-se o direito à liberdade, o qual também fundamenta juridicamente o direito à autonomia. Nesse sentido, a liberdade não pode ser reduzida apenas à ausência de interferência externa, contida no art. 5º, II, da CF/1988 de forma que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. Assim sendo, é necessário reconhecer uma segunda dimensão de liberdade fundada na autonomia, afinal, “o que pode ser a liberdade da vontade senão a autonomia, isto é, a qualidade da vontade de ser para si mesmo sua lei?”⁵⁷

Em outra perspectiva, a saúde como direito social está positivada no caput do art. 6º da CF/88, no Título II “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, Capítulo II “Dos Direitos Sociais”:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Na mesma linha de pensamento, o caput do art. 196 apresenta a saúde da seguinte forma:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A partir da análise dos dispositivos supramencionados, é possível constatar que a efetivação do direito à saúde fica a cargo do Estado, entretanto é importante pontuar que a saúde do indivíduo não se afaste do seu titular, pois o corpo potencialmente saudável pertence à pessoa e não ao Estado. Refere-se também que a concepção da Organização Mundial da Saúde sobre saúde ultrapassa o bem-estar físico, compreendendo a

⁵⁵ SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.78.

⁵⁶ SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.78

⁵⁷ SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.78.

integridade psíquica e social⁵⁸. Na visão de Flávia Siqueira, pra além de uma dimensão social, a saúde é também um direito individual, que depende da liberdade do indivíduo para sua efetivação, pois a sua promoção, principalmente a partir do paradigma da dignidade da pessoa humana, da autonomia e da liberdade, não pode ser imposta contra a vontade do sujeito detentor do controle sobre o próprio corpo. ⁵⁹

Nesse contexto, é necessário reconhecer que o estado gestacional, apesar da visão patológica presente na atual concepção de modelo de parto, não retira a autonomia da parturiente, sua liberdade, tampouco sua dignidade, que é inerente à sua condição de humana, apesar de suas decisões no âmbito da sua saúde afetarem também outro sujeito de direitos, seu filho. Apesar da situação de vulnerabilidade, principalmente no parto, momento que ocorrem a maiorias das violações, a mulher não pode ser considerada objeto de intervenção do médico para se obter um filho saudável, independentemente do custo psicológico que os procedimentos e o tratamento lhe trarão, pelo contrário, deve reafirmar o seu direito à autodeterminação sobre seu próprio corpo, implicando o fato que qualquer intervenção tecnológica dependa do seu consentimento livre e informado.

60

Em relação à proteção dos direitos das gestantes e parturientes, existem poucas leis nacionais espaciais que tutelam algumas garantias, a exemplo da lei nº 11.108/2005, Lei do Acompanhante, que garante à parturiente o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto. Refere-se também à Lei 11.634/2007 que, em seu artigo 8º § 2º autoriza a vinculação da parturiente previamente à maternidade onde realizar-se-á seu trabalho de parto e a Portaria 569/2000 que definiu o Programa de Humanização antes e durante o trabalho de parto. Por derradeiro, cita-se a Portaria 1.067/2005, a qual instaurou a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

⁵⁸“De acordo com a Constituição da OMS, promulgada no Brasil pelo Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Para alguns autores, o reconhecimento da integridade psicofísica como elemento da concepção de saúde significa que esta também se torna um “direito da personalidade, pois a pessoa passa a ser vista na sua unidade corpo-mente”. Nesse sentido, o direito à saúde sob a perspectiva da liberdade, referir-se-ia ao direito de controlar o próprio corpo.” TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado, Saúde, corpo e autonomia privada, Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.22 e 67. SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.80

⁵⁹SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.80

⁶⁰ SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.82

Apesar de formalmente garantidos os direitos Constitucionais à dignidade, não submissão à tratamentos vexatórios e humilhantes e à saúde plena, é possível constatar que a ausência de normas para coibir e punir esse tipo de violência institucional, viola o direito humano à saúde, os direitos humanos reprodutivos das mulheres, pautados pelo direito da antidiscriminação e, portanto ferem os direitos constitucionais e humanos.

Ademais, despontam problemas de éticos e de direito penal médico, no Brasil, ante a ausência de resposta jurídica para problemas e dúvidas que se apresentam durante a prática hospitalar e que possuem relevância jurídico-penal. Nesse sentido, é necessário diálogo entre a ética medicinal, que orienta a conduta do profissional, a qual reflete em conflitos entre o direito a autonomia da paciente e a garantia da vida e bem-estar do indivíduo.

3.1.1. Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma Experiência de Parto Positiva e a Caracterização da Violência Obstétrica.

Há mais de duas décadas a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu diretrizes⁶¹sobre a assistência ao parto positiva, classificando as condutas obstétricas em recomendadas, recomendadas especificamente pelo contexto e as condutas que devem ser abolidas. No ano de 2018, houve atualização desse documento, sendo que, comparadas com as primeiras 56 recomendações, foram editadas 26 novas e mantidas 30 normas conforme a primeira versão, datada do ano de 1996. O novo documento reconheceu a tendência mundial da medicalização⁶² dos processos de assistência às gestantes, que vem afetando de maneira negativa a experiência do parto. As diretrizes se dividiram nos seguintes momentos da assistência: Durante todo o trabalho de parto e

⁶¹OMS (Organização Mundial da Saúde). Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf

⁶²“Medicalização é o processo que converte questões não médicas, em problemas médicos. Não implica necessariamente o uso excessivo de medicamentos, ainda que essa possa ser uma de suas facetas. Sua característica fundamental consiste na transformação de problemas de ordem social ou processos afetivos e culturais em doenças de ordem biológica, como transtornos e distúrbios, operando um reducionismo.” Disponível em: <http://redehumanizaus.net/90507-a-medicalizacao-e-tema-de-saude-publica-medicar-sim-medicalizar-nao/> Acesso em 26/10/20

nascimento, durante o período de dilatação, período expulsivo, entrega e atenção ao recém nascido.⁶³

De acordo com as diretrizes da OMS, a experiência de parto positiva é aquela que supera as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo parir uma criança saudável, em um ambiente seguro, garantida uma assistência prática e psicológica durante os processos do pré-natal, parto e puerpério. Salienta-se que a decisão em relação à via de parto, aos processos tecnológicos que a mulher deseja ou não se submeter devem ser controlados pessoalmente por ela, utilizando-se de sua autonomia plena, por meio de consentimento esclarecido e informado, respeitando as suas escolhas pessoais. Nesse contexto, o parto deve ter início espontâneo, não induzido, garantindo à mulher o direito à liberdade de se movimentar em qualquer momento e o direito de receber suporte contínuo durante a parturição, tais como monitoramento cardíacos fetais, alimentação, adoção de posições não horizontais, estratégias para alívio da dor, respeito à privacidade, o uso do plano de parto e a garantia da presença de, pelo menos um acompanhante, além de evitar intervenções tecnológicas desnecessárias. Todo o trabalho deve ser individualizado e não deve ocorrer separação da genitora e seu filho imediatamente após o parto.⁶⁴ Ressalta-se a importância em otimizar a experiência da assistência ao parto para as mulheres e seus bebês a partir de um enfoque embasado nos direitos humanos. O termo “grávida saudável”, utilizado pela OMS, refere-se às parturientes adultas e adolescentes que não apresentam fatores de risco identificados para elas ou seus filhos, aparentemente saudáveis.

No Brasil, a partir da primeira versão das recomendações da OMS, o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa da Humanização do Pré-natal e Nascimento ⁶⁵a fim de garantir as recomendações e direitos da mulher grávida. Nesse contexto, surge o

⁶³“Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos.” Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>. Acesso em: 15/10/20

⁶⁴Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Femina*. 2010; p. 38. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>. Acesso em 10 out de 2020.

⁶⁵Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Brasília, DF; 2000.

conceito de violência obstétrica⁶⁶, caracterizada pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica, sendo consideradas também como condutas violentas o uso inadequado de intervenções e a adoção de procedimentos durante o período do parto sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher. Essas ações podem ser perpetradas por qualquer profissional que assista ao parto, refletindo em complicações e sequelas indesejáveis tanto nas mulheres, quanto em seus filhos.

Constata-se também o uso arbitrário da figura de autoridade médica pelos profissionais durante os atendimentos das parturientes a fim de impor visão ou procedimentos, objetivando agilidade da própria agenda ou a maior facilidade e conveniência nos procedimentos. Nesse contexto, a Fundação Perseu Abramo, revelou na matéria “Violência no Parto: na hora de fazer não gritou”, que em cada quatro mulheres brasileiras, uma já passou por episódios de violência obstétrica.⁶⁷ A ocorrência desse tipo de violência institucional é perpetrada com mais frequência nas mulheres mais vulneráveis economicamente e com baixa escolaridade, sendo uma relação marcada por maus tratos, desrespeito, destacando que os tratamentos vexatórios fomentam as complicações durante os partos, contribuindo para o uso intercorrente de intervenções invasivas e desnecessárias, especialmente os procedimentos como a episiotomia, larga utilização de soro de ocitocina⁶⁸, amarrar as mulheres nas macas, imposição da posição horizontal durante todo o trabalho de parto e a manobra de Kristeller, a qual é terminantemente proibida pela OMS.

Nos casos dos partos de pessoas financeiramente favorecidas, usuárias de hospitais particulares, verifica-se o crescente abuso da cirurgificação e supressão dos processos do parto ante a facilidade dos recursos. Em contraponto à tendência intervencionista, os setores desfavorecidos, geralmente em hospitais públicos, sofrem

⁶⁶Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 59-62

⁶⁷ Disponível em : <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/> . Acesso em 15/10/20

⁶⁸O soro da ocitocina é um hormônio sintético utilizado nos trabalhos de parto a fim de acelerar o processo. O uso faz com que as contrações uterinas se tornem mais intensas e ritmadas, normalmente mais rápido do que o corpo da mulher teria sem o uso desse recurso, o que causa o aumento da dor de forma repentina. A OMS, em suas novas diretrizes, recomenda que não seja usada de forma rotineira para acelerar o trabalho de parto de mulheres saudáveis. Verifica-se que as parturientes que recebem esse recurso têm maior chance de pedir analgesia ou serem encaminhadas para cesárea. O uso causa risco de sofrimento fetal, altera a liberação de hormônios como endorfina e adrenalina, afetando a sensação de prazer após o parto, prejudicando a vinculação da mãe com o bebê, podendo também dificultar o aleitamento materno. Apesar de todos esses efeitos adversos, em alguns casos, a utilização é indicada, a exemplo do trabalho de parto que não evolui. Disponível em <https://blog.casadadoula.com.br/parto-normal/usar-ou-nao-o-soro-com-ocitocina-no-parto>. Acesso em 24/10/20.

com o fenômeno da negação de mecanismos tecnológicos, mesmo nos casos em que a parturiente os solicita desesperadamente ou quando são fundamentais para a sobrevivência da mãe e do filho. Nesse contexto, há dificuldade e relutância em prover tais recursos para essas mulheres mais vulneráveis, já que encarecem a assistência ao parto. Por diversas vezes, por questões puramente financeiras, há a negativa de qualquer meio de analgesia e pouca ou nenhuma agilidade no procedimento da cesárea quando o parto apresenta verdadeiras complicações. Nessa feita, há diversos relatos de adiamento e excessiva demora em partos cirúrgicos de urgência, ante a exigência de pagamento prévio da cesariana, ocorrendo, muitas vezes, a morte ou danos irreparáveis às crianças. Importante salientar que essas práticas não são enfatizadas como violações de dignidade e do direito à saúde, portanto não há controle nem desestímulo, tornando-as invisíveis. Esse fato, reflete nos índices de cesárea realizadas no Brasil, que se mostra como procedimento eleito a fim de fugir dessas práticas violentas.

3.2. AS PRINCIPAIS VIOLÊNCIAS RELATADAS PELAS MULHERES

3.2.1. Proibição do Acompanhante

A Lei 11.108/2005 e a RDC nº 38/2008 da ANVISA e do Estatuto da Criança e do Adolescente (no caso de adolescente grávida) asseguram a presença de um acompanhante, de escolha livre da mulher, para acompanhar o parto, independentemente da via escolhida, inclusive nos momentos de recuperação da cirurgia cesariana e dos procedimentos após o abortamento espontâneo ou provocado. Entretanto, é bastante recorrente o desrespeito à essas determinações, tanto em hospitais públicos, quanto privados. Nesse sentido, segundo o Dossiê Parirás com dor,⁶⁹ os argumentos mais comuns para a negativa do direito são: “O anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”, “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”, “O hospital tem suas próprias regras.”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto”. Nesse contexto, justificações dessa natureza denotam violência obstétrica institucional

⁶⁹ “Este fato está ocorrendo, conforme observado na reportagem publicada em 9 de setembro de 2012, no sítio do jornal Diário Regional, de São Paulo. “Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 21

e, em face das recorrentes sequelas emocionais, caracteriza-se a violência obstétrica de caráter psicológico.

A Lei Federal 11.108/05 garante o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato (considerado como os primeiros 10 dias após o parto) e abortamento, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418/05. Considera-se o descumprimento da norma quando restringe a escolha da mulher (permitir apenas a entrada do pai, ou só se a pessoa for da família), restrição de tempo de permanência do acompanhante (só pode acompanhar em determinado horário) , restrição pelo vínculo com a instituição (dizer que a lei limita-se ao SUS, ou que é privilégio de hospitais privados), restrição de acompanhante por tipo de parto (negar acompanhante no parto cesáreo ou curetagem⁷⁰ pós aborto), autorizar acompanhante mediante cobrança de taxas.⁷¹

Salienta-se que a lei institui o direito da parturiente ao acompanhante, mas não possui meios para estabelecer punição à instituição ou pessoa que obsta o referido direito. Esta configuração, de certa maneira, esvazia parcialmente a eficácia da lei pois, tendo o gestor da instituição de saúde conhecimento jurídico do fato, pode negar o direito, tendo ciência de que se houver denúncia não haverá maiores consequências no sentido de reparar o dano cometido. ⁷²

3.2.2 Restrição da Escolha do Local de Parto

Segundo o Sistema Único de Saúde, *“é direito da mulher definir durante o pré-natal o local onde ocorrerá o parto. Vale ressaltar que os partos podem ser realizados nos centros de parto normal, em casa ou em qualquer hospital ou maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS)”*⁷³. O local mais seguro para a mulher parir, segundo a OMS, é o local onde ela se sentir segura e o sistema de saúde deve oferecer para a mulher as condições para que ela possa escolher o local, os profissionais e as

⁷⁰ “A curetagem é um procedimento realizado pelo ginecologista com o objetivo de limpar o útero através da remoção de restos de um aborto incompleto ou da placenta após o parto normal, ou ainda ser utilizado como exame diagnóstico, recebendo o nome de curetagem endocervical semiótica.

A curetagem como forma de tratamento é procedimento muito doloroso e por isso durante todo o procedimento a mulher deve estar sedada ou anestesiada para que não sinta dor ou desconforto. Disponível em :<https://www.tuasaude.com/curetagem/>. Acesso em 15/10/20

⁷¹Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 64-79.

⁷²Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 21

⁷³Tipos de Parto, BRASIL, disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>. In: Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 109

intervenções pelas quais ela deseja passar ao parir⁷⁴. Entretanto, verifica-se que não há uma real possibilidade de escolha pela Rede de Saúde Pública e, muitas vezes, há uma efetiva peregrinação em busca de vagas, sendo uma das principais causas de mortalidade materna e fetal. Nesse sentido, é usual que se coloquem cartazes na frente das maternidades dizendo “não há vagas”, prática que estimula a peregrinação, ao mesmo tempo que isenta a instituição e os profissionais do trabalho e da responsabilidade de encaminhar a gestante para um local onde há vagas. Importante salientar que é obrigação dos profissionais verificar se há, verdadeiramente, a vaga disponível e o tempo hábil para chegada, atentando-se à segurança da mãe e do bebê.

Salienta-se que essas práticas usuais são proibidas pela Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002, que garante a transferência adequada da mulher, após assegurar que o local para onde a estão encaminhando possui efetivamente a vaga no serviço requisitado.⁷⁵ Em alguns Estados há vinculação da gestante ao serviço que a atenderá no parto, em decorrência da Lei Federal 11.634/2007, entretanto muitas mulheres não realizam o pré-natal e não recebem nenhum amparo no momento em que procuram atendimento, momento em que se depara com um cartaz “não temos vaga”, a maioria nem imagina que é obrigação da unidade de saúde fazer o encaminhamento.

Em relação ao parto domiciliar ou em local diverso do hospital, pouco ou nada é falado sobre essa possibilidade, inclusive há grande desestímulo por parte dos médicos. Obviamente, essa via de parto ficaria limitada para poucas mulheres, já que a maioria se sente segura dentro do hospital, entretanto é uma possibilidade de serviço de qualidade que deveria ser oferecido e estimulado como forma de política pública, ante o problema geral de falta de vagas nos hospitais brasileiros. Segundo Ana Cristina Duarte⁷⁶, obstetrix, o trabalho é baseado em avaliação dos riscos da gravidez, sendo a possibilidade do parto domiciliar reavaliada a cada consulta durante o pré-natal. Existe toda uma paramentação e o profissional é competente até para situações mais complexas, a exemplo de realização de suturas, aplicação de anestesia local, aplicação de medicamentos para hemorragia, utilização de oxigênio se o bebê precisar e material de reanimação neonatal. Ademais, se houver qualquer intercorrência durante o processo, ou se houver a necessidade de intervenções de maior magnitude, a mulher é

⁷⁴Ricardo Chaves médico pediatra em: “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

⁷⁵Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p 131

⁷⁶“O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

encaminhada para o hospital rapidamente, inclusive fica contatada equipe médica de sobreaviso.

Segundo Heloísa Lessa⁷⁷, enfermeira obstetra, houve inversão da lógica e se incutiu no imaginário popular que todos os partos são complicados, entretanto o parto de baixo risco, em casa, é tão seguro quanto o parto hospitalar, havendo menor incidência de infecções, por exemplo, já que as bactérias presentes no domicílio da mulher são familiares ao seu corpo, diferentemente das bactérias hospitalares. Salienta-se que se o serviço do parto domiciliar de qualidade fosse oferecido, principalmente nas atuais circunstâncias, além de prevenir infecções hospitalares, reduziria o risco de uma exposição ao corona vírus do acompanhante, da mãe e do recém nascido, por exemplo. Nesse contexto, essa mulher só seria exposta ao hospital caso apresentasse alguma complicação.

3.3 PROCEDIMENTOS INVASIVOS

3.3.1. Episiotomia de Rotina

A episiotomia é caracterizada pelo corte cirúrgico realizado entre a vulva e a região do períneo, muitas vezes sem anestesia, informação ou consentimento. Salienta-se que essa é a única cirurgia realizada no país sem informação sobre sua necessidade, indicações, riscos, possíveis benefícios e possíveis sequelas, tampouco há diálogo sobre alternativas ao corte, de tal forma que contraria os princípios da medicina baseada em evidências. O procedimento é bastante polêmico sendo que muitos profissionais defendem sua abolição, pois diversas vezes é realizado de forma rotineira e não possui respaldo científico. É importante ressaltar que a episiotomia afeta várias estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, continência urinária, fecal e ainda possuem conexões importantes com o clitóris.⁷⁸ Muitas mulheres relatam, além de danos estéticos, fenômenos como incontinência, ausência de prazer e dor no local da cirurgia para o resto da vida, acarretando danos corporais e psicológicos.⁷⁹

⁷⁷“O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

⁷⁸Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 80-81

⁷⁹ Mãe que sofreu episiotomia em “O RENASCIMENTO do parto 2. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

Segundo a médica Simone Grilo Diniz⁸⁰, apesar da permanência da episiotomia de uso rotineiro, os abundantes dados disponíveis revelam que esse procedimento não cumpre com a prevenção das lesões genitais ou na cabeça do bebê, propósito que legitimaria sua realização. Nesse sentido, não há qualquer justificativa médica para o uso irrestrito, sendo o principal argumento da realização “devolver à mulher a condição virginal”. Alguns obstetras argumentam que a partir da realização do procedimento, fazem um “serviço” ao parceiro sexual da mulher, deixando a vagina “melhor que nova” após a sutura. Nesse sentido, o procedimento inclui a sutura de um ponto a mais no corte da episiotomia, o qual é chamado pelos profissionais como “ponto do marido”, cuja finalidade é deixar a vagina da mulher mais apertada para preservar o prazer masculino, fato que pode ocasionar muita dor durante as futuras relações sexuais. Destaca-se que, apesar de ser bastante controverso, o procedimento é indicado em casos específicos e faz parte das recomendações da Organização Mundial da Saúde.⁸¹

Estima-se que a episiotomia seja realizada em 94% dos partos normais no Brasil, entretanto não há registro oficial do procedimento cirúrgico. Dessa forma, é uma intervenção invisível, bem como as sequelas físicas e psíquicas, integrando o “pacote” do parto “normal” violento feito nas maternidades brasileiras.⁸² Importante salientar que, quando a mulher dá à luz por parto vaginal, respeitando a troca de posições, os processos naturais, sem receber drogas, o períneo, na maioria das vezes, permanece íntegro.⁸³ Quando algum tipo de trauma perineal acontece, pode ser classificado em quatro graus, sendo o primeiro o mais leve e o quarto mais grave. Nesse contexto, a episiotomia, por si só já compreende trauma de segundo grau, sendo que muitas mulheres se referem ao procedimento como “uma cesárea vaginal”⁸⁴.

Segundo Mariana Bahia, Doula e Educadora Perinatal⁸⁵, a episiotomia é uma mutilação vaginal, uma prática completamente desnecessária, pois corta um períneo sob o pretexto de protegê-lo, porém o profissional sequer possui certeza se ocorrerá a laceração. No mesmo contexto, muitas vezes a laceração natural é muito menor que o

⁸⁰Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. p.10. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%Aancia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em: 20/10/20

⁸¹ SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons, 2020. p.20

⁸²BRASIL; CEBRAP, 2006. In: Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 81

⁸³Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p 81

⁸⁴Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 82

⁸⁵“O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

corte de uma episiotomia. Ademais, as posições adotadas durante o parto interferem se ocorrerá ou não lacerações, havendo chances maiores, nos casos em que é adotada a posição horizontal. Diversas vezes, os médicos realizam episiotomia de rotina sob o fundamento de que a ausência do procedimento acarreta, inevitavelmente, lacerações graves, fato que não possui base científica.⁸⁶Importante salientar que, segundo Ana Lúcia Keunecke, há relatos de hospitais escola, nos quais mulheres foram submetidas a duas episiotomias para que os estudantes pudessem treinar o procedimento e a sutura.⁸⁷Também é relatada a ausência de anestesia durante o procedimento e a sutura, sendo arguida, por diversas puérperas, como a principal dor do parto.⁸⁸

3.3.2. Exames de Toque e Aceleração do Parto

Durante o trabalho de parto hospitalar, é realizado procedimento para verificação do colo do útero, popularmente conhecido como exame de toque, entretanto há relatos de vários profissionais realizando o exame na mesma mulher, sem ao menos informar sobre a finalidade ou atualizar sobre o que está acontecendo no processo do parto.⁸⁹Durante o exame de toque, as práticas de “dilatação manual” ou “redução manual” são bastante comuns e dolorosas, sendo realizadas com o intuito de acelerar o parto.

Outras manobras bastante usuais para agilizar os processos são o rompimento manual do saco amniótico, o uso indiscriminado do soro da ocitocina, a manobra de kristeller e o fórceps. As referidas práticas são realizadas, na maioria das vezes, sem o consentimento ou discussão, apenas para acelerar o trabalho. Importante salientar que esses procedimentos são prejudiciais tanto para a mãe quanto para o filho e ocasionam, por diversas vezes, sofrimento fetal, lesões ou até mesmo a morte de um ou de ambos. Muitas vezes, o uso dessas práticas violentas resultam em uma cesárea de urgência, se houver anestesista disponível.⁹⁰

Por outro lado, a manobra de Kristeller é frequentemente realizada nas maternidades brasileiras e jamais registrada em prontuário, já que é terminantemente proibida pela OMS. Ela se caracteriza por uma pessoa, profissional da saúde, que sobe

⁸⁶Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 82

⁸⁷“O RENASCIMENTO do parto 3”. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

⁸⁸Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 82

⁸⁹Ana Lúcia Keunecke advogada em :“O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

⁹⁰Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 93-100

em cima da barriga da mulher, ou comprime seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho para que a criança “desça” rapidamente. Atualmente, existem diversos estudos que comprovam complicações desse procedimento como trauma das víceras abdominais, no útero e descolamento da placenta. O mais indicado seria conceder à mulher a liberdade de escolher a posição que se sinta mais confortável, em vez de obrigar uma posição supina e realizar manobras extremamente prejudiciais.⁹¹

Em que pese as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, pela Portaria 1.067 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA, a posição de litotomia⁹² ou parto horizontal ainda é imposto em grande parte das maternidades brasileiras. A referida posição não é nada fisiológica, prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para a parturiente e prejudica a oxigenação do bebê. Muitas vezes, são utilizadas algemas e mecanismos para impossibilitar a movimentação da mulher durante todo o trabalho de parto, o que ocasiona em uma maior demora e maior sofrimento.

3.3.3. Atendimento Desumanizado e Degradante

O cenário de violência obstétrica, nas maternidades, é bastante naturalizado, tanto que, atendimentos de qualidade e humanizados são relatados pelas mulheres como “assistências de sorte”, fato que comprova que o bom atendimento é considerado raro. Muitas mulheres, principalmente as que possuem menos escolaridade, não têm a consciência de que sofreram violações de direito, naturalizando os maus tratos já que todas as suas conhecidas compartilham relatos de partos parecidos com o seu. Há uma intensa culpabilização e tratamento hostil que é aceito pelas mulheres como uma punição por sua sexualidade e gestação. Frases em tom de deboche como “ano que vem você está aqui de novo”, “se você não queria essa gravidez, por que você não evitou?”, “você sabia que não teria vaga sem pré-natal, não sabia?”, “para fazer estava bom, você não gritou tanto assim”.⁹³

Há frequente censura e frases, pelas quais, os profissionais que assistem o parto culpabilizam as mulheres por estarem “fazendo força errado” e serem responsáveis pelo

⁹¹Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 107

⁹²Posição supina e posição de litotomia são posições horizontais de barriga para cima. Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

⁹³Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 2 e 131

nascimento do filho com alguma deficiência por falta de oxigenação.⁹⁴ Também há frequente ameaça e abandono das parturientes⁹⁵, incluindo xingamentos sob o fundamento que estão fazendo escândalo demais.⁹⁶

Salienta-se também o preconceito e a discriminação racial contra parturientes pretas, periféricas e pobres no contexto de assistência do parto. São as mulheres que mais sofrem episiotomias, exames de toque desnecessários, negativas de anestesia, sob o pretexto de que aguentam mais dor, têm suas cesáreas de emergência negadas por serem “boas parideiras”, escutam vários tipos de xingamentos de cunho racista.⁹⁷

Em outra perspectiva, mulheres indígenas recebem menos intervenções, menos comida, têm cesarianas negadas porque “sabem parir de cócoras” e têm seus padrões culturais negados.⁹⁸ Nessa feita, existe a Resolução SS 72 de 2008, do Estado de São Paulo, que dispõe sobre a adoção de procedimentos durante a assistência dos partos das mulheres indígenas. As adequações são simples e se referem à adoção de dieta a base de frango, arroz, mingau, milho e derivados e o direito de levar a placenta para casa (embalada em sacos plásticos). Infelizmente, o aspecto cultural dessas mulheres é tratado com descaso, chacotas ou ofensas de cunho discriminatório em várias localidades do Brasil⁹⁹.

⁹⁴ “Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.” Aline Pereira Soares, atendida na rede pública em Curitiba-PR. Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p.133.

⁹⁵ “Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para ‘pegar’. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer.” Sandra, atendida na Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p.133

⁹⁶ “Era noite de lua cheia e as enfermeiras diziam que eu tinha sorte por pegar a sala de parto limpa pois em noites de lua cheia elas mal tinham tempo de limpá-la. Na sala de parto o médico mandava eu ficar quieta, disse que uma menina de 13 anos não fazia o escândalo que eu estava fazendo. E disse que eu estava fazendo tudo errado.” Luana de Freitas Eulálio, atendida no Hospital Evangélico de Curitiba. “Todas as entrevistadas ressaltaram que, se a mulher fizer escândalo, ela sofrerá maus-tratos dentro das maternidades públicas. Uma informação passada para elas não só por pessoas de seu meio social (mulheres da família, amigas, vizinhas e, até, o marido de uma delas), mas também pelos próprios profissionais de saúde.”

(AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011)

Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p.134 e 136

⁹⁷ “Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!” fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES. Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 135

⁹⁸ “O RENASCIMENTO do parto 2. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”.

⁹⁹ “A gestante estava no quarto PPP em um ambiente tranquilo e em penumbra durante o trabalho de parto. Quando a médica entra no quarto, ela disse: ‘Que absurdo! O que é isso aqui? Ascende essa luz!’

Há relatos de mulheres que passam horas em trabalhos de parto absolutamente sozinhas, apesar da lei do acompanhante, justificada pela precariedade das instalações que não oferecem privacidade às pacientes. Há frequente limitação dos movimentos das mulheres, as quais não podem levantar sequer para fazer as necessidades fisiológicas, a privação de alimentação e de água, sendo que muitas parturientes referem que se sentem “*como um animal em cativeiro*”. A culpabilização pela escolha da via de parto natural também é frequente, pelo uso de frases como “agora ela tem que aguentar”. Conversas paralelas acontecendo dentro da sala de parto, risos, censura dos gritos das mulheres como se elas estivessem assustando outras pessoas por estarem passando por um momento dolorido.¹⁰⁰

3.3.4. Cesariana Eletiva

Cesárea eletiva é a cirurgia realizada sem indicação clínica, podendo ser agendada antes do início ou durante o trabalho de parto sem caracterizar urgência ou emergência. Segundo pesquisa realizada em 2007, por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mais de 90% das cesarianas ocorrem sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto, aumentando a chance de prematuridade. Ademais, o referido estudo indica que existe uma alta proporção de cesáreas eletivas sendo realizadas antes das 39 semanas, esse fato pode ser atribuído ao desejo da mulher em retirar o bebê assim que atinge o tempo de ser considerado “pronto” e ao desejo do médico em agendar a cirurgia à sua própria agenda. Esses nascimentos foram associados a aumentos evitáveis de mortalidade neonatal e internação em UTI neonatal, que demanda um alto custo financeiro.¹⁰¹

Importante salientar que não se trata de impor a via do parto normal, mas de ampliar as informações e as opções da mulher, para que ela não tenha que escolher estritamente entre um parto “normal” sujeito a práticas extremamente violentas ou uma cesárea eletiva. Ademais, é necessário desmistificar a crença popular de que “o parto

Isso não é toca de índio! Ei! (dando tapinhas em sua perna), acorda! Assim você não vai parir nunca! Colabora!” ex-acadêmica do hospital escola da UFRJ

Depois que as mulheres começaram a ganhar neném no hospital, nunca deixaram trazer a placenta para casa. Antigamente, enterrávamos a placenta no pé da bananeira. Agora, nossas filhas dizem ‘eca’ quando contamos sobre essa tradição.” J. ,indígena de Aracruz-ES Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 139

¹⁰⁰“O RENASCIMENTO do parto 2. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

¹⁰¹Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 110

cesáreo que é o parto normal”, quando, na verdade, não há divulgação dos riscos desse procedimento para a mãe e para o bebê quando não há verdadeira indicação. Muitos médicos relatam que as próprias mulheres chegam no consultório com a ideia fixa de fazer uma cesariana, quando, na verdade, essa mulher está buscando segurança, informação e assistência de qualidade. O dever principal do profissional é esclarecer os benefícios e os riscos de ambas as vias de parto para que a mulher tenha a verdadeira capacidade de escolher livremente sobre se deixar partejar ou se negar a isto. Uma mulher que não sabe dos riscos e chega no médico dizendo preferir a cesárea, não está exercendo a autonomia, pois a autonomia está intimamente ligada com o conhecimento.

No Brasil, hospitais da rede privada possuem altíssimos índices de cesáreas, sendo que, em determinados períodos, como vésperas de feriado, é difícil encontrar vagas disponíveis, resultado da grande demanda da cirurgia.¹⁰² Durante os plantões obstétricos, principalmente da rede pública e planos de saúde, existe o costume de “limpar a área”¹⁰³ para não sobrecarregar o próximo médico que assumirá o plantão, pois ele certamente estará cansado, chegando de outro expediente. A conduta consiste em realizar cesáreas ou acelerar¹⁰⁴ o parto de todas as mulheres ao final dos plantões, deixando a possibilidade do próximo plantonista descansar, encarregando-se apenas das parturientes que chegarem durante o seu próprio plantão. Verifica-se que o plantão noturno não é considerado pela equipe médica como um expediente de trabalho, mas também como um horário de descanso.¹⁰⁵ Nesse contexto, muitas mulheres são ludibriadas sobre a necessidade do procedimento com justificativas como “não teve dilatação” ou “bebê ficou preso na costela”. Essas e outras justificativas também são usadas para enganar a paciente a fim de agendar cesáreas no período semanal de segunda a sexta feira, para que não haja trabalho durante os finais de semana ou feriados. Nesse contexto, são feitos mutirões de cesáreas agendadas para o mesmo dia, uma seguida da outra, pacientes do mesmo profissional.

Importante salientar que, muitas vezes, o desejo da mulher, desde a primeira consulta, é pela via do parto natural, quando alguns profissionais dizem que farão o

¹⁰²Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 112-113

¹⁰³“limpar a área”- realizar todos os partos, por cesárea ou indução até uma certa hora do plantão, para viabilizar horas de sono suficientes para que o profissional possa enfrentar mais um plantão em seguida daquele. Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 114

¹⁰⁴Acelerar pelo uso de intervenções como uso abusivo do soro da ocitocina, manobra de kristeller, comandos de puxo antes da dilatação completa, ruptura manual do saco amniótico.

¹⁰⁵Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 137

possível para que o parto seja via vaginal. No transcorrer do tempo, aproximadamente em torno de 37 ou 38 semanas, há algum pretexto que não configura indicação verdadeira ao procedimento, ou simplesmente o profissional avisa sobre a sua indisponibilidade de agenda para o parto normal. Nesse contexto, durante os meses em que a gestante fez todo o pré-natal, criou uma ligação de confiança com o médico e sente que não tem a opção ou tempo viável de procurar outro profissional, aceitando a via de parto cirúrgico, mesmo sem indicação clínica. Nessa feita, importante que a mulher faça pesquisa em relação à taxa de cesárea e parto normal do médico que escolhe para assistir seu parto, havendo resolução da ANS (06/07/2015) que obriga os planos de saúde a fornecer, para todas as usuárias de seu convênio, as taxas de cesáreas do plano e dos obstetras conveniados.

Destaca-se que as mulheres asseguradas por planos de saúde estão mais vulneráveis a uma cirurgia cesariana, apesar de estarem supostamente em um grupo com melhor acesso aos serviços de saúde. A baixa remuneração para a assistência ao parto é um dos fatores determinantes para o agendamento de várias cirurgias a serem realizadas em sequência, já que, independentemente de quanto tempo durar o parto, o médico estará recebendo o mesmo valor, não havendo incentivo ao profissional em insistir na via do parto normal. Em algumas cidades, dependendo do plano de saúde e sua rede credenciada, é muito difícil encontrar vagas disponíveis em maternidades entre segunda a sexta-feira, estando essas lotadas de cesarianas previamente agendadas. Nesse contexto muitas mulheres, alertadas pelo profissional e com receio de, no momento do trabalho de parto, não haver vaga disponível na unidade, agendam o parto cirúrgico.¹⁰⁶ Segundo Fernanda Macedo, médica obstetra, existem planos de saúde que pagam míseros 180 reais por parto realizado, sendo uma irresponsabilidade muito grande para com as clientes e com os profissionais conveniados. Importante referir que muitos obstetras escolhem a especialidade firmes em suas convicções no sentido de fomentar o parto natural, entretanto a baixa valorização dos planos de saúde e a necessidade de disponibilidade total durante o nono mês de gestação acaba desestimulando muitos profissionais.¹⁰⁷

Em 2010, o índice de cesáreas no setor suplementar alcançou 82% dos partos, apesar da recomendação de 15% da Organização Mundial de Saúde. Essas taxas cada

¹⁰⁶Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 116

¹⁰⁷“O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”.

vez aumentam mais e muitos atribuem os altíssimos índices do parto cirúrgico à preferência das mulheres. Entretanto, observa-se a ausência de informação sobre os riscos e complicações da cirurgia eletiva, sobre a possibilidade de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, riscos e complicações de episiotomias. Não há esclarecimento desde o início da gestação, sobre sua disponibilidade do profissional para acompanhar um parto que não tem data ou hora para iniciar e que pode durar várias horas e até mesmo dias.¹⁰⁸

3.4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O ABORTO

O aborto é uma das principais causas de morte materna no Brasil, porém é subnotificado devido a preconceitos fundados em questões legais, culturais e religiosas da sociedade, as quais influenciam o tratamento das mulheres pelos profissionais da saúde. Constatou-se que curetagem, no pós abortamento, é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, ultrapassada apenas pelo parto normal. Entretanto, percebe-se uma dificuldade e relutância ao acesso a serviços qualificados de saúde e esse fato fomenta a ocorrência da morte nesses casos. Em estudo publicado pela Fundação Perseu Abramo e SESC¹⁰⁹, em 2010, *25% das mulheres entrevistadas tiveram gestação interrompida, 22% declaram ter sofrido aborto natural, e 4% admitiram interromper voluntariamente a gestação. 53% das mulheres que declararam ter provocado aborto e procuraram assistência a saúde sofreram algum tipo de violência no atendimento.* As violências sofridas compreendem incisivos questionamentos sobre como provocaram o aborto, ausência de esclarecimento sobre os procedimentos pelos quais são submetidas, aguardar horas para o atendimento, internação sem explicação, procedimento de curetagem sem uso de anestesia, estigma de criminosas, inclusive muitas vezes são chamadas assim. Também há frases de culpabilização, mediante exposição dos restos fetais, como: “veja só o que você fez”.¹¹⁰ Na maioria das vezes abortos espontâneos são tratados pelos profissionais como abortos provocados e, caso se confirme que o ato foi promovido pela paciente, os episódios de tortura corporal e psicológica se acentuam, formando um “tribunal penal

¹⁰⁸Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p.118-119

¹⁰⁹Disponível em <http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. In: CIELLO, Carina, et al. Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

¹¹⁰Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p.55

da mulher” dentro do hospital. Muitas vezes, os hospitais já enquadram automaticamente a mulher e, antes dela receber o atendimento de saúde necessário, é separada do acompanhante, momento em que ambos são interrogados para comparação de versões sobre o fato. Inúmeras vezes, as mulheres morrem por preconceito, hostilidade e ausência de atendimento em caso de aborto.¹¹¹ Importante salientar que a própria OMS considera o aborto inseguro uma das causas de mortalidade materna mais facilmente evitáveis.

Segundo as normas técnicas de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, existem algumas especificações a serem observadas em relação ao tratamento da mulher que sofreu abortamento, seja ele provocado ou espontâneo. Nesse sentido, os profissionais não podem fazer objeções de consciência, devem informar a mulher sobre suas condições e direitos sendo vedada a negativa ou demora no atendimento e é proibido o chamamento de autoridade policial, judicial, nem mesmo o Ministério Público. A vedação está fundada na regra do sigilo profissional, podendo o indivíduo ser responsabilizado nas esferas cíveis, penal e ético profissional, caso divulgue o fato. Ademais, é direito da mulher receber medicamentos para alívio das dores e, a atenção à saúde da mulher deve ser priorizada, sendo mantidos respeito à liberdade, dignidade, autonomia, autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações, que possam negar e desumanizar esse atendimento.¹¹²

3.5. VIOLAÇÃO DO DIREITO DO RECÉM-NASCIDO

Importante constatar que o atual modelo de parto não viola apenas o direito à dignidade das mulheres, mas o dos recém-nascidos também. O modelo assistencial do parto como patológico, a cultura da cesariana rápida ou do parto natural cheio de intervenções, pode implicar diversas violações aos direitos das crianças. Muitas vezes, a cesárea eletiva agendada, traz indivíduos prematuros ao mundo, os quais precisam ir para a Unidade de Tratamento Intensivo, com toda a repercussão de uma

¹¹¹Valéria Souza, advogada em “O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

¹¹²Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p.55

prematuridade.¹¹³O risco da prematuridade provocada é bastante presente, pois a prática de agendar o procedimento a partir da 37ª semana, muitas vezes, é feita para que não ocorra o imprevisto da mulher entrar em trabalho de parto antes da cirurgia. Ademais, a tecnologia da ultrassonografia não tem precisão absoluta e pode ocorrer de calcular o tempo de gravidez maior do que a realmente de fato.¹¹⁴ Inclusive, há evidências de que no setor privado há maior presença de prematuros leves, o que pode estar relacionado com os altos índices de partos cirúrgicos por conveniência¹¹⁵. Nesses casos, por questões culturais, usualmente se acredita que o problema reside ou na mulher, ou no bebê, ou no próprio parto, o problema nunca é a cirurgia, sendo o hospital o “salvador” de um monte de indivíduos, quando, na verdade, foram as práticas hospitalares que provocaram muitos dos problemas. Para qualquer procedimento cirúrgico, existe o risco, entretanto, a comunidade médica não enfatiza e muitas vezes nem informa os desdobramentos que podem ocorrer de cesariana sem indicação clínica. Antes de mais nada, entrar em trabalho de parto reflete que o indivíduo está pronto para nascer e, durante esse processo, ocorre uma série de modificações fisiológicas que permitem uma adaptação melhor no mundo externo e a vinculação entre o bebê e a mãe, assim que ele nasce.¹¹⁶

Importante perceber que o nascimento é, de fato, um processo muito radical, pois está tudo interligado biologicamente, o bebê está ligado à placenta, aquecido e, no momento em que ele sai, se torna um indivíduo independente do corpo da mulher. Nesse sentido, é importante refletir e informar sobre o significado de uma cesárea eletiva agendada, pois são suprimidos todos os hormônios naturais, mecanismos pelos quais o corpo da mulher avisa à criança que está na hora de nascer. Nesse sentido, quando se faz a cirurgia, sem entrar em trabalho de parto, esse ser humano não está preparado, não teve nenhum estímulo para sair do útero, portanto nasce de forma violenta, não natural. Ademais, a análise comparativa dos partos cesáreos eletivos, parto cesáreos após contrações, e partos naturais, as taxas de prematuridade, infecção, desmame precoce, dificuldade de vinculação entre mãe e bebe, é mais presente na

¹¹³Esther vilela, gestora do Ministério da Saúde, em: “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.

¹¹⁴Daphne Rattner – médica epidemiologista PhD, em: “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.

¹¹⁵Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 110

¹¹⁶Ana Cristina Duarte Obstetrix, em “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.

cesárea de agendamento. O método acaba por se tornar uma linha de montagem, uma indústria em cima de um processo que deveria ser natural.¹¹⁷

No que diz respeito às intervenções usualmente realizadas nos trabalhos de parto, salienta-se a manobra de Kristeller¹¹⁸, proibida pela Organização Mundial de saúde, porém ainda bastante utilizada nas maternidades brasileiras. Além dos casos em que a manobra causa lesões na mulher, pode causar danos irreversíveis na criança e inclusive a morte. Verifica-se muitos relatos de paralisia cerebral, crianças que são aspiradas diversas vezes por dia, pelo resto de suas vidas, resultados de sequelas ocasionadas pelo uso de manobras que não deveriam ser feitas em hipótese alguma.¹¹⁹ O uso do fórceps ainda não foi extinto e, muitas vezes, ainda se faz presente na assistência ao parto, podendo ocasionar várias lesões e sequelas na criança.¹²⁰

Por outro lado, há utilização irrestrita do colírio de nitrato de prata, medicamento que serve única e exclusivamente para a criança que nasce de mãe diagnosticada com gonorreia durante o trabalho de parto natural. Inclusive, muitas vezes, usa-se o referido medicamento em criança que nasceu de cesariana, que não passou pelo canal vaginal, portanto é uma prática desnecessária, invasiva e violenta, sem justificativa.¹²¹ Para diagnóstico dessas patologias, é necessário que se tenha feito um pré-natal, na ausência dele, por precaução, justifica-se a utilização. Isso deve significar que, quando absolutamente desnecessário, o uso configura uma agressão no seu imediato nascimento muito grande.

Importante perceber a construção social baseada na insensibilidade do indivíduo recém-nascido, pois há crença de que bebê não sente dor. Inclusive, há presença de casos antigos, nos quais se faziam cirurgias sem anestesia em recém nascidos, por exemplo, a circuncisão¹²², nos meninos. Percebe-se que essa lógica ainda perdura, refletida pela prática de furar as orelhas das meninas, logo após o nascimento. Muitas maternidades também costumam orientar seus profissionais pediatras a aspirar o nariz e

¹¹⁷Ricardo Chaves médico pediatra em: “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.

¹¹⁸Manobra de Kristeller ou manobras derivadas dessa com o antebraço, braço, ou joelho de um profissional sobre a barriga da mulher.

¹¹⁹Documentário Com Mãe Não Se Mexe! - Relatos de violência obstétrica em Santa Maria, RS. Disponível em : <https://www.youtube.com/watch?v=StqwDMYV05w&t=749s>. Acesso 15/10/20

¹²⁰Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

¹²¹Mariana Bahia (Doula e Educadora Perinatal) em : “O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

¹²²Circuncisão é a retirada cirúrgica do prepúcio, praticada por razões higiênicas e/ou religiosas; peritomia, postectomia, postetomia.

a boca do recém-nascido para que ele respire melhor, entretanto é uma prática bastante agressiva e violenta, já que, qualquer adulto, quando submetido a uma aspiração, sentiria ânsia de vômito, dor e, possivelmente, desconforto após o procedimento. Em algumas maternidades, os pediatras também são incentivados a verificar o ânus perfurado com cateter¹²³ e são treinados para fazer isso com todos os bebês. Ademais, a prática de mostrar, por poucos minutos, a criança para a mãe e, rapidamente, levar o recém nascido para fazer os primeiros testes e tomar banho, praticamente no exato momento em que se nasce, são rotineiras dos hospitais brasileiros.¹²⁴

O ambiente da sala de cirurgia bastante iluminada e gélida, com estímulos sensoriais agressivos é também uma regra como sala de parto. Nesse contexto, segundo Ricardo Chaves,¹²⁵ o ambiente do parto devia ser aquecido, escurecido, com o mínimo de estímulos sensoriais possível, sendo priorizados o contato pele-a-pele com a mãe antes de qualquer procedimento, com exceção de urgência por complicações específicas. Ademais, o banho imediatamente pós-parto não é necessário e, por vezes, prejudicial, já que o vernix caseoso¹²⁶ é muito importante para a proteção do bebê. Também existe a prática do corte do cordão umbilical no exato momento em que a criança sai do corpo da mãe, porém o indicado seria cortá-lo depois que ele parasse de pulsar. Inclusive, nos casos de bebês prematuros, quanto mais tarde cortar o cordão umbilical e o separar da mãe, mais benéfico para a saúde da criança¹²⁷. Nesse contexto, constata-se a necessidade da agilidade, para liberar leitos e salas o mais rápido possível, característica intrínseca ao parto hospitalar.

Muitas mulheres que perguntam sobre os procedimentos que serão feitos nos seus filhos são desestimuladas e censuradas sob o pretexto de submissão ao saber do médico e escutam frases como *“você deveria vir aqui e me perguntar sobre fralda, sobre chupeta, mamadeira! Não deveria me perguntar sobre procedimentos no*

¹²³Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 132

¹²⁴Ana Paula Caldas pediatra neonatologista em : “O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

¹²⁵“O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

¹²⁶O Vernix caseoso é uma substância esbranquiçada e gordurosa, com textura parecida a do queijo ou cera, que recobre a pele dos recém-nascidos. Composto por água, lipídios e proteínas, ele começa a ser produzido durante o 3º trimestre de gestação pelas glândulas sebáceas do feto. Segundo a médica pediatra Kelly Oliveira, o vernix faz com que o bebê perca menos calor, é cicatrizante e regula o pH da pele, portanto mantê-lo é muito importante para a saúde do recém nascido. Para garantir a proteção, o ideal é adiar o banho por 24 horas depois do parto. Disponível em <https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/vernix-caseoso-protacao-natural-bebe/> e <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Saude/noticia/2019/04/vernix-entenda-o-que-e-e-conheca-os-beneficios.html> . Acesso em 15/10/20

¹²⁷Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

bebê.”¹²⁸ Importante salientar que, nos casos em que a família é esclarecida e não deseja algum procedimento, faz-se um termo de recusa, porém constata-se uma lógica que deveria ser invertida. Nesse sentido, ao invés de termo de recusa, o hospital deveria redigir termo de autorização dos procedimentos, pois teoricamente, não se permite dispor de um corpo de um paciente sem consentimento, nesse caso, dos pais.¹²⁹

Atualmente, verifica-se que o conceito de parto perfeito e de recém nascido saudável são sinônimos de sobrevivência, como se apenas sobreviver ao parto e nascer com vida importasse. Contudo, a sociedade moderna está utilizando o modelo tecnocrata¹³⁰ do parto, pelo qual se separam corpo e mente, ignorando aspectos psicológicos tanto da mulher quanto do recém-nascido.¹³¹ No mesmo contexto, a substituição dos partos naturais pela ocitocina sintética e da cesariana fácil e rápida, suprimiram a liberação dos hormônios naturais do parto, chamados de “hormônios do amor”. Atualmente, o número de mulheres que dá à luz somente graças a liberação deste coquetel de hormônios naturais, sem nenhuma intervenção, está chegando a zero. Entretanto, a química liberada naturalmente pelo corpo da mulher, como a ocitocina natural, endorfina, prolactina e adrenalina são fundamentais para o fenômeno de vinculação entre mãe e filho e foram moldados, no processo de nascimento, de uma forma muito sutil pela natureza.¹³²

Destaca-se que, entre os mamíferos, no pós-parto imediato, há um período de tempo crucial, de liberação de hormônios, durante o qual o contato entre os indivíduos é fundamental para vinculá-los, entretanto as crianças são tiradas de suas mães para realização de testes, sem ao menos se alimentar ou encostar na sua genitora. Obviamente, quando uma mulher tem seu filho por cesárea, ou tem o parto induzido por ocitocina artificial, não está o mesmo equilíbrio hormonal que uma mulher que dá à luz

¹²⁸“Fala atribuída a médica neonatologista em resposta ao questionamento da gestante sobre os procedimentos a serem realizados no bebê ao nascer. A.D atendida através do plano de saúde, Vitória-ES”. Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. p. 132- 133

¹²⁹O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

¹³⁰“Ao redor do mundo podemos encontrar três paradigmas principais de saúde e cuidado com o nascimento. Robbie Davis, antropóloga Phd, os chama de paradigmas ou modelos tecnocrata, humanizado e holístico. No modelo tecnocrata, o corpo é visto como uma máquina. A mente e o corpo são tratados separadamente e o corpo é tratado como um objeto. Então você diz: A cesariana do quarto 112”. Tudo se resume a intervenções agressivas com ênfase em resultados imediatos: se pode fazer com tecnologia, faça com tecnologia.” “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

¹³¹Robbie Davis, antropóloga Phd, em :“O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”.

¹³²Michel Odent, médico e pesquisador, em : “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”.

por ela própria. Isso significa que os hormônios biológicos do amor se tornaram redundantes, inúteis, durante o período crucial em torno do nascimento. O fato é inédito na história do nascimento e na história da humanidade, pois desde sempre, a sociedade promove o amor, ressaltando a sua importância, mas quando se analisa o que está acontecendo no nascimento, pode-se dizer que a promoção do amor não está sendo eficaz. Nesse sentido Michel Odent¹³³propõe que se faça uma pergunta básica: Como se desenvolve a capacidade de amar?

A resposta para a referida pergunta é capaz de dimensionar a importância dos fatos que acontecem durante o nascimento. Se houver uma visão geral sobre estudos publicados ao explorar condições patológicas psíquicas, desvios de personalidade, criminalidade, autismo, suicídio, comportamento autodestrutivo, drogadição, anorexia, tais comportamentos estão sempre relacionados com a capacidade de amar a si e amar o próximo. Nesse sentido, os pesquisadores concluem que os fatores e o contexto do nascimento são importantes e determinantes nesses aspectos. No atual contexto, não há pesquisa nem projeção sobre qualquer modelo de parto parecido, mas o que se observa após a interferência no nascimento de mamíferos não-humanos, pelo uso da anestesia peridural, por uma cirurgia cesariana, qualquer forma de interferência no nascimento de um mamífero não-humano, em diversas situações, a mãe não se interessará pelo filhote. O caso humano é mais complexo, pois são seres que conversam, criam cultura e a mulher tem a capacidade de se preparar e antecipar atitudes maternas por nove meses, pois possui a consciência da gravidez. Entretanto, a ciência, a racionalidade e a tecnologia por vezes ignoram e invalidam o fato de que somos, de essência, mamíferos. Portanto, perguntas que devem ser feitas a fim de impulsionar o questionamento do modelo técnico assistencial do parto são: *qual o futuro da humanidade nascida por cirurgia cesariana e uso de ocitocina sintética? Suprimiram os hormônios naturais do amor, o que isso vai significar para nós a nível de sociedade?*¹³⁴

O contexto do nascimento clássico hospitalar é tão violento, perpassado por frio, manuseado do neném, aplicação de colírio de nitrato de prata, verificação da perfuração do ânus com catéter, esticamento bruto do corpo que estava encolhido, o barulho, a luz, solidão logo após o nascimento, é um choque tão grande que a primeira transição forte

¹³³Michel Odent, médico e pesquisador, em : “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”.

¹³⁴Michel Odent, médico e pesquisador, em : “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”.

de vida já vem com o marco da violência. Importante salientar que não separar o bebê da mãe, deixar eles olho a olho, é o antídoto mais possante contra a depressão pós parto.¹³⁵ Destaca-se que não basta sobreviver, já que as experiências do parto acompanham a mulher e a criança para o resto da vida. Portanto, é necessária modificação para garantir dignidade, humanidade e saúde tanto corporal quanto mental, sendo presadas a qualidade, delicadeza em cada aspecto, em cada momento do trabalho de parto, do nascimento, das primeiras horas de vida desse ser humano que acabou de nascer. A sociedade não quer sobreviventes, quer gente bem recebida e respeitada.¹³⁶

3.6. PLANO DE PARTO COMO FORMA DE PROTEÇÃO E ESCLARECIMENTO

O plano de parto é um documento garantido pela legislação brasileira e recomendado pela OMS para melhorar o atendimento e o diálogo entre a equipe de assistência ao parto e a gestante. É uma espécie de contrato feito pela parturiente e assinado pela equipe médica, onde fica escrito tudo o que a mulher deseja da assistência médica e hospitalar em relação ao seu trabalho de parto e cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato. O plano de parto é uma forma de deixar clara a comunicação do que a gestante espera da assistência, revelando que está informada sobre os procedimentos feitos no parto e no recém-nascido e que não gostaria que fossem tratados com intervenções de rotina, mas sim com atenção individualizada e submetidos apenas a procedimentos necessários, com o devido consentimento e esclarecimento.¹³⁷

Contrários à autonomia da paciente, alguns hospitais, para fugir da demanda judicial, apresentam planos de parto de adesão, mas esses documentos não têm validade já que o consentimento deve ser livre e esclarecido pela gestante.¹³⁸ Segundo Ana Carolina Previtalli Nascimento¹³⁹, procuradora da República, há grande resistência no

¹³⁵Laura Uplinger psicóloga perinatal, em “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

¹³⁶Ana Cristina Duarte Obstetrix “O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013.”

¹³⁷<https://www.despertardoparto.com.br/o-que-e-plano-de-parto.html>

¹³⁸Ana Lúcia Keunecke, advogada, em O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018.”

¹³⁹Podcast no Sessão Aberta, do Ministério Público Federal em São Paulo, sobre Violência Obstétrica. Dia 10 de março 2020

diálogo por parte da comunidade médica e dos conselhos Estaduais e Federal de Medicina. Nesse sentido, são frequentemente editadas resoluções ilegais por parte desses órgãos, as quais proíbem partos domiciliares, proíbem os planos de parto, sendo necessárias intervenções do Ministério Público Federal a fim de coibir esse tipo de norma. Segundo a procuradora, o problema é a imposição da medicina autoritária, pois os médicos e suas instituições se consideram autoridade suprema, e se fecham ao diálogo e à demanda de protagonismo das mulheres pela sociedade. Nesse contexto, o parto é um momento fundamentalmente da mulher, uma experiência cultural, pessoal, familiar e deve ser respeitado acima de tudo. As mulheres grávidas não são mulheres doentes, incapacitadas, impossibilitadas ao diálogo, incapazes de participar das decisões; elas são, na sua grande maioria, saudáveis e capazes. Nesse sentido, o Ministério Público Federal vem exigindo o monitoramento dos procedimentos do parto, indicadores de intervenções à exemplo da episiotomia. Referiu que foi instaurado Inquérito Civil em São Paulo a fim de investigar atos de violência obstétrica e, em face disso, recebem diversas denúncias de vários Estados Brasileiros. Salientou também a resistência dos médicos ao compartilhamento do trabalho com os enfermeiros obstetras e obstetras, profissionais que têm autonomia e autorização legal para atender um parto de baixo risco integralmente.

4 ÉTICA E DIREITO PENAL DA MEDICINA NOS CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

4.1. O CONFLITO ENTRE A ÉTICA HIPOCRÁTICA, PATERNALISTA E A ÉTICA DA AUTONOMIA

O Direito Penal da medicina é perpassado por situações em que é necessário diagnosticar o que, efetivamente, legitima as intervenções médicas. Nesse sentido, a partir dessa análise, é possível definir quais as hipóteses que o médico possui, de fato, autorização legítima para interferir na esfera corporal da parturiente e quais casos necessitam consequências jurídicas. Nesse sentido, os crescentes questionamentos e a valorização da autonomia plena do paciente impulsionaram esse debate.¹⁴⁰ O questionamento proposto é :o que, de fato, autoriza os procedimentos invasivos e tecnológicos nos corpos das mulheres, se o direito profissional do médico ou o consentimento da parturiente? Considerando que as intervenções, durante a assistência ao parto, podem afetar bens jurídicos como a integridade física, a liberdade e até mesmo as vidas da paciente e do filho, a análise da sua legitimidade envolve a possível perpetração dos crimes de lesão corporal, constrangimento ilegal e homicídio, dispostos, respectivamente, nos artigos 129, 146 e 121 do Código Penal.

Verifica-se que as condutas obstétricas afetam o corpo e a saúde das pacientes, sendo possivelmente enquadradas no artigo 129 do Código Penal, que expressamente proíbe “*ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem*”. Nas hipóteses em que profissionais realizam procedimentos arbitrários que violam a liberdade das parturientes pela ausência do consentimento ou informação, como nos casos da episiotomia de rotina¹⁴¹, do ponto do marido, da cesárea elegida para encaixar na agenda profissional,

¹⁴⁰“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons, 2020.p. 20

¹⁴¹“Não raramente a episiotomia é “indicada” por médicos com fundamento genérico, sem que haja uma situação concreta que explicita sua necessidade médica. Apesar de questionada por alguns especialistas, essa indicação para a episiotomia faz parte das recomendações da Organização Mundial da Saúde. A respeito,cf. CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidência.” *Femina*, v.38, nº 5, mai 2010. Apud: “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020.p. 20

sob justificativa enganosa de impossibilidade ao parto normal, utilização do soro da ocitocina sem indicação e imposição da posição supina.¹⁴²

O reconhecimento da autodeterminação do paciente, como indivíduo emancipado, ocasionou mudança de paradigmas na ética médica, favorecendo uma mudança da ética paternalista, que consiste em atribuir ao médico o direito e o dever de decidir e proceder com o tratamento segundo seu conhecimento científico e experiência, para a ética em que se atenta à autonomia do paciente a fim de legitimar qualquer intervenção corporal. A necessidade de mudança foi impulsionada a partir de casos muito sérios de abuso médico durante o Período da Alemanha nazista, durante a segunda guerra mundial. Nesse sentido, o *Código de Nuremberg*¹⁴³ de 1947 e a *Declaração de Helsinque sobre a investigação médica* de 1964, editada pela Associação Médica Mundial, emergiram uma nova exigência baseada na condição do consentimento do paciente. Em 1981, foi consagrado a nível internacional o reconhecimento da autonomia do paciente em relação a todos os tratamentos médicos, por intermédio da *Declaração de Lisboa sobre os direitos do paciente*, corroborada, posteriormente, pela *Convenção de Direitos Humanos sobre Biomedicina* do Conselho da Europa de 1997 e pela *Declaração Universal sobre bioética e Direitos Humanos da UNESCO* de 2005.¹⁴⁴

A ética hipocrática¹⁴⁵, no contexto brasileiro, é bastante utilizada a fim de legitimar as condutas médicas. A orientação do posicionamento, preconiza os atos praticados com a justificativa em salvar vida do paciente, e por vezes sequer menciona a autonomia, consentimento e livre autodeterminação em relação ao tratamento recebido. Nesse sentido, segundo Flávia Siqueira, é importante analisar a dogmática que justifica as intervenções médicas, já que são legitimadas, no ordenamento jurídico brasileiro pelo exercício regular do direito, ou seja, o médico tem o direito de atuar em benefício da parturiente. Muitas vezes, o tratamento médico ignora a autonomia, ou legitima a equivocada posição que, em casos de conflitos de vontade, qualquer tratamento médico deve ser concebido *prima facie* como lícito, embora não autorizado. Contudo, o

¹⁴²SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.32

¹⁴³ “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons, 2020. p. 21

¹⁴⁴“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons, 2020. p. 22

¹⁴⁵Juramento de Hipócrates, aceito pelos médicos e em uso até hoje, consiste na **Declaração de Genebra, modificada em 1994**, pela Assembleia Geral da Associação Médica Mundial.

posicionamento central da prática obstétrica, para fins de conceituação desta monografia, deveria ser que as intervenções apenas pudessem ser legitimadas pelo consentimento da mulher.¹⁴⁶

A ética hipocrática, cujo juramento é proferido pela maior parte dos estudantes de medicina, na ocasião da formatura, é fundada na supremacia da saúde e vida do paciente. Assim sendo, mediado pela sua autodeterminação, o médico não pode causar dano intencionalmente. Nesse sentido, há manifesta assimetria entre a vontade do paciente e os atos do médico que consideram única e exclusivamente a saúde e a vida, de acordo com os seus próprios princípios. Ao médico é dado o poder da cura, a onisciência de saber exatamente qual é o tratamento adequado para a patologia do paciente, no caso da gravidez traz inclusive uma superioridade moral, sempre detentor do conhecimento do que seria “melhor” para a parturiente e seu feto. A patologização do parto contribuiu para que a mulher fosse tratada como paciente, não como parturiente, o que significa que, além da visão do pessimismo sexual cristão, a própria consciência médica, transforma-a em um ser sofredor em dobro, já que o significado de paciente é aquele que padece, sofre, que não pode tomar decisões pelo seu estado de saúde.¹⁴⁷

A ética hipocrática sobrepõe o “melhor interesse médico”, determinando não apenas a supremacia da vida, mas o dever do profissional em intervir a favor da saúde do paciente, sem mencionar o consentimento ou considerar a opinião da pessoa afetada. Ademais, é pregado que a informação passada ao paciente é a mínima possível, somente quando houver demasiada relevância. Tal fato contribui para a imagem do médico como figura de autoridade, respeito, detentor do saber científico e da melhor maneira para promover a saúde do paciente.¹⁴⁸

No Brasil, o Código de Moral Ética de 1929 apresenta a ética hipocrática como norte das intervenções, sendo importante citar que, no artigo 4º do documento, explicitava que o profissional deveria tolerar os caprichos do paciente enquanto eles não se opusessem ao tratamento necessário. Nesse viés, percebe-se o desdém em relação à opinião do paciente. A mesma diretriz foi incorporada pelos Códigos de Deontologia

¹⁴⁶SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p. 29-30

¹⁴⁷SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.44

¹⁴⁸SIQUEIRA, Flávia. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p. 44-46

Médica brasileiros de 1931 e 1945¹⁴⁹. Na assistência ao parto, percebe-se essa lógica, quando é relatado que muitos médicos, com baixíssimas ou mesmo ausentes taxas de parto normal, informam à parturiente que sua escolha pelo parto normal será respeitada, logo no início da gravidez, levando a escolha da mulher “em banho maria” até o momento em que a gravidez avança e o médico informa, por motivos questionáveis, que a escolha adequada para uma suposta complicação, muitas vezes inexistente, é a cesárea. A gestante, por ter sido atendida durante toda a gestação e ter estabelecido uma relação de confiança com o profissional, acaba se submetendo ao procedimento.

Salienta-se que o juramento hipocrático não considera a dimensão da autonomia da paciente, fato que motivou muitas críticas ao que se chama de Ética Paternalista. Verifica-se uma tendência de objetificação da paciente, sendo ela considerada um mero objeto de intervenção do médico¹⁵⁰, fato que pode ser elucidado pela posição horizontal do parto moderno, molde no qual a única explicação é a facilidade em que o profissional pode realizar as intervenções tecnológicas no corpo das mulheres. A posição é considerada irracional se analisados os dados de sofrimento fetal e demora dos processos em comparação aos partos de cócoras, o preferido das índias.

O paternalismo, originado do termo latino pater, que significa “pai”,¹⁵¹ alude a uma estrutura baseada na autoridade patriarcal¹⁵², caso em que o sujeito é tutelado pelo Estado-pai, instituição ou algum terceiro, a exemplo do obstetra. Nesse sentido, o profissional, na certeza da detenção do conhecimento científico e, portanto, de um saber sobre o bem-estar do indivíduo, maior do que ele mesmo, impõe algum procedimento ou padrão de conduta, mesmo quando a intervenção não é consentida. A visão ética impele ao profissional um dever absoluto de promoção de vida e saúde e, dessa forma, a obrigação de atuar sob quaisquer circunstâncias, inclusive a do não consentimento, ou não informação, para cumprir com o “dever maior”. A intervenção se fundamentaria no bem-estar da parturiente, a partir de uma coerção, ignorando qualquer manifestação de vontade sobre os processos pelos quais deseja ser ou não submetida durante a assistência do seu parto. O aspecto em agir pelo melhor da paciente, parece justificar a

¹⁴⁹SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p. 45-46

¹⁵⁰SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.46

¹⁵¹ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.47

¹⁵²SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p. 47

interferência na autodeterminação da pessoa, por uma “nobre razão”. Nesse sentido, transcreve-se parte do trabalho de Flávia Siqueira:¹⁵³

“Para além da coerção propriamente dita, que geralmente se vincula apenas a situações em que há emprego de violência ou ameaça, a imposição paternalista pode envolver igualmente situações de engano, de indução a erro ou até mesmo de controle ou não revelação de informações relevantes para a tomada de decisão, como quando um médico deixa de revelar o diagnóstico ou não esclarece devidamente o paciente antes de executar a intervenção”¹⁵⁴

De outro lado, se apresenta a indiferença e, inclusive, certo desdém em relação à vontade da paciente, neste caso, parturiente, sendo afetada pelo paternalismo rígido, o qual é amplamente criticado no trabalho da autora Flávia Siqueira. Em relação à cesárea de agendamento, percebe-se que há omissão e não informação em relação aos riscos quando proposta à parturiente, em contraponto às objeções da dor e deformação dos órgãos genitais, quando as mesmas expressam a sua vontade no sentido de partir pela via normal. Nesse contexto, transcreve-se, em relação ao paternalismo:

“(…) O médico estaria autorizado a deixar de revelar as informações necessárias para a tomada de decisão do paciente, induzindo-o a consentir justamente por não conhecer a extensão do diagnóstico, do prognóstico ou do tratamento em si. Esse é o chamado paternalismo do “médico que sabe o melhor” (“*doctor knows best*”), isto é, que parte do pressuposto de que o médico, por possuir conhecimentos técnicos, sempre terá mais condições de definir o que é “melhor” para o paciente e, portanto, poderá lhe impor a decisão mais racional ou medicamente indicada, para seu próprio bem. Diante disso, uma postura dogmática que chancela as orientações da ética hipocrática será, igualmente, paternalista.”¹⁵⁵

Importante salientar que, na visão de Beauchamp e Childress (2004, SIQUEIRA 2019,p.45), a autonomia da paciente não se limita à tolerância para com suas escolhas, mas implica ações positivas a fim de possibilitar as condições da decisão autônoma, pela informação. Assim sendo, a conduta implica ação negativa de não controlar ou impedir a autodeterminação da parturiente, ao mesmo tempo em que necessita ação positiva de informar para prover condições de uma decisão dotada de autonomia, pois a ampliação dos horizontes em relação à melhor escolha e os riscos que os procedimentos implicam é fundamental. Nessa feita, as ações autônomas possuem três requisitos

¹⁵³SIQUEIRA, Flávia. Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p. 47-49

¹⁵⁴SIQUEIRA, Flávia. Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p. 50 e 51

¹⁵⁵SIQUEIRA, Flávia. Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.52

principais que são: uma ação intencional dotada de compreensão e ausência de controle externo do profissional.¹⁵⁶ Em outra perspectiva, a consideração de diretrizes, tanto dos médicos, como de instituições, tradições, não afeta a autonomia, pois cabe a própria gestante ponderar quais orientações escolherá seguir.¹⁵⁷

É importante salientar a divergência entre as concepções do que significa autonomia, entretanto, nesta abordagem, salienta-se que é necessário impor respeito a ela, por pertencer à esfera privada e intangível da paciente, ou seja, reconhecê-la como direito a ser observado. Ademais, destaca-se o caráter da parturiente como legisladora da sua assistência ao parto, sendo o obstetra obrigado a respeitar suas leis genuínas, que expressam sua verdadeira vontade a partir do esclarecimento consciente e verdadeiro sobre as vias de parto e os procedimentos durante o processo. Assim sendo, o reconhecimento da autonomia, impõe ao profissional o dever de respeitar as escolhas livres da parturiente, ainda que discorde de seus fundamentos.¹⁵⁸

O conceito de autonomia, pode ser extraído da sua própria etimologia, do grego, *autos* (“si mesmo”) e *nomos* (norma, lei)¹⁵⁹, o que significa determinação das suas próprias regras.¹⁶⁰ Nessa feita, quando o indivíduo for coagido ou controlado por fatores que lhe são externos, estará realizando conduta não-autônoma. No âmbito médico, a autonomia significa o direito de tomar suas próprias decisões sobre intervenções médicas. Além disso, abrange o direito de não se submeter a intervenções médicas sem consentimento ou contra sua vontade, ao mesmo tempo que pode escolher se submeter a procedimentos mesmo que não haja indicação médica, sendo o consentimento válido requisito suficiente para legitimar a intervenção. Nesse sentido, a paciente exerce a liberdade ao aceitar ou pedir uma intervenção na sua esfera corporal, bem como todos os riscos inerentes ao procedimento e, por isso, o esclarecimento sobre os riscos são fundamentais¹⁶¹

¹⁵⁶SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.64-65

¹⁵⁷SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.66

¹⁵⁸SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina*. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019. p.66-70

¹⁵⁹“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons, 2020. p.22

¹⁶⁰“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p. 22

¹⁶¹“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.23

Verifica-se que a ética da autonomia consiste na emancipação da mulher da autoridade do médico, afirmando sua condição de indivíduo, deixando de ser mero objeto de intervenção médica. Nesse sentido, é incumbida à mulher a função de decidir quais intervenções ela deseja se submeter durante o parto¹⁶². Assim sendo, transcreve-se trabalho de SIQUEIRA e ESTELLITA:

“Num paradigma ético-jurídico de tutela da *autonomia*, a *vontade* do paciente deve assumir um papel central para a análise da legitimidade das intervenções médico-cirúrgicas, considerando que a integridade corporal é um bem jurídico individual, a ninguém é dado o poder de intervir no corpo de uma pessoa sem a sua anuência¹⁶³, o que implica que *corpo* e *vontade* devem ser analisados, aqui, como um todo harmônico e indissociável. Assim, numa concepção que leva a sério o respeito à autonomia do paciente capaz¹⁶⁴, apenas este poderá autorizar interferências em seu domínio corporal, de sorte que, partindo dessa matriz axiológica e normativo-constitucional, a consequência dogmática só pode ser a adoção do *consentimento* ou, diante da impossibilidade de obtê-lo, do *consentimento presumido* como fundamento para a legitimidade dessas intervenções.”

Nos casos de intervenções durante o parto e até mesmo de cesáreas eletivas, o consentimento válido da parturiente é o que legitima a faculdade de disposição do bem jurídico penalmente tutelado por parte do seu titular. Nesse contexto, a conduta exercida em harmonia com a vontade da mulher é, em qualquer caso, atípica. Assim sendo, o obstetra que pratica intervenção nos limites do consentimento pratica uma conduta *prima facie* que não se enquadra aos tipos de lesão corporal e ou constrangimento ilegal. Entretanto, deve-se atentar para a validade da autorização consentida, já que nos casos em que há uma falsa ou duvidosa indicação de cesárea, quando não há esclarecimento sobre os riscos ou evidências científicas para a realização de procedimentos intervencionistas, a autorização não possui real validade.¹⁶⁵

A validade do consentimento respeita limites subjetivos e objetivos. Os limites objetivos respeitam balizas concretas que são determinados pela liberdade de

¹⁶²“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p. 24.

¹⁶³“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.28.

¹⁶⁴“Nos casos em que o paciente for incapaz, surge a figura do consentimento por representação, devendo o representante legal do incapaz consentir em seu lugar.” Parece-me que, ao contrário do consentimento real do paciente, o consentimento por representação afeta a antijuricidade da conduta do médico, porquanto, na verdade, não consiste na concretização da autonomia do titular do bem jurídico – no caso, o representado.” . “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.24.

¹⁶⁵ SIQUEIRA, flávia; ESTELLITA, Heloisa. “Direito Penal da Medicina”. São Paulo, SP: Marcial Pons, p. 28

disposição. Por exemplo, na legislação brasileira, a mulher não possui autonomia para se submeter a um aborto provocado, independentemente do seu consentimento. De outra feita, os limites subjetivos correlacionam-se com limites como a capacidade de consentimento da titular do direito e a liberdade na formação da vontade e da tomada de decisão, ou seja, ausência de erro ou vício no consentimento. O último requisito abrange o cumprimento do dever de esclarecimento por parte do médico¹⁶⁶, o que significa dizer que só há legitimidade diante da observância plena dos referidos limites, não sendo suficiente apenas a assinatura do consentimento do termo de consentimento pela gestante.¹⁶⁷

Em relação a indicação médica da intervenção, não é caracterizada como um requisito de validade do consentimento, muito menos desobriga da necessidade de colher a autorização. Segundo Flávia Siqueira, a indicação afeta apenas a intensidade do dever do esclarecimento, pois quanto menos intensidade houver na indicação, mais intensa é a obrigação do médico de informar e esclarecer em relação aos riscos e possíveis efeitos lesivos, a fim que a parturiente tenha a capacidade de decidir livremente submeter-se ou não ao procedimento ou intervenção. Ademais, a mera indicação não autoriza o médico a intervir, já que o único requisito que legitima a ação do médico é autorização válida, ainda que o objetivo dele seja, dentro das suas concepções, melhorar a saúde da parturiente.¹⁶⁸

De outra feita, o consentimento válido apenas pode ser relativizado nos casos em que não for possível obtê-lo, por exemplo, casos de a mulher gestante sofre um acidente, fica inconsciente e necessita de uma cirurgia cesárea de urgência¹⁶⁹ e, o seu representante legal está inacessível. Nesse contexto, a conduta positiva do médico pode ser fundamentada no consentimento presumido da paciente, legitimada pelo estado de

¹⁶⁶ “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.28

¹⁶⁷“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.28

¹⁶⁸“ SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.29

¹⁶⁹No âmbito da Medicina, é comum a distinção entre as noções de urgência e de emergência. Conforme estabelecido pelo CFM no art.1º da Resolução nº 1.451/1995, concebe-se por urgência “a ocorrência imprevista de agravo de saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.”; e por emergência “a constatação médica de condições de tratamento médico imediato.” Não obstante, A doutrina penal não faz essa distinção ao tratar dos problemas de direito penal médico, utilizando preponderantemente, como esclarece Souza, o termo urgência. SOUZA, Paulo Vinícius Sporleder de. Direito Penal médico e consentimento presumido. REC, v.10, nº 42, 2011, p. 96. Apud: “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.29.

necessidade¹⁷⁰, que se apresenta na existência de conflitos de interesse. Salienta-se que a legitimidade da conduta deve ser observada em harmonia com mais duas condições específicas: a *impossibilidade fática ou normativa* de obtenção do consentimento real e a *orientação pela vontade presumida do paciente*.¹⁷¹

4.2. A INTERVENÇÃO OBSTÉTRICA ARBITRÁRIA COMO LESÃO CORPORAL

O artigo 129 do Código Penal pressupõe uma “*ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem*”. No que diz respeito à primeira disposição tipificada, a ofensa à integridade corporal se entende como “a alteração, anatômica ou funcional, interna ou externa, do corpo humano”.¹⁷² A segunda disposição, vincula-se à saúde concebida a partir da definição do termo segundo a OMS¹⁷³, caracterizada por “ausência de doença ou enfermidade” e por “um estado completo de bem-estar físico, mental e social”. Importante referir que, segundo a doutrina brasileira, a ofensa à saúde requer “alteração de funções fisiológicas do organismo ou perturbação psíquica”¹⁷⁴, sendo que alguns autores defendem que há pressuposto lesivo nessa alteração de funcionamento normal.¹⁷⁵ Entretanto, deve-se ver o corpo e a saúde como interesses correlacionados que, em conjunto, compõem o objeto de tutela do delito de lesões corporais.

Nesse sentido, o profissional da saúde que utiliza um bisturi para fazer uma episiotomia ou uma cesárea, que injeta soro de ocitocina para acelerar o parto, que faz uso de analgesia intravenosa, que realiza a manobra de kristeller provoca

¹⁷⁰ O estado de necessidade, caracterizado pelas causas que excluem a ilicitude do ato praticado pelo agente (art. 23, I e art. 24 do CP) . Nesse sentido, transcrevem-se os referidos artigos, conforme o diploma legal:

“Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato:

I - em estado de necessidade;

(...)

Estado de necessidade

Art. 24 - Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se.”

¹⁷¹“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.30

¹⁷² “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p. 31

¹⁷³A constituição da OMS foi incorporada no Brasil pelo Decreto nº 26.042/48.

¹⁷⁴ “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.31

¹⁷⁵ “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p. 31

obrigatoriamente uma alteração, mesmo que seja momentânea, no organismo da mulher, afetando a saúde e o corpo, ainda que, vise a uma melhora no estado de saúde da paciente. Na mesma perspectiva se enquadram a aplicação do colírio de nitrato de prata e a verificação da perfuração do ânus do recém nascido com catéter. Nesse sentido, essas intervenções que recaem sobre o corpo da mulher e da criança são certamente relevantes para a análise do crime de lesão corporal, pois ainda que não haja lesão no resultado final da intervenção, não afasta a alteração na esfera corporal pregressa dos pacientes.¹⁷⁶

Transcreve-se Estellita e Siqueira¹⁷⁷:

[...] O amoldamento típico das intervenções médicas arbitrárias ao crime de lesão corporal encontra seu principal fundamento, a meu ver, na própria concepção do bem jurídico protegido por esse delito. De acordo com a doutrina, bem jurídico tutelado pelo art. 129 do CP é a “incolumidade da pessoa humana”, que compreende “a integridade física e psíquica do ser humano”. A controvérsia reside, portanto, na definição da abrangência da noção de *integridade física*: se ela se refere apenas ao *corpo*, enquanto matéria ou base da existência biológica dos indivíduos, ou se abrange também o direito individual à *autodeterminação* sobre ele.”

Importante mencionar que a doutrina Alemã posiciona-se no sentido de que uma intervenção médica, mesmo que indicada e bem-sucedida, está amoldada ao crime de lesão corporal e, somente é considerada atípica a partir do consentimento do paciente ou do seu representante legal. Entretanto, há várias críticas em relação a essa concepção pertinentes para este trabalho, nessa feita, alega-se que o Tribunal Federal de Justiça Alemão, Bundesgerichtshof (BGH), estaria comparando a conduta do médico a de um “esfaqueador”.

Assim sendo, as intervenções bem-sucedidas não poderiam ser consideradas lesões corporais, sendo as exigências jurisprudenciais muito severas. Há algumas opiniões desfavoráveis à ética da autonomia, sendo a principal delas que esse posicionamento igualaria o bisturi do médico ao punhal de um assassino. Critica-se bastante os deveres de informação do médico no tipo de lesão corporal, portanto esses aspectos trariam um risco penal insuportável para o médico.¹⁷⁸

¹⁷⁶“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.32

¹⁷⁷“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.31 e 32

¹⁷⁸“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.34

Foram propostas várias teorias, entretanto, nenhuma delas valorizava a autonomia do paciente, prescindindo de consentimento para afirmar a legitimidade das intervenções médicas. Nesse contexto, qualquer intervenção médica bem-sucedida seria considerada atípica, mesmo que contra a vontade do paciente, além de dispensados os requisitos de validade de consentimento. Importante aduzir que essa concepção legítima diz que se uma intervenção arbitrária no corpo do paciente não se caracteriza como lesão corporal, porquanto o corpo do paciente não pertence a ele próprio, desvinculando o corpo da vontade do indivíduo que nele habita.¹⁷⁹

Em sentido contrário, o paradigma do consentimento, segundo Siqueira e Estellita, não equipara o médico a um esfaqueador, isso porque as lesões autorizadas seriam consideradas atípicas por ausência de lesão ao bem jurídico. Ademais, ocorre que, em algumas situações, a prática de condutas penalmente típicas fariam parte do próprio exercício profissional, como no caso de condutas justificadas pelo consentimento presumido, estado de necessidade. De outra feita, uma alternativa para as intervenções arbitrárias bem-sucedidas ou corretamente executadas, diante da necessidade de tutelar a autodeterminação da parturiente, seriam encaradas como crime contra a liberdade individual, como constrangimento ilegal. Salienta-se que é inegável que a punição desses casos como lesões corporais, ao menos enquanto inexistente lei específica que tutele os casos de violência obstétrica, decorre de uma necessidade político-criminal.¹⁸⁰

Somente por meio do consentimento se pode usufruir dos bens jurídicos individuais, porquanto não se deve separar o objeto de tutela (corpo), do indivíduo (mulher) ao qual pertence. Assim sendo, a intervenção arbitrária se amolda perfeitamente no crime de lesões corporais, independentemente do resultado não lesivo, pois a violação do corpo é feita em desconformidade com a vontade válida daquele que é tratado. Nessa feita, ofende-se a integridade corporal e a autodeterminação da parturiente e/ ou do seu filho, já que o médico adentra a esfera corporal do paciente sem a sua autorização, o que enquadra na real lesão à integridade física.¹⁸¹ Constata-se que a finalidade de cura não pode desobrigar o médico das responsabilidades penais referente

¹⁷⁹“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p. 35

¹⁸⁰SIQUEIRA, flávia; ESTELLITA, Heloisa. “Direito Penal da Medicina”. Edição. Local de publicação: Marcial Pons.p 36

¹⁸¹“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p. 37

às lesões corporais nos casos das intervenções não consentidas ou que o consentimento seja viciado.

4.3. A INTERVENÇÃO OBSTÉTRICA ARBITRÁRIA COMO CONSTRANGIMENTO ILEGAL

Alguns autores se posicionam contra a adequação típica das intervenções médicas arbitrárias sem consentimento como lesões corporais e defendem que as condutas se amoldariam melhor ao crime contra liberdade individual. Nesse sentido, existe a exigência típica de violência, grave ameaça ou redução da capacidade de resistência. Na maioria dos casos de violência obstétrica, esses elementos que caracterizam a violência são de fácil constatação. A redução da capacidade de resistência ocorre com a aplicação de sedativos, limitação de movimentos, imposição da posição supina, mulheres presas com algemas, em camisas de força para que o médico realize as manobras. Ademais, apenas o fato da mulher estar em trabalho de parto reduz a capacidade de resistência, ou a capacidade de barganhar em relação aos procedimentos os quais ela deseja se submeter ou não, por isso a importância do plano de parto. A grave ameaça se caracteriza nos momentos em que os profissionais condicionam a realização de procedimentos, frases como: “ou tu faz uma cesárea, ou tu e o teu filho vão morrer”; “ou tu faz força de tal jeito, ou tu e o teu filho vão morrer”.¹⁸²Entretanto, o enquadramento no art. 146 do Código Penal ¹⁸³excluiria da tipificação nos casos em que o médico simplesmente não colhe, ou que há consentimento viciado, causando uma insegurança na tutela desses bens jurídicos protegidos.

Verifica-se que a violência não pressupõe a relutância, ou a resistência da vítima, apesar de existem os casos em que o agente emprega a violência absoluta pela

¹⁸²Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

¹⁸³ “Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

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

Aumento de pena

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

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

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

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

força física, impossibilitando a vítima de realizar a sua vontade, como uso de algemas. O conceito de violência também abrange, como reconhece a doutrina brasileira, as hipóteses em que a vítima sequer precisa estar consciente para que sofra constrangimento ilegal, pois o indivíduo pode se aproveitar da situação de inconsciência para praticar conduta que recai sobre o corpo dela, limitando sua liberdade de não se submeter ao ato. Nesse sentido, o conceito de violência não pressupõe a resistência da vítima, mas o ato pelo qual ela é submetida que recai direta ou indiretamente sobre o seu corpo, limitando a sua liberdade. Nesse sentido, nos casos em que a paciente, apesar de não oferecer resistência, não consente a intervenção e ela é realizada, o profissional a constrangeu a ser submetida ou fazer algo que não correspondia a sua vontade. ¹⁸⁴

Salienta-se que o tipo penal do constrangimento não abarca critérios sobre a validade do consentimento ou a capacidade de consentir, motivo pelo qual ele se mostra deficitário. ¹⁸⁵ O problema central do artigo 146 do Código Penal, reside no seu parágrafo terceiro, o qual isenta as intervenções médicas não consentidas justificadas pelo iminente perigo para a vida do âmbito de proteção desse crime. Nesse contexto, muitos autores entendem que há autorização positivada no sentido de violação da autonomia e da liberdade do paciente para salvar sua própria vida ou a do seu filho. Essa postura é chancelada pela doutrina brasileira. Nessa interpretação tradicional, a parturiente pode ser protegida quando não corre perigo de vida e recusa, expressamente a intervenção médica.

Em contraponto, para Nilo Batista (2003, apud SIQUEIRA 2020, p.42) ¹⁸⁶o artigo 15 do Código Civil dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, teria revogado a justificante do art. 146, § 3º do Código Penal, pois é perceptível a antinomia entre as duas normas. Assim sendo, uma intervenção sem o consentimento, só seria legítima pelo estado de necessidade, casos de inconsciência e que o representante legal esteja inacessível. Nessa feita, fazer-se-ia a distinção entre as intervenções legitimadas em estado de necessidade e as que não foram consentidas. Cirino dos Santos (2014, apud SIQUEIRA 2020, p.42) também defende que o dispositivo da lei civil consagra o

¹⁸⁴“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.38-41

¹⁸⁵“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.41

¹⁸⁶“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.42

paradigma do consentimento e reflete na concepção penal das intervenções médicas no Brasil.¹⁸⁷

Segundo Siqueira e Estellita, o risco para a vida anterior à intervenção, decorrente do estado de saúde do paciente, difere-se do risco da própria intervenção e, assim, não há uma contrariedade insuperável entre os arts. 15 do CC e 146 § 3º do CP que fundamente a revogação tácita do último. O dispositivo do CC não afasta a hipótese de ser feita intervenção contra a vontade do paciente, desde que o tratamento não implique em risco de vida. Assim sendo, o CC não impede que o médico atue arbitrariamente. Nesse sentido, segundo as autoras, deveria ser proposta releitura do § 3º do art. 146 sob a ótica da dignidade humana e do respeito à autonomia individual ou a sua revogação expressa. Importante salientar que o referido dispositivo não autoriza a realização de intervenções contrárias à vontade do paciente, mas unicamente sem o seu consentimento. Ademais, a partir do respeito aos aspectos de autonomia, a execução de procedimentos sem o consentimento só seriam legitimadas caso não houvesse tempo hábil para obtê-lo, ante a urgência do tratamento, delineada pelo risco de vida do paciente.¹⁸⁸

Importante salientar que o § 3º foi introduzido na legislação penal brasileira em 1940, portanto essa visão não coaduta com o modelo constitucional vigente na atualidade, especialmente após a CF/88. Além disso, a interpretação tradicional do referido artigo pode gerar muitos infortúnios. Nesse contexto, da análise do Código de Ética Médica, e das Resoluções e Recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM) são influenciados pela concepção tradicional do dispositivo. O Código de Ética de 2018, em que pese reconheceu o consentimento do paciente como aspecto relevante, permite, em diversos dispositivos a desconsideração de vontade em casos em que há “risco iminente de morte”. O CFM faz uso expresso do art. 146 § 3º para fundamentar esse tipo de norma. Nesse sentido, a revogação do dispositivo forçaria o CFM a se adequar frente a questões de autonomia, moldando acertadamente as condutas arbitrarias ao crime de lesão corporal.

De outro lado, mudança menos drástica, seria adequar o referido artigo para que fique clara a ilegitimidade do tratamento ou intervenção contra a vontade do paciente,

¹⁸⁷ “ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons, 2020. p. 42

¹⁸⁸“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.44

em respeito ao seu direito de autonomia. Nesse contexto, o PLS 236/2012 que intenta reforma do CP, propõe a adição, ao final do dispositivo, de “exceto se, maior de idade e capaz, o paciente puder manifestar sua vontade de não se submeter ao tratamento”. Apesar de não ser a melhor redação, constituiria um passo para o reconhecimento expresso no âmbito penal, do direito à autodeterminação dos pacientes.¹⁸⁹

Importante salientar que o tipo penal do constrangimento ilegal é mais restritivo do que o de lesão corporal. Ademais, é de suma importância o esclarecimento para fins de leitura do §3º do artigo 146, para que não seja utilizado como fundamento de afastamento da tipificação inclusive do crime de lesão corporal. Por derradeiro, nos casos em que a ação do profissional estiver abarcada por ambos os crimes, de lesão corporal e constrangimento ilegal, deve-se observar as regras do concurso de leis para a solução do tratamento do caso.¹⁹⁰

4.4. PROJETOS DE LEI QUE VISAM ATIPIFICAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

As contradições doutrinárias para a tipificação das violências obstétricas fomentam um movimento que pretende fornecer tutela penal especial para os direitos sexuais, reprodutivos e de autodeterminação das parturientes. Nesse sentido, há alguns projetos de lei que pretendem disciplinar, com detalhes específicos, as condutas puníveis durante o pré-natal, parto, puerpério e abortamento. Verifica-se que os casos narrados pelas parturientes não se adequam a erros médicos, porque não são erros, mas violências cometidas contra as mulheres, portanto o movimento defende uma solução a nível legislativo, considerando as intervenções obstétricas arbitrárias, ofensas verbais e a perda da autonomia penalmente relevantes e, portanto, passíveis de tutela penal específica. Há três Projetos de Lei tramitam em conjunto na Câmara dos Deputados para tratar especificamente da violência obstétrica, pretendendo uma maior segurança jurídica e previsibilidade nesses casos. O mais antigo é datado do ano de 2014, de autoria do Deputado Jean Wyllys (PL 7633/14), seguido por dois projetos de lei de 2017, do Deputado Francisco Floriano (PL 8219/17) e da Deputada Maria do Socorro Jô Moraes (PL 7867/17).

¹⁸⁹“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.45-46.

¹⁹⁰“ESTELLITA, Heloisa. SIQUEIRA, Flávia; “Direito Penal da Medicina”, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020. p.46

O Projeto de Lei 7633/14, de autoria de Jean Wyllys, é o mais extenso e detalhista quanto as definições da violência obstétrica, constituído por 31 artigos, onde foram desenvolvidos diferentes critérios a serem adotados pelos profissionais e pelas instituições de saúde. Destaca-se que o artigo 13, *caput* e § único, define a violência obstétrica como:

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

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.”

O Projeto determina como ofensas verbais o tratamento da mulher de forma agressiva, não empática, a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, tratando-a como incapaz. Também considera ofensas os comentários constrangedores referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade. A censura ou deboche da mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica ou, ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros também estão descritos no PL como violências. Ademais, não se deve preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.¹⁹¹

Importante referir a determinação de respeito aos princípios da mínima interferência, preferência por métodos menos invasivos e mais naturais, sempre divulgando informações adequadas e completas à mulher, resultando em uma harmonização entre segurança e bem-estar do parto. Prima-se pela preservação da intimidade da mulher, respeito à sua liberdade, dignidade, autonomia, autoridade moral e ética para decidir, voluntariamente, como protagonista de seu próprio parto.¹⁹² Em relação ao direito à informação, o PL determina que deve-se esclarecer sempre sobre a evolução do trabalho de parto, o estado de saúde de seu filho, sobre as intervenções

¹⁹¹BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art. 14, incisos I, II, III e IV

¹⁹²BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art 3º

médico-hospitalares e possibilitar a escolha livre da parturiente quando existirem diferentes alternativas.¹⁹³Também é dada alternativa de alojamento conjunto e a opção de acompanhar o conceito nos procedimentos e cuidados especiais, se forem necessários.¹⁹⁴

No que diz respeito ao plano de parto, o artigo 6º, garante o direito à elaboração do documento, sendo que, durante o pré-natal, a gestante *deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança*. O referido documento pode ser alterado se, justificadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe ou do conceito, devendo a justificativa clínica estar anotada em prontuário.¹⁹⁵No referido documento, devem constar informações quanto a vontade em relação a presença do acompanhante, métodos não farmacológicos para alívio da dor, analgesia farmacológica mediante administração de anestésicos(perpassados pelos devidos esclarecimentos sobre os riscos e benefícios), o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos, posição do parto e alojamento conjunto.¹⁹⁶

Fica determinado no PL que alguns procedimentos específicos como utilização de ocitocina sintética, episiotomia, remoção manual da placenta, adoção de dieta zero durante o trabalho de parto devem ter justificativa clínica especificada em prontuário.¹⁹⁷Fica vedado constranger ou submeter a parturiente a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu conceito.¹⁹⁸Proíbem-se condutas como atender a mulher em trabalho de parto com a porta aberta, a Manobra de Kristeller, exames de toque cervical repetidos sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher e a episiotomia de rotina, sendo apenas aceita com a devida informação e consentimento da mulher, a partir de uma indicação clínica fundamentada. Proíbem-se, também, as condutas de amarrar, manter algemada, inclusive as mulheres que cumprem pena privativa de

¹⁹³Art. 4º inc IV

¹⁹⁴BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art. 4º inc IX

¹⁹⁵BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art 8º

¹⁹⁶BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art 6º, incisos I a VII

¹⁹⁷BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art. 10

¹⁹⁸BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art. 11, inc II.

liberdade. ¹⁹⁹Também considerada violência obstétrica a coação com a finalidade de confissão e denúncia à polícia nos casos de aborto provocado.²⁰⁰

No que tange aos recém nascidos, propõe-se a proibição da submissão de criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a genitora, inclusive em parto cirúrgico. Também garante o direito do cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais, a vedação pela instituição de ministrar leite artificial ou equivalente, quando a criança conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da genitora. ²⁰¹

Em seu artigo 19, o Projeto de Lei propõe que as escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais da área de saúde, médicos(as), enfermeiros(as), obstetrias e equipes administrativas hospitalares fiquem obrigados a implementar em suas diretrizes curriculares conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito, de acordo com as especificações dispostas no documento. Também é determinado a colagem de cartazes com as informação referente aos órgãos para a denúncia de ocorrência de violência obstétrica, além das condutas humanizadas elencadas nas diretrizes da Lei.

Em relação à cesariana eletiva, o artigo 25 do PL propõe que seja vedada sua realização sem recomendação real e clínica, determinando que os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde. O PL faz ressalva aos hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuem maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices para o procedimento cirúrgico.

Por fim, o Projeto de Lei ainda citou, no seu artigo 2º, leis esparsas que já garantem alguns direitos das gestantes, como as recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC

¹⁹⁹BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art.14

²⁰⁰BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art. 15

²⁰¹BRASIL Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014. Art. 16

no 36/2008. No final, fez questão de mencionar outros diplomas legais que também garantem direitos às mulheres e seus conceitos. Dentre eles, as Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o Nascimento, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW); a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica) de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992; a Portaria Ministerial no 569, de 01/06/2000; o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento; a Portaria Interministerial no 2.669, de 03/11/2009; O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08/03/2004; a Portaria no 2.799/2008 do Ministério da Saúde e a Lei 11.108/2005.

Em outra perspectiva, destaca-se o PL 8219/17, de autoria de Francisco Floriano, o qual foi o único que propôs pena específica. O artigo 3º, inciso IX, prevê detenção de seis meses a dois anos, e multa para o profissional que realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher. O mesmo artigo também salienta que *“o procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.”* Nesse sentido, determina pena de detenção de um ano a dois anos e multa.²⁰²

Na proposta de Lei, o deputado Francisco Floriano ressaltou que a violência obstétrica é um tipo de discriminação de gênero, devendo ser combatida da mesma forma que a violência doméstica vem sendo desarticulada por meio da Lei Maria da Penha. Destacou que a tipificação dos crimes feminicídio, a própria Lei Maria da Penha e a declaração da OMS sobre a violência obstétrica têm o mesmo objetivo, que é proteger a integridade física e a dignidade das mulheres. Nesse contexto, o projeto defende o direito de toda a mulher ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o cuidado de saúde digno e respeitoso.

De outra feita, o PL 7867/17, de autoria de Maria do Socorro Jô Moraes, em seu artigo 2º, § único, propõe a obrigação da elaboração do plano de parto, em contraponto com o artigo 5º da PL 7633/14 que coloca esse documento como um direito a ser garantido. Também destaca, em justificativa para a proposição do referido projeto, a Lei 17.097/2017, de autoria da ex-deputada federal Ângela Albino, sancionada no Estado de

²⁰²BRASIL. Câmara legislativa. Projeto de lei no 8.219 de 09 de agosto de 2017

Santa Catarina, a qual cria mecanismos de divulgação e combate a violência obstétrica. Destaca-se que a lei impulsionou a atuação do Ministério Público de Santa Catarina, lançando campanha contra a violência obstétrica, o que vem fomentando ações em outros estados.²⁰³

Os três projetos tramitam em conjunto, portanto serão analisados juntamente por tratarem da mesma matéria, se aprovado e sancionado pelo Presidente da República, a lacuna jurídica no que diz respeito à violência obstétrica será preenchida, o que pode incidir em impulsionar uma melhora do problema social dos partos precários no Brasil.

4.5. ALTERNATIVAS DIVERSAS À CRIMINALIZAÇÃO

Verifica-se que a criminalização da violência obstétrica é uma das soluções para o problema social que se apresenta, entretanto apenas a tipificação não erradica a violência. Além do preconceito contra a mulher, a violência obstétrica também passa por uma falha na formação das mulheres e dos profissionais de saúde. Nesse sentido, propõem-se alternativas mais profundas, que se iniciam com a instituição da educação sexual desde a escola, mediante a abordagem dos processos do parto, procedimentos de rotina durante o trabalho de parto e em relação ao conceito, para que no momento em que houver uma gravidez, a mulher já esteja familiarizada com os processos naturais do corpo feminino, propiciando as condições para o exercício de uma autonomia plena quando houver a gestação.

Ademais, é necessária a mudança de paradigmas no modo de ensinar uma medicina obstétrica menos intervencionista, desmistificando a própria classe médica sobre os processos naturais do parto, para erradicar a medicalização, as crenças sobre a incapacidade de parir da mulher moderna e a necessidade de intervenção a todo o momento. É necessário um ensino que enfoque não apenas procedimentos a serem realizados nos corpos dos pacientes, mas a tratar aquelas pessoas que necessitam de ajuda de uma maneira amável, fornecendo as informações necessárias para uma escolha consciente e autônoma. Destaca-se que as referidas posturas não vão encarecer a assistência ao parto, mas vão melhorar bastante a qualidade. Um incentivo monetário considerável para os médicos que fomentem e tenham suas taxas de partos naturais aumentadas também pode impulsionar essa desmistificação.

²⁰³Câmara legislativa. Projeto de lei N.º 7.867 de 13 de junho de 2017.

Em relação à cesariana eletiva, não seria a solução ideal sancionar uma lei que institua, obrigatoriamente que, de um dia para o outro, o Brasil passe a ter o índice de partos cirúrgicos a uma taxa de 15%, conforme indicado pela OMS. Não se trata de impor o parto normal para todas as mulheres de baixo risco, mas de fornecer atendimento humanizado e de qualidade para as parturientes que desejam um parto normal. Caso contrário, implicaria obrigar muitas mulheres a partejar e não é sobre impor via de parto, nem pensamentos, mas fornecer de uma maneira realista os riscos e benefícios de todos os procedimentos, para que a mulher tenha a autonomia e a capacidade plena de decidir, por si própria, respeitando a dignidade e a liberdade para se submeter apenas aos seus próprios valores de saúde e bem-estar.

Outra alternativa é oferecer serviços e profissionais de qualidade que tenham formação para o parto domiciliar seguro e confortável para parturientes de baixo risco e que o desejarem, diminuiria a superlotação de maternidades. Resignificar o modelo técnico assistencial do parto, removendo as parturientes e esses processos do hospital e propondo casas próprias de parto, locais próprios para parir, modelo que se apresenta em diversos países, a exemplo da Holanda.

A educação, exposição de cartazes informativos obrigatórios em maternidades sobre as condutas aceitáveis e censuráveis durante a assistência ao parto. A instituição e ampla divulgação dos planos de parto, destacando os procedimentos de rotina durante a assistência ao parto e também os procedimentos pelos quais os recém-nascidos são submetidos. É necessário o reforço do importante papel das autoridades sanitárias adotarem medidas de informação e proteção à gestante, parturiente e puérpera para promover as boas práticas em todas as etapas do cuidado com as mulheres, protegendo-as contra a violência obstétrica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, objetivando a análise da violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher, foi feito um apanhado histórico dos modelos técnico-assistenciais do parto no decorrer das civilizações até a modernidade. Nesse contexto, realizou-se correlação entre o status social da mulher durante a história das civilizações, suas respectivas crenças religiosas (rituais) e, posteriormente, científicas, para diagnosticar as heranças sócio-culturais herdadas de pensamentos misóginos e discriminatórios, os quais formaram Continente Europeu e, conseqüentemente, os países colonizados, caso em que o Brasil se enquadra.

O período da Antiguidade foi marcado por uma assistência ao parto bastante técnica e sofisticada, delineada pelo protagonismo feminino e respeito aos processos naturais do corpo das mulheres, havendo interferências apenas se houvesse complicações, fato que não impedia eventuais mortes durante o processo. Nesse contexto, as sociedades Indiana, Egípcia e Romana cultuavam diversas deusas que fortaleciam a figura da mulher e da parturiente. Percebe-se que o contexto religioso dessas civilizações estimulava o desenvolvimento da sexualidade e reprodução, fato que muda quando o Império Romano se cristianiza.

A Cristianização do Império Romano pregou a abolição do conhecimento científico, o que determinou a queima da maior parte dos registros obstétricos antigos. Nesse contexto, o Mito da Criação Judaico-Cristão institui que o pecado original foi cometido por Eva, uma mulher, motivo pelo qual toda a humanidade é condenada à imperfeição, à morte e à busca da redenção. Nos escritos bíblicos, a punição da mulher é sofrer muito na gravidez e parir com dor, ou seja, nesse momento a mulher estaria pagando a sanção pelo pecado cometido, sendo vedados o uso de quaisquer métodos que pudessem aliviar as dores. Ademais, houve a substituição das representações fortalecedoras das diversas deusas - cultuadas pelos povos antigos -pela figura da Virgem Maria, o que fomentou a depreciação da mulher nas esferas sexual e reprodutiva, uma vez que Maria concebeu sem relação sexual. Dentre as mulheres perseguidas nesse período da História, importante citar que a pior mulher e bruxa era a parteira, pois ela não tinha vergonha de ser mulher e aplicava os conhecimentos, baseados na experiência pessoal, na assistência ao parto.

O Iluminismo e a Revolução Francesa procuraram legitimar, cientificamente, a estrutura de desigualdade social entre a mulher e o homem. Nesse sentido, os sexos foram diferenciados desde sua constituição, momento em que foram criadas teorias baseadas na incapacidade da mulher para a política e para o conhecimento científico, haja vista a instabilidade mental que teria origem no ciclo menstrual e no parto – dois momentos permeados por vulnerabilidade. Ademais, a estrutura do crânio menor e os ossos da bacia maiores, em comparação ao masculino, legitimaram a função exclusiva de reprodutora, submissa à inteligência masculina. Por outro lado, o útero passou a ser considerado órgão nobre, pois dele dependia a reprodução da sociedade e, portanto, não poderia mais ser controlado pelas mulheres, momento em que foram proibidos métodos contraceptivos e o aborto. A figura da mulher como assistente do parto foi deslegitimada pela incapacidade, quando então houve o interesse em confinar o parto ao ambiente hospitalar, lugar predominantemente masculino. Nessa oportunidade, foi realizada uma releitura para a construção de uma ciência objetiva e masculina.

Percebe-se que o fenômeno do parto foi levado para o local onde as pessoas se direcionam quando estão doentes, o hospital, pelo que se conclui que o modelo técnico-assistencial moderno é patológico. Nesse sentido, os estudos científicos e o desenvolvimento de técnicas para solução de complicações durante o parto passaram a ser utilizadas rotineiramente, apesar de bastante invasivas, como forma de prevenir uma complicação que sequer há certeza se ocorrerá. Por outro lado, a partir do aprimoramento da técnica da cesárea, a sociedade de consumo instituiu a incapacidade da mulher moderna para o parto natural, razão pela qual é consolidado o parto cirúrgico como método preferido em contraponto às deformidades vaginais, à dor e à imprevisibilidade do parto natural. Constata-se que a mulher liberta-se da Igreja, mas fica a mercê do conhecimento científico médico. Importante perceber que medicina foi historicamente construída em cima de um discurso que legitima o controle do corpo e da reprodução da mulher e que esses fatos se relacionam com a forma pelas quais são usados mecanismos tecnológicos atuantes no parto.

O movimento feminista passou a questionar e reivindicar a humanização do parto, pois a visão patológica do corpo feminino ocasionou a imposição de práticas preventivas violentas e desumanas, construindo o parto como uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. A única alternativa para fugir dessas violências se apresenta pelo parto cirúrgico eletivo. O advento da Constituição Federal de 1988 positivou conquistas formais às mulheres, como a isonomia, entretanto a garantia da

igualdade formal não foi suficiente como forma de abarcar os desequilíbrios causados pela diferenciação natural dos gêneros masculino e feminino. Nesse sentido, apenas as mulheres engravidam, razão pela qual a ausência de medidas para garantir os direitos sexuais, reprodutivos e a dignidade da parturiente viola o princípio da igualdade e da não discriminação. Ademais, o direito à autonomia está vinculado ao direito à dignidade da pessoa humana.

Salienta-se que a concepção da OMS sobre saúde ultrapassa o bem-estar físico, compreendendo a integridade psíquica e social. Nesse contexto, é necessário reconhecer que o estado gestacional, apesar da visão patológica presente na atual concepção de modelo de parto, não retira a autonomia da parturiente, sua liberdade, tampouco sua dignidade, que é inerente à sua condição de humana. Apesar da situação de vulnerabilidade, principalmente durante o parto, a mulher não pode ser considerada objeto de intervenção do médico para se obter um filho saudável, independentemente do custo psicológico que os procedimentos e o tratamento lhe trarão, pelo contrário, deve reafirmar o seu direito à autodeterminação sobre seu próprio corpo, implicando o fato que qualquer intervenção tecnológica dependa do seu consentimento livre e informado. A OMS, no ano de 1996 editou diretrizes sobre a assistência ao parto positiva, classificando as condutas obstétricas recomendadas e as que devem ser abolidas, nesse contexto surgiu o conceito de violência obstétrica no Brasil. Salienta-se que a crescente medicalização a cirurgificação da assistência ao parto vem afetando de maneira negativa a experiência das mulheres e das crianças em relação ao processo.

Constatam-se duas vias de parto no modelo de assistência brasileiro: a via de parto “normal” a qual integra diversos procedimentos invasivos, dolorosos, desrespeitosos e o abandono da parturiente, em contraponto à cesariana eletiva, mediante a ausência de divulgação dos riscos que uma cirurgia desnecessária pode implicar para a genitora e para o concepto. As práticas violentas do parto pela via vaginal abrangem a negativa de acompanhante (garantido por lei), uso da manobra de Kristeller (terminantemente proibida pela OMS), a prática da episiotomia de rotina, seguida do “ponto do marido”, o abuso do uso de soro da ocitocina para acelerar o processo, imposição da posição horizontal durante todo o parto, uso de algemas para imobilização, uso de fórceps, diversos exames de toque feitos por diversos profissionais, negativa de anestesia ou qualquer método alternativo de alívio da dor, além de tratamento e palavras hostis mediante intensa culpabilização e punição pela sexualidade e gestação das mulheres, principalmente as mulheres pretas, índias e as

mais vulneráveis socioeconomicamente. Durante o procedimento de curetagem, após o aborto espontâneo ou provocado também são relatadas diversas condutas censuráveis por parte de alguns profissionais da saúde, inclusive a demora injustificada no atendimento além da ausência de anestesia durante os procedimentos. A violência também atinge os direitos dos recém-nascidos, os quais são submetidos a diversos procedimentos invasivos e desnecessários logo após o nascimento. Aspirações invasivas, verificação da perfuração do ânus com cateter, aplicação do colírio de nitrato de prata e solidão logo após o nascimento marcam a transição para a vida extra-uterina de maneira extremamente traumática e violenta. Em relação à escolha dos procedimentos, a mulher pode fazer uso de documento chamado “plano de parto”, no qual ela descreve todos os seus desejos em relação à assistência e cuidados com o recém-nascido no pós parto imediato.

Verifica-se que a legitimidade das intervenções médicas no Ordenamento Jurídico Brasileiro está fundada no exercício regular do direito, ou seja, o médico tem o direito de atuar em benefício da parturiente. Muitas vezes, o tratamento médico ignora a autonomia, ou legitima a equivocada posição que, em casos de conflitos de vontade, qualquer tratamento médico deve ser concebido *prima facie* como lícito, embora não autorizado. Contudo, o posicionamento central da prática obstétrica, para fins de conceituação desta monografia, deveria ser que as intervenções apenas pudessem ser legitimadas pelo consentimento válido da mulher. Nessa feita, a intervenção obstétrica não autorizada ou mediante consentimento viciado poderia se amoldar ao crime de lesão corporal, disposto no artigo 129 do Código Penal, sem a necessidade do pressuposto lesivo para o enquadramento, pois ainda que não haja lesão no resultado final da intervenção, não afasta a alteração na esfera corporal pregressa dos pacientes. Nesse contexto, apenas as lesões autorizadas seriam consideradas atípicas por ausência de lesão ao bem jurídico, somente por meio do consentimento se pode usufruir dos bens jurídicos individuais, porquanto não se deve separar o objeto de tutela (corpo), do indivíduo (mulher) ao qual pertence. Outra alternativa seria o enquadramento das intervenções obstétricas arbitrárias como constrangimento ilegal, disposto no artigo 146 do Código Penal, entretanto haveria exclusão da tipificação nos casos em que o médico simplesmente não colhe o consentimento, ou que há consentimento viciado, causando uma insegurança na tutela desses bens jurídicos protegidos. O problema central do artigo 146 do Código Penal, reside no seu parágrafo terceiro, o qual isenta as intervenções médicas não consentidas justificadas pelo iminente perigo para a vida, no

âmbito de proteção desse crime. Nesse contexto, alguns autores entendem que há autorização positivada no sentido de violação da autonomia e da liberdade da paciente para salvar sua própria vida ou a do seu filho. Essa postura é chancelada pela doutrina brasileira.

As contradições doutrinárias para a tipificação das violências obstétricas fomentam um movimento que pretende fornecer tutela penal especial para os direitos sexuais, reprodutivos e de autodeterminação das parturientes. Nesse sentido, há três projetos de lei que pretendem disciplinar, com detalhes específicos, as condutas puníveis durante o pré-natal, parto, puerpério e abortamento. Nesse sentido, O mais antigo é datado do ano de 2014, de autoria do Deputado Jean Wyllys (PL 7633/14), seguido por dois projetos de lei de 2017, do Deputado Francisco Floriano (PL 8219/17) e da Deputada Maria do Socorro Jô Moraes (PL 7867/17). Os três projetos tramitam em conjunto, portanto serão analisados juntamente por tratarem da mesma matéria. Se aprovado e sancionado pelo Presidente da República, a lacuna jurídica no que diz respeito à violência obstétrica será preenchida, o que pode incidir em impulsionar uma melhora do problema social dos partos precários no Brasil.

Verifica-se que a criminalização da violência obstétrica é uma das soluções para o problema social que se apresenta, entretanto apenas a tipificação não erradica a violência. Outras medidas diversas são necessárias como a instituição da educação sexual desde a escola, mediante a abordagem dos processos do parto, além da mudança de paradigmas no modo de ensinar uma medicina obstétrica menos intervencionista, desmistificando a própria classe médica sobre os processos naturais do parto, para erradicar a medicalização, as crenças sobre a incapacidade de parir da mulher moderna e a necessidade de intervenção a todo o momento. Em relação ao tratamento, é necessário que os profissionais tratem aquelas pessoas que necessitam de sua ajuda de uma maneira amável, fornecendo as informações necessárias para uma escolha consciente e autônoma.

Em relação à cesariana eletiva, não se trata de impor o parto normal para todas as mulheres de baixo risco, mas de fornecer atendimento humanizado e de qualidade para as parturientes que desejam um parto normal. Outra alternativa seria oferecer serviços e profissionais de qualidade que tenham formação para o parto domiciliar seguro e confortável, naturalmente para gestantes de baixo risco e que manifestassem tal desejo. Essa opção, por sua vez, teria uma consequência positiva, diminuindo a superlotação de maternidades. Todavia, e porquanto toda a exposição feita no decorrer

do trabalho, nada supera o poder da Educação. Há que se investir, sim, em uma profunda revisão de valores e, nessa revisão, há que se incluir a formação dos profissionais da saúde, mormente daqueles que se propõem ao exercício de uma Medicina que cuidará daquelas que carregam, nelas, a própria vida. Uma vida que, necessariamente, sofrerá o primeiro trauma – saindo do aconchego de um ventre para um mundo desconhecido e hostil. Então, e novamente, somente a Educação – um processo contínuo de desenvolvimento intelectual e moral que promove a verdadeira inclusão social, respeitando a diversidade e as necessidades de cada um.

Evidentemente, há um longo caminho a ser percorrido e muitos muros a serem derrubados. Mas as primeiras pontes já foram estendidas. E esse estudo, que ora se apresenta, é uma janela que se abre para receber o Sol do amanhã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bíblia Sagrada do Cristianismo

BRASIL. Câmara legislativa. Projeto de lei no 7.633 de 27 de maio de 2014.

BRASIL. Câmara legislativa. Projeto de lei N.o 7.867 de 13 de junho de 2017.

BRASIL. Câmara legislativa. Projeto de lei no 8.219 de 09 de agosto de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Brasília - DF, 2000.

BRENES, A. S. História da Parturição no Brasil, Século XIX, Cad. Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 7(2): 135-149, abr/jun, 1991.

MOLITERNO, A. C. M., BORGHI, A. C., ORLANDI, L. H. S. F., FAUSTINO, R. C., SERAFINI, D., CARREIRA, L. Processo de Gestar e Parir entre as Mulheres Kaingang. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 293-301.

CARMEN, S. G. D. Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 1996.

Código Penal Brasileiro

Código de Processo Penal Brasileiro

Curiosidade sobre o Kamasutra. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/noticias/ludovica/blogs/2.233664/para-maiores-de-idade-1.933255/curiosidades-sobre-o-kama-sutra-1.1057838>. Acesso 30/09/20 Acesso em: 02 de outubro de 2020.

Documentário Com Mãe Não Se Mexe! - Relatos de violência obstétrica em Santa Maria, RS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=StqwDMYV05w&t=749s> Acesso em: 15 de outubro de 2020.

Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

DOULA, V. W. Usar ou não o Soro com Ocitocina no Parto? Disponível em: <https://blog.casadadoula.com.br/parto-normal/usar-ou-nao-o-soro-com-ocitocina-no-parto>> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Violência no Parto: Na Hora de Fazer não Gritou. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

GARCIA, L. P., DUARTE, E. C., FREITAS, L. R. S. F., DRUMMOND, G. Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher: Estudo de Casos e Controles com Vítimas Atendidas em Serviços de Urgência e Emergência. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00011415.pdf>. Acesso em: 23 de setembro de 2020.

GOVERNO DO BRASIL. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>> Acesso em: 03 de novembro de 2020.

HARAYAMA, R. A Medicalização é Tema de Saúde Pública! Medica sim, Medicalizar, Não! Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/90507-a-medicalizacao-e-tema-de-saude-publica-medica-sim-medicalizar-nao/>> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

Isabela Boscov Fala sobre o Filme em que um Jovem Caçador (Steven Strait) Luta para Guiar seu Exército por um Deserto. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/quem-sao-os-grupos-que-tentaram-impedir-o-aborto-de-menina-de-10-anos/>> Acesso em 01 de outubro de 2020.

Lei nº 11634, de 27 de dezembro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em 01 de setembro de 2020

Lei 11.108/2005 (Lei do acompanhante). Disponível em: 11.108/2005. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

MALACARNE, J. Vêrnix: Entenda o que é e quais os Benefícios. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Saude/noticia/2019/04/vernix-entenda-o-que-e-e-conheca-os-beneficios.html> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em 13 de novembro de 2020

Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris, 1948. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423> Acesso em: 12 de novembro de 2020

"O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2013."

"O RENASCIMENTO do parto 2. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018."

"O RENASCIMENTO do parto 3. Direção de Eduardo Chauvet. Netflix, 2018."

PINHEIRO, C. Vernix Caseoso: Tudo sobre essa Proteção Natural do Bebê. Disponível em: <<https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/vernix-caseoso-protecao-natural-bebe/>> Acesso em: 13 de novembro de 2020.

PL 878/2019 Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5955C80D21B8B89C56E578B16F250EF9.proposicoesWebExterno2?codteor=1718521&filename=Avulso+-PL+878/2019 Acesso em: 12 de novembro de 2020.

Podcast no Sessão Aberta, do Ministério Público Federal em São Paulo, sobre Violência Obstétrica Acesso em: 10 de março 2020.

Portaria nº 569/2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

Recomendaciones de la OMS para los Cuidados Durante el parto, para una Experiencia de Parto Positiva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1> Acesso em: 06 de outubro de 2020.

Rocha, J. A. Novaes, P. B. Uma Reflexão após 23 anos das Recomendações da Organização Mundial da Saúde para Parto Normal. *Femina*. [online] 2010; 38(3) Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2020.

SIQUEIRA, F. Autonomia , consentimento e Direito Penal da Medicina. 1.ed. São Paulo: Marcia Pons, 2019.

ESTELLITA, H. SIQUEIRA, F; Direito Penal da Medicina, São Paulo, SP: Marcial Pons,2020.

ALMEIDA, M. “ESSE REPARO QUE TÁ COMEÇANDO AGORA LEVOU DOZE ANOS”: direitos humanos das mulheres à saúde e estudo do caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito UniRitter, Porto Alegre.