

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE DIREITO
VIVIANE GULARTE DE CHAVES

**BREVE ANÁLISE DOS RECURSOS DISPONÍVEIS AS VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SANTA CATARINA**

LAGES
2018

VIVIANE GULARTE DE CHAVES

**BREVE ANÁLISE DOS RECURSOS DISPONÍVEIS AS VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao
Centro Universitário UNIFACVEST como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Prof. Me. Felipe BoeckFert

LAGES

2018

VIVIANE GULARTE DE CHAVES

**BREVE ANÁLISE DOS RECURSOS DISPONÍVEIS AS VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao
Centro Universitário UNIFACVEST como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Prof. Me. Felipe BoeckFert

Lages,SC ____/____/2018. Nota _____

Prof. Me. Felipe BoeckFert

Prof. Msc. Caroline Ribeiro Bianchini

LAGES

2018

BREVE ANÁLISE DOS RECURSOS DISPONÍVEIS AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SANTA CATARINA

Viviane Gularte de Chaves¹

Felipe BoeckFert²

RESUMO

O presente trabalho aborda-se uma análise dos recursos disponíveis as vítimas de violência obstétrica em Santa Catarina, tendo em vista que essa violência é tampouco discutida pelo ordenamento jurídico e que a cada dia vem fazendo novas vítimas. A pesquisa apresenta como objetivo geral uma análise dos recursos disponíveis as mulheres que já sofreram algum tipo de violência obstétrica e qual o recurso cabível a ser adotados neste caso. E, como objetivos específicos observar a evolução histórica do parto; as formas de violência obstétricas e suas características; os direitos garantidos pela Constituição Federal e como as vítimas da violência obstétrica podem denunciar os agressores. Pretende-se ainda, problematizar a falta de legislação para punir os profissionais da saúde e a suas responsabilidades. O método de pesquisa utilizado é a revisão bibliográfica, sendo que foi realizado o trabalho com os principais conceitos e estudo. As fontes de pesquisa se deram com o uso de doutrinas, Lei Estadual e Leis Federais.

Palavras – Chave: Violência Obstétrica. Humanização do Parto. Recursos. Direito Penal. Direito Civil. Responsabilidade Administrativa.

¹Acadêmica do Curso de Direito, 10ª fase, do Centro Universitário UNIFACVEST.

²Prof. Mestre em Direito, do corpo docente do Centro Universitário UNIFACVEST.

A BRIEF ANALYSIS OF AVAILABLE RESOURCES TO THE VICTIMS OF OBSTETRIC VIOLENCE IN SANTA CATARINA

Viviane Gularte de Chaves³

Felipe BoeckFert⁴

ABSTRACT

This study analyzes the resources available to the victims of obstetric violence in Santa Catarina, as legal order do not discuss the topic and it is making more victims every day. The research has the general objective of analyzing the resources available to women that has suffered any kind of obstetric violence and what procedures to take at these cases. The specific objectives are observing the historic evolution of birth; the kinds of obstetric violence and their characteristics; the rights ensured by the Federal Constitution and the way the victims of obstetric violence can report their aggressors. It also intends to problematize if the existing resources are able to repair the victims' traumas, and what are the means of punishment to the aggressors. The research method used was inductive because it began from general to specifics principles. The research sources were doctrines, as State and Federal Laws.

Keywords: Obstetric Violence. Humanization of Birth. Resources. Criminal Law. Civil Rights. Administrative Responsibility.

³Law School undergraduate student, 10^o period, University Center UNIFACVEST.

⁴Law School professor, University Center UNIFACVEST.

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando o Centro Universitário UNIFACVEST, a coordenação do curso de Direito, o orientador do trabalho e demais membros da banca examinadora de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Lages, 01 de dezembro de 2018

VIVIANE GULARTE DE CHAVES

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OS DIREITOS GARANTIDOS PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL	09
2.1A História do Parto	09
2.2O Direito Reprodutivo da Mulher	11
2.3Humanização do Parto.....	14
2.4 Lei Estadual nº 17.097/2017 de Santa Catarina.....	16
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS E BREVES NOÇÕES	18
3.1Características da Violência Obstétrica.....	18
3.2Formas de Violência Obstétrica	20
3.2.1 Violênciaem caráter físico	20
3.2.2Violência em caráter psicológico	22
3.2.3Violência em caráter sexual.....	22
3.2.4 Violênciaem caráter institucional	23
3.2.5 Violência em caráter material.....	24
3.2.6 Violencia em caráter midiático.....	24
3.3 Violencia Obstétrica nos casos de aborto	25
4 RECURSOS DISPONÍVEIS PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	27
4.1Direito Penal.....	27
4.2Direito Civil.....	28
4.2.1 Dano Moral e Material	29
4.3 Responsabilidade Civil decorrente da violência obstétrica	30
4.3.1 Culpa.....	31
4.3.2 Dano Físico.....	32
4.3.3 Nexo de Causalidade	34
4.3.4 Responsabilidade Administrativa.....	35
5 CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta como objetivo institucional preencher requisito para a conclusão do curso de Direito do Centro Universitário Unifacvest.

O tema abordado realiza uma análise dos recursos disponíveis as vítimas de violência obstétrica em Santa Catarina, tendo em vista que essa violência é tampouco discutida pelo ordenamento jurídico e que a cada dia vem fazendo novas vítimas.

O problema de pesquisa está na falta de punição aos profissionais da área de saúde e nas suas responsabilidades. Assim, o principal engajamento a respeito da problemática seria uma aprovação de lei, em que os autores da violência possam ser condenados pelo crime praticado.

A falta de uma Lei Federal faz com os direitos e garantias das mulheres fiquem cada vez mais desrespeitadas e os índices da violência cresçam a cada dia. Acredita-se que com a aplicação da lei brasileira esses índices diminuam e os partos passariam a ser realizados de forma mais natural possível.

A pesquisa apresenta como objetivo geral uma análise dos recursos disponíveis as mulheres que já sofreram algum tipo de violência obstétrica e qual o procedimento a ser adotados neste caso. E, como objetivos específicos observar a evolução histórica do parto; as formas de violência obstétricas e suas características; os direitos garantidos pela Constituição Federal e qual a forma que as vítimas da violência obstétrica podem denunciar os agressores.

O método de pesquisa utilizado foi o indutivo, pois as pesquisas partiram de princípios gerais para específicos. As fontes de pesquisa se deram com o uso de doutrinas, Lei Estadual e Leis Federais.

O presente trabalho está dividido em três capítulos. Inicialmente, aborda-se os aspectos históricos concernentes a evolução histórica do parto, os Direitos reprodutivo da mulher adentrando nas relações de gêneros, a humanização do parto que veio com o intuito de minimizar a violência obstétrica e a Lei Estadual nº 17.097/2017 SC, onde tem como objetivo o reconhecimento da violência obstétrica.

No segundo capítulo verificou-se as questões referentes à violência obstétrica: conceitos e breves noções, as caracterização da violência obstétricas, as formas de violência obstétrica elencando um conjunto de práticas consideradas violentas para a mulher, entre elas: caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

No terceiro capítulo, realizou-se a análise dos recursos disponíveis as vítimas de violência obstétrica no âmbito penal, civil e administrativo. Sendo que na esfera Civil aborda-se o direito ao dano moral, material, estético e físico. Já a responsabilidade Civil dá ênfase a culpa, dano e o nexo de causalidade. No ambiente administrativo aponta-se a responsabilização administrativa as vítimas de violência obstétrica.

20 DIREITOS GARANTIDOS PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A legislação relacionada à mulher é muito vasta e dispersa em áreas como seguridade social, direito do trabalho, penal, civil e eleitoral.

Os acordos internacionais, decretos, portarias e leis já publicadas, demonstram a evolução e conquistas dos direitos das mulheres. A legislação em vigor constitui um avanço alcançado ao longo de um século, envolvendo diferentes formas de lutas das mulheres no Brasil e em quase todo o mundo.

Ao longo do século XX, os movimentos das mulheres puseram indagações relacionadas ao reconhecimento de demandas específicas, a necessidade de maiores participações nas esferas de poder e a efetiva igualdade de direito entre homens e mulheres. Pode-se perceber que as reivindicações das mulheres estão em todo lugar, mas a sua efetividade não é comentada. Mesmo com todas as lutas em busca de direitos e liberdade, percebe-se que a desigualdade de gênero ainda não foi eliminada.

2.1 A história do parto

Em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre as mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas (MAIA; 2010 p. 13).

Durante a maior parte da história da humanidade, mulheres de diferentes sociedades se fizeram presentes para apoiar e cuidar de outras mulheres no momento do parto. Quando uma gestante ia dar a luz, procurava e recebia seu apoio. As mais experientes detentoras de conhecimento tradicionais atendiam aos partos, passando a arte de partejar de geração para outra. Assim, as parteiras tem tido papel histórico e social indiscutível e registrado ao longo da história da humanidade (DESLANDES; 2006 p. 353).

Destaca Martins (2004, p.75):

[...] particularmente nas cidades alemãs, as parteiras tinham completa autonomia e eram muito qualificadas, mas nem todas eram de membros das corporações e a

grande maioria delas não viviam em cidades, mas sim no isolamento das aldeias e dos campos. Essas mulheres do povo eram, na maior parte, analfabetas e faziam as coisas por “tentativa e erro”, apoiadas na tradição. Geralmente, elas se saíam bem nos partos normais, mas nas emergências as coisas podiam fugir do controle e ficar muito ruins para as parturientes.

Desta forma, os partos foram realizados por muitos séculos pelas mulheres conhecidas como parteiras-leigas, comadres e até mesmo de aparadeiras. E, ainda, eram de grande confiança das parturientes que também as procuravam para saber sobre temas relacionados ao corpo e doenças. Neste sentido:

Historicamente, o parto em casa era a única alternativa até a bem pouco tempo, simplesmente porque a ginecologia foi um desenvolvimento muito tardio da medicina e, segundo as regras, os médicos homens dessa especialidade foram durante muito tempo proibido de ajudar nos partos (DAHLKE; ZANH; 2001 p. 199).

Contudo, com o avanço da medicina, em especial na área da obstetrícia, o parto natural, que consiste na valorização da parturiente na condução do processo de parir, foi sendo, gradativamente, substituído por intervenções médicas. Diante disso, a profissão de parteira sofreu um grande declínio, em razão da utilização de instrumentos que não eram condizentes com suas condições econômicas, bem como de serem incapazes de dominar as novas técnicas (SOUZA, 2018).

O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais. A maioria das mulheres que até meados do sec. XX pariram com a ajuda de outras mulheres, por não serem nobres ou da classe de maior renda, passou também a ser objeto do interesse médico e ter seus partos atendidos ou observados por profissionais oficialmente preparados para este fim, como as enfermeiras-parteias e os médicos (BRASIL, 2001, p. 17).

A partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos (Pascheet al., 2010), chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais (Rattner, 2009). Concomitante a esse fato, ocorreu um aumento do uso de tecnologias com o objetivo de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo ‘mais normal’ e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê” (DINIZ; CHACHAM; 2006, p. 80).

No começo do século XX, a obstetrícia médica surge como uma possibilidade de tornar o processo do parto menos doloroso, revogando a sentença de sofrimento pelo parto sem auxílio como era realizado anteriormente. Equipamentos cirúrgicos são desenvolvidos como uma forma de facilitar o trabalho de parir, agora não mais pela via da própria mãe, mas pelo caminho da ciência. (ÁVILA, 2017 p. 709).

Com a chegada do século XX, com a institucionalização da assistência e o predomínio do parto hospitalar, o cuidado à mulher e à família sofreu várias modificações. A apropriação do saber médico, nesta área, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Com a institucionalização muito se ganhou na

questão tecnológica, mas também muito se perdeu em relação ao ambiente acolhedor que ocorria no domicílio. O acompanhante de escolha da mulher foi retirado de cena e ela passou a parir somente com a presença da equipe de saúde (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Segundo Ávila (2017), a gravidez foi considerada fenômeno “fisiologicamente patogênico” e relacionada sempre com lesões e riscos. Portanto, todas as intervenções e equipamentos cirúrgicos, sendo comprovado como necessários ou não, foram historicamente vistos como uma solução ao um problema existente: parir.

A gravidez passou a ser tratada não mais como um evento fisiológico, mas como doença, e o parto tornou-se um evento cirúrgico, marcado pela utilização de fórceps, pela indução medicamentosa e por episiotomias desnecessárias, na qual a mulher deveria estar imobilizada, com as pernas abertas e levantadas para facilitar a intervenções realizadas por pessoas desconhecidas (TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015, p. 386).

Assim, para o surgimento da obstetrícia foi necessário o cumprimento de dois pré-requisitos: que a mulher se tornasse alvo de interesse médico e que a estrutura tripartite da medicina estivesse superada, já que a obstetrícia é uma especialidade configurada de tal modo que não pode prescindir da associação entre clínica e a cirurgia (MAIA; 2010 p. 30).

Portanto, observando as mulheres de ontem, fica claro que elas detinham grande autonomia sobre o próprio corpo em trabalho de parto; já as mulheres de hoje, é evidente a presença da obstetrícia tecnológica e do poder médico sobre o processo.

2.2 O direito reprodutivo da mulher

São vários fatores que marcam a evolução da luta das mulheres pelo reconhecimento de seus direitos, em especial, ao fim da violência institucionalizada contra mulheres e meninas no Brasil. A Constituição Federal de 1988, foi iniciadora na legalização destes direitos, seguida de outros instrumentos nacionais e internacionais que positivaram o combate à violência feminina.

Ao ressaltar a importância de instrumentos legais na luta pela igualdade das mulheres no Brasil, a Constituição Federal de 1988 desempenha um papel fundamental, pois consolida os chamados “direitos femininos”, extirpa medidas discriminatórias, e reconhece o princípio da isonomia como garantia fundamental na nação (BERTOLIN; CARVALHO, 2010, apud FERRAZ; LEITE, 2012 p.186).

Buscava-se que o Estado reconhecesse e punisse adequadamente os crimes cometidos por maridos e companheiros, ou seja, que diante de um assassinato operado pelo marido contra sua mulher, sob argumento de “legítima defesa da honra”, o direito não ficasse inerte e fosse conivente, mas que reconhecesse que a mulher não era propriedade do homem e que, portanto, sua honra não poderia estar atrelada a mulher.

O direito internacional dos direitos humanos desenvolveu um conjunto de normas, padrões e princípios para alcançar a plena vigência dos direitos das mulheres. Produziu-se uma substancial evolução neste âmbito, que partiu de um objetivo limitado à mera igualdade formal entre homens e mulheres, e agora, se concentra no reconhecimento da desigualdade e discriminação estruturais que afetam as mulheres. Esta mudança tem como consequência a revisão completa das formas como os seus direitos são reconhecidos, protegidos e aplicados (TOLEDO, 2014, p. 23).

É indiscutível que conteúdo da Constituição Federal de 1988, é um avanço jurídico para o Brasil, mas por si só não traz a proteção suficiente às mulheres. Especificamente, com relação ao combate da violência contra a mulher, o Brasil aderiu a Convenções importantes a nível internacional como a Convenção do Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher) e Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW).

Outra conquista que as mulheres vêm buscando dia após dia, é a luta pela autodeterminação e liberdade reprodutivas que se iniciou com a reivindicação pelo direito ao aborto e a contracepção, “em um marco não institucional de desconstrução da maternidade como um dever”, já que “a concepção e o exercício da maternidade eram entendidas como prerrogativas fundamentais ou essenciais da existência da mulher”, isto é, um destino e uma obrigação, e não um direito a ser exercido de acordo com a sua vontade, já que envolvia o seu próprio corpo.

Os direitos reprodutivos é o direito relacionado ao exercício de reprodução, que vem sendo regulada pelo Direito desde o século XIX. Uma vez que o direito reprodutivo ocorre nos corpos das mulheres, a reivindicações pelos direitos reprodutivos foi, e continua sendo, uma demanda das mulheres pelo controle de seus próprios corpos, que estiveram, historicamente, sujeitos aos ditames de homens legisladores, médicos e representantes da igreja (FERRAZ; LEITE; 2013 p. 19).

O termo “direitos reprodutivos” surgiu no I encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, na Holanda, em 1984, substituindo, de maneira mais completa e adequada, a denominação “saúde da mulher”, para expressar a ampla pauta de autodeterminação reprodutivas das mulheres. O reconhecimento jurídico destes direitos ocorreu primeiramente no âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos, após esforços e negociações por parte dos movimentos feministas na Conferência Internacional de

População e Desenvolvimento, que ocorreu no Cairo, Egito, em 1994 (LOCH; SOUZA, 2014 p. 190).

Segundo o § 7.3 do Programa de Ação do Cairo:

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

A nossa Carta Magna de 1988, ao preceituar o planejamento familiar, incluindo tanto a mulher como o homem no processo de reprodução e paternidade, confere igualdade de gêneros de nosso sistema jurídico, e este, ao programar os postulados internacionais, demonstra a plena compreensão dos fenômenos da reprodução da sexualidade. Neste sentido, observam-se os preceitos da Constituição Federal do Brasil:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. [...] § 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Na mesma linha, compreende-se que, para uma maior efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos, vistos como direitos humanos, devem ocorrer ações de parceria entre a família, a sociedade e o Estado, fazendo com que a criação de novas políticas continue assegurando-os livres de preconceitos e dando prioridade para a autonomia dos indivíduos, principalmente no que diz respeito a sua capacidade de decidir sobre o seu próprio corpo.

O Ministério da Saúde, ao elaborar a sua cartilha Direitos sexuais, direitos reprodutivos métodos anticoncepcionais, também compartilhou a ideia de tecer uma definição sobre os direitos reprodutivos, conceituando-os como os direitos das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição ou violência.

A importância dos direitos sexuais para o tema dos direitos reprodutivos das mulheres é evidente: a reprodução foi, por muito tempo, a finalidade última do exercício da sexualidade, sendo que até o advento dos métodos contraceptivos e das técnicas de reprodução assistidas não era possível separar o exercício da sexualidade

da reprodução. A demanda pelos direitos sexuais surge, assim, entre outras razões, novamente pela necessidade das mulheres de terem o controle sobre seus corpos (LOCH; SOUZA, 2014 p. 226).

Se quisermos valer a pena os direitos das mulheres e de outros grupos vulneráveis assegurados no texto constitucional, como vimos, não basta estarem assegurados na Constituição Federal. Não basta também termos a integração legislativa infraconstitucional. É preciso mais, é preciso uma campanha do Estado, envolvendo os cidadãos, divulgando os direitos, incrementando a cidadania, para que os direitos se efetivem (FERRAZ; LEITE; 2013 p. 180).

Fica evidente que para diminuir a violência contra a mulher é preciso o apoio do Estado, fazendo campanhas sérias, persistentes e punindo aqueles que desrespeitarem as normas constitucionais.

2.3 Humanização do parto

Quantificar ou qualificar a humanização da assistência ao parto em um hospital não é tarefa fácil, pois a proposta de humanização do parto supõe uma mudança de paradigma, e não apenas de práticas assistenciais. Ou seja, diversos aspectos da humanização são subjetivos e se expressam apenas no interstício da relação assistencial, no espaço onde ocorre o contato direto entre a organização, o profissional e a mulher (MAIA, 2010).

A ênfase na humanização do atendimento à saúde integra uma política positivista, de modo que o termo tem sido empregado há muitas décadas, sob diversas perspectivas. A humanização já foi usada, por exemplo, para justificar procedimentos como a narcose, emprego de instrumentos mecânicos, intervenções bioquímicas e fisiológicas e, por fim, procedimentos cirúrgicos de relativa complexidade e risco. No caso do atendimento ao parto e nascimento (CIELLO, *et al*, 2012 p.10).

Diniz (1997) descreve a humanização da seguinte maneira:

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma 11 mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto.

Não apenas o conceito de violência obstétrica tem sido aprimorado e estudado com o passar dos anos, como também o conceito de boa assistência ao parto, a gestante e ao recém-nascido. Cada vez mais, profissionais de saúde, ativistas e pais se mobilizam para rever os parâmetros considerados ideias das práticas obstétricas e do atendimento hospitalar para possibilitar um nascimento melhor tanto no que diz respeito à saúde física quanto psicológica da família (ÁVILA, 2017).

O parto humanizado ganhou força por meio do documentário “Renascimento do Parto”, em 2013, que trouxe à tona as discussões sobre a violência obstétrica, parto e saúde reprodutiva da mulher.

Ainda existem muitas dúvidas sobre o que seria o parto humanizado. Muitas pessoas associam o termo especificamente ao parto normal, gerando erros na interpretação sobre a humanização do parto. Humanizado é o parto respeitoso, onde a mulher tem a autonomia de decidir o que é melhor para si. Para ser humanizado, não precisa ser necessariamente normal vagina.

Pode ser vaginal, pode ser cesárea, pode ser na água, pode ser na banqueta, pode ser domiciliar ou pode ser no hospital: o parto humanizado é o parto que respeita a fisiologia da mulher e suas condições de parir ou não de determinada forma. Trata-se da opção pelo caminho mais indicado, seja para preservar a vida da mulher ou a vida da criança que irá nascer.

O conceito de humanização no parto é bastante abrangente. Envolve desde o atendimento hospitalar no momento em que a gestante chega à maternidade, antes até mesmo da ruptura da bolsa, passando por todo o trabalho de parto, pelo processo em sua fase “expulsiva”, e aportando, finalmente, nos cuidados com o bebê e nas próprias intervenções que devem ou não serem realizadas. Na perspectiva das defensoras desta linha, pensar em tudo isso significa pensar em um parto mais respeitoso, digno e saudável (ÁVILA; 2017 p. 1.639).

Muitos casais tem aderido cada vez mais a um plano de parto, mapeamento que indica exatamente suas preferências e recomendações acerca de todos esses períodos que correspondem ao processo de nascimento de seus filhos, aceitando as condições adversas que aparecem, mas também priorizando a comunicação e a informação.

O Plano de Parto é uma carta onde você relaciona tudo o que quer, o que não quer e o que gostaria de evitar em seu parto. Mai que um documento legal, o plano de parto serve para que você pense nos diferentes aspectos do processo de nascimento e discuta-os com pessoas envolvidas, seja o companheiro, o médico o hospital, a casa de parto onde você vai ter o bebê (DINIZ; DUARTE; 2004 p. 88).

Isto inclui escolher onde a mulher quer ter seu bebê, a posição que gostaria de adotar, quem vai estar presente, quais são os procedimentos médicos que a mulher aceita e quais preferem evitar. Importante salientar que estas escolhas são válidas quando tudo transcorre bem.

Caso o plano de parto não possa ser seguido, devido ao fato de o parto tomar rumos diferentes do esperado, a mulher e sua família deve ser previamente avisadas e consultadas a respeito das mudanças necessárias.

O Plano de Parto propicia uma reflexão e compreensão sobre o que é importante para cada mulher, possibilitando um melhor preparo para conversar com o profissional que acompanhará o seu parto. Não se trata, portanto, de uma lista de ordens, mas de um ponto de partida para a conversa.

2.4 Lei Estadual nº 17.097/2017 SANTA CATARINA

Os primeiros países a reconhecer a violência obstétrica e torná-la crime foram a Venezuela e Argentina. A legislação argentina e a venezuelana são bastante parecidas no que tange à definição factual de violência obstétrica: a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. No caso da lei venezuelana, complementa-se o conceito 37 com as consequências ou causalidades: trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (CIELLO *et al*, 2012 p. 36).

O movimento pela humanização do parto no Brasil iniciou-se de maneira dispersiva, por meio de várias iniciativas em diversos Estados brasileiros, mas todos com o mesmo objetivo de centralizar a figura da mulher. A fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possui papel de destaque, especialmente em função de sua carta de fundação, a “Carta de Campinas”. Este documento representou uma forma de denúncia das circunstâncias violentas da assistência ao parto, caracterizando-as como pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que

transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes.

Em 2010, uma pesquisa nacional realizada pela Fundação Perseu Abramo mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram terem sofrido maus-tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Estes dados sensibilizaram a opinião pública e lançaram novo olhar sobre o tema, dando novo rumo às pesquisas acadêmicas e ações do movimento de mulheres. Mostraram que a violência institucional está frequentemente presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil (SENA; TESSER, 2017).

Após tantos anos de luta, finalmente as mulheres brasileiras conquistaram mais um direito ao seu favor que é a Lei estadual 17.097/17, que foi sancionada em objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, conforme dispõe o seu art. 1º.

A legislação em seu artigo 2º conceitua a violência obstétrica da seguinte maneira:

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

Já em seu artigo 3º é considerada violência verbal ou física, vinte e uma conduta, entre elas tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido, e ainda, fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros.

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

A Cartilha referida trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências”.

Neste sentido CIELLO (*et al*, 2012 p.10) contém o seguinte teor em relação há humanização do parto:

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma 11 mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto.

Mesmo com a lei sancionada a violência obstétrica vem sendo tratada somente no âmbito administrativo, e, ainda, de maneira muito acanhada. Ao contrário da Venezuela e a Argentina que trata a conduta como crime. No Brasil, as normas de cunho não criminal que tratam do assunto não são suficientes para conter a escalada da violência obstétrica na rede pública de saúde e também nos estabelecimentos particulares.

No momento a criminalização seria a melhor alternativa a exemplo do que já se fez com o assédio sexual, com a violência contra a mulher e com outras condutas violadoras da dignidade humana. Afinal, como bem anotado pela Organização Mundial de Saúde, a violência obstétrica constitui uma grave violação aos direitos humanos.

3 VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICA: CONCEITOS BREVES E NOÇÕES

Como é sabido, a Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988 modificou o cenário jurídico do país no que diz respeito à equidade de gênero e aos direitos da mulher, ao expressar em seu texto legal a igualdade de direitos e de deveres entre homens e mulheres, que era inexistente no ordenamento jurídico do país. Apesar dos expressivos avanços normativos, as mulheres ainda são as principais vítimas de violência no país, sendo a violência obstétrica apenas uma delas (ABREU; MENDONÇA; RANGEL; 2017 p. 123).

Neste capítulo analisa-se as características da violência obstétrica, suas formas e como é reconhecida a violência nos casos de aborto.

3.1 Características da Violência Obstétrica

Uma em cada quatro mulheres já sofreu violência obstétrica durante sua vida. Se não você (se for mulher), provavelmente uma prima, esposa, irmã ou até mesmo sua mãe já passou por essa violência. A violência obstétrica está nas práticas que violam o direito da mulher como parturiente de ter uma gravidez, um parto e um pós-parto com segurança, dignidade, respeito e autonomia, tanto para si quanto para o bebê. Autonomia de parir e autonomia de nascer (ÁVILA, 2017 p. 220). Neste sentido, CIELLO *et al* 2012, p. 60, conceitua a violência obstétrica:

[...] são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.

A violência obstétrica é vista como uma violência contra a mulher que ocorre na assistência da gravidez, ao parto, ao pós-parto ou abortamento. Também conhecido como violência de gênero no parto e aborto, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das Mulheres no parto, entre outros.

A violência obstétrica, apesar de ser recorrente, não é um assunto amplamente debatido pela população. As reivindicações dos movimentos feministas acerca da humanização dos partos e dos direitos reprodutivos das mulheres têm sido responsáveis por significativo aumento da publicização dos casos de violência obstétrica no Brasil e no mundo (ABREU; MENDONÇA; RANGEL, 2017, p. 123).

Desta forma, um ato abusivo praticado pelo profissional da saúde no momento em que a parturiente está em trabalho de parto pode ser considerado uma forma de violência. De acordo com o procedimento ético de cada profissional, podem existir práticas divergentes quanto ao modo de aplicação do conhecimento médico. Há, em certas práticas médicas que se pretende criticar, a capacidade de impor o conhecimento médico como forma de poder sobre o corpo da mulher e, assim, provocar a violência obstétrica.

A violência obstétrica é como uma forma de apropriação dos sistemas reprodutivos da mulher e de seus processos naturais seja pela violência psicológica ou física. Pode acontecer em vários processos, no pré-natal, no trabalho de parto, no pós-parto, no nascimento e até mesmo em um aborto (ÁVILA, 2017, p. 241).

Muitas mulheres ainda não conseguem identificar a violência obstétrica como um ato violento, tendo em vista, que no momento que a violência acontece elas estão em um momento que envolve muita emoção e a prática abusiva acaba passando despercebida, fazendo com que o número de vítimas aumente a cada dia. Neste sentido:

[...] No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeitos, maus-tratos, e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez,

no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto (TAVARES; 2017, p. 77).

Acredita-se que a violência obstétrica se insere no conceito de gênero, pois corresponde à utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, o que inclui a negligência, a discriminação social, a violência verbal, violência física, a medicalização e a utilização de procedimentos inadequados e/ou desnecessários na gestação, incluindo o momento pré-parto, do parto e pós-parto.

Este tipo de violência é perpetrado pela hegemonia do saber médico sobre os corpos das mulheres (medicalização dos partos e do corpo feminino), atentando contra a autonomia das parturientes enquanto pacientes. As parturientes são submetidas a cascatas de procedimentos assim que chegam ao hospital (muitas vezes de modo desnecessário) sem serem consultadas [informadas para o efeito, vendo o seu ritmo biológico desrespeitado (PALMA; 2017 p. 77)].

A violência também se caracteriza quando a mulher tem seus desejos e escolhas desrespeitados e acabam ficando sem autonomia para decidir o que é melhor para si, e para seu corpo. A independência da mulher está apenas engatinhando e a autonomia requer atenção, cuidado e paciência.

3.2 Formas de violência obstétrica

O comportamento desrespeitoso dos profissionais da saúde com as gestantes no momento do parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, tem causado traumas em várias mulheres, fazendo com que as mesmas não queiram uma nova gestação.

As formas de violência obstétrica elenca um conjunto de práticas consideradas violentas para a mulher, entre elas: caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

3.2.1 Violência em caráter físico

A violência em caráter físico ocorre quando as ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada (CIELLO; *et al* 2012, p.60).

Podem reconduzir-se à violência física todas as condutas que inflijam dor ou danos físicos à parturiente ou ao nascituro independentemente do tipo de dano que possa estar em causa. Podemos ainda reconduzir a violência física todos os atos médicos que desrespeitem o ritmo biológico da parturiente e que demonstrem invasivos| injustificados (PALMA; 2017, p. 80).

A mulher e a família precisam conhecer seus direitos, bem como os riscos envolvidos e as possíveis complicações dos procedimentos dos médicos. Um desses procedimentos é a manobra de Kristeller, que infelizmente, ainda, é realizado por alguns médicos. Neste sentido:

A manobra de Kristeller é considerado o mais ofensivo e danoso ao corpo da mulher. Essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (CIELLO; *et al.* 2012, p. 103).

Entretanto, a episiotomia também é considerada violência obstétrica em caráter físico, esse procedimento ocorre quando os profissionais fazem um corte na virilha para facilitar a saída do bebê e só pode ser realizado com o consentimento da mulher. Acontece que o Brasil é único país em que esse procedimento é executado sem o consentimento da mulher. Nesta lógica:

A episiotomia incisão cirúrgica intencional do períneo, feita após um consentimento informado, com o objetivo de aumentar as dimensões do canal do parto para auxiliar o nascimento. Não é aconselhada para todos os partos, e a incidência de episiotomia depende da filosofia e do julgamento de quem presta a assistência (EDMONDS; 2016 p. 44).

A episiotomia indiscriminada e realizada de modo rotineiro, muitas vezes sem consentimento prévio, constitui uma violação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina (HERRERO; 2015 p. 294).

Portanto, a episiotomia só pode ser realizada com o consentimento da parturiente ou do acompanhante, tendo em vista que em alguns casos esse procedimento faz com a mulher não tenha mais uma vida sexual ativa.

3.2.2 Violência obstétrica em caráter psicológico

A violência obstétrica em caráter psicológico é quando toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio (CIELLO *et al* 2012, p. 60). Neste contexto:

[...] consubstanciam atos de violência psicológica todos aqueles que sejam idôneos a desestabilizar emocionalmente a parturiente que, pelas circunstâncias, já se encontra particularmente vulnerável (PALMA, 2017, p. 80).

Essa categoria é uma das categorias que deixam sinais profundos nas vítimas, fazendo com que as mesma, se sintam envergonhada, traumatizada e até mesmo arrependida de ter gerado uma vida.

É caracterizada a violência obstétrica em caráter psicológico quando praticados pelos profissionais da saúde os seguintes quesitos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões (CIELLO *et al*, 2012, p. 60).

As piadas e ameaças causam traumas profundos nas mulheres, e faz com que elas segurem suas emoções e suas forças, muitas vezes acabam complicando no momento de dar a luz, pois o medo e a vergonha faz com que fiquem inseguras. E, ainda, algumas parturientes acreditam que elas são as responsáveis pela situação de violência pela qual passaram.

2.2.3 Violência obstétrica em caráter sexual

Segundo, Ciello *et al*, 2012 p. 60 , a violência em caráter sexual ocorre quando toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

As práticas impostas às mulheres, que violam sua intimidade ou pudor, e incidem sobre sua integridade sexual e reprodutiva, como assédio, exames de toque desnecessários, invasivos, agressivos e constantes, episiotomia, lavagem intestinal, cesariana e ruptura de membranas sem consentimento informado (TEIXEIRA; MENEGHEL; 2015 p. 387).

O procedimento da episiotomia além de ser um procedimento em caráter físico, também, é considerado em caráter sexual, por ser o procedimento mais severo para a mulher. Existe um caso em que o médico fez esse método para deixar a vagina mais apertada, para o que o homem consiga sentir mais prazer.

2.2.4 Violência obstétrica em caráter institucional

A violência obstétrica em caráter institucional é quando ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada (CIELLO *et al*, 2012, p. 60).

Os esquemas de violência institucional também são estabelecidos por um contexto de crise de confiança na área de promoção em saúde de uma forma geral, de modo que se trata de formas sintomáticas de despersonalização do cuidado e da desvalorização do acolhimento em função do uso de tecnologias – transformando a paciência em, principalmente, um objeto de intervenção. O uso da tecnologia dura (MERHY, 2002) como principal forma de interação evidencia uma comunicação e troca afetiva precária entre pacientes e profissionais da saúde, de modo que se opera uma negação de subjetividade das parturientes (STREY; CÚNICO, 2016 p. 85).

Os atravessamentos sociais e formas de violência institucional no contexto parto têm, cada vez mais, se tornado objeto de estudo em diferentes países justamente em função do descompasso do que se compreende como função do espaço hospitalar (promoção de saúde e cuidado) e dos casos de violências documentados.

Segundo Ciello(*et al*, 2012, p. 60), o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes, são características de violência institucional.

A violência institucional se configura em abusos nas relações desiguais entre usuárias e profissionais da saúde, e é norteadas por padrões preestabelecidos de poder e do “saber médico”. Uma das formas de violência institucional é a violação dos

direitos reprodutivos e sexuais das mulheres que acontece, por exemplo, em situações de abortamento (TEIXEIRA; MENEGHEL; 2015 p. 46).

Na prática a igualdade e autonomias são ignoradas no cotidiano dos serviços da saúde, principalmente em atendimentos às mulheres em situação de abortamento e de violência sexual, que são transformadas em alvos de cultura machista e patriarcal, reproduzida por profissionais da saúde (homens e mulheres) no momento do atendimento.

2.2.5 Violência Obstétrica em caráter material

O caráter material são ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica (CIELLO *et al*, 2012, p. 60).

O caráter material consiste em ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica, como cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante (NASCIMENTO, 2017, p. 07).

Esse tipo de procedimento ocorre geralmente quando a paciente possui algum tipo de plano de saúde e mesmo assim, a administração do hospital/clínica, insiste em dizer que o plano não cobre, fazendo com que a paciente pague um valor a mais.

A violência em caráter material também é considerada as agressões relacionadas a danos materiais praticados contra algum bem da vítima.

2.2.6 Violência obstétrica em caráter midiático

O caráter midiático é as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação (CIELLO *et al*, 2012, p. 60). Neste contexto:

O midiático são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente (NASCIMENTO; 2017).

Dessa forma, diante do grande número de procedimentos desnecessários e falta de atendimento humanizado nas maternidades, a violência obstétrica deve ser denunciada pelas mulheres vítimas de tal descaso e desrespeito, principalmente por envolver um momento único em que a mulher deve ser protagonista desse processo.

2.3 Violência obstétrica nos casos de aborto

O aborto é definido pela terminação da gravidez antes de completar 20 semanas e pode ser espontâneo ou induzido. O abortamento espontâneo tem causas diversas e quase não pode ser prevenido. Estima-se que 30% das gestações terminem em abortamento espontâneo e, dessas, 5% precisam de curetagem, realizada sob supervisão médica (MAIA; 2008 seção 3).

Mulheres em situação de abortamento espontâneo ou induzido que dão entrada em serviços de saúde de atenção obstétrica e pronto socorros frequentemente encontram dificuldades para conseguir atendimento adequado e humanizado. A dificuldade de acesso a serviços qualificados de saúde pode ser considerada como um fator indireto que contribui com a ocorrência da mortalidade materna (CIELLO *et al*, 2012, p. 54).

De acordo com a legislação brasileira, não se configura crime quando a gravidez é resultante de um estupro ou quando coloca em risco a vida da mulher. Assim sendo, no Brasil, quando uma mulher ou um casal opta por interromper uma gravidez e não se enquadra em nenhuma desses dois casos, acaba por buscar métodos caseiros ou clandestinos, o que potencializa o risco de complicações durante e após o procedimento, que muitas vezes é realizado de forma arriscada e rudimentar.

O aborto se divide em duas espécies, que é o aborto seguro e o aborto inseguro. O aborto seguro é quando é realizado de forma adequada com procedimentos seguros e acompanhada de profissionais. O abortamento inseguro ocorre quando realizado de forma inadequada trazendo risco à vida e a saúde da mulher.

[...] a prática do aborto inseguro evidencia diferenças socioeconômicas, culturais, étnico-raciais e regionais: mulheres com mais recursos econômicos realizam o aborto com mais segurança em melhores condições de higiene (KAHLO; 2016 p. 143).

O aborto inseguro é uma das principais causas de morte materna e de elevadas taxas de mobilidade e infertilidade entre as mulheres em idade fértil, com impacto negativo na saúde pública desenvolvimento e capacitação.

O acesso ao aborto e seguro é essencial para garantir a saúde de mulher. O aborto não é uma saída fácil. Diríamos que há poucas mulheres que desejam um aborto ou que o usam deliberadamente como alternativa à contracepção.

O que se torna um abortamento seguro ou inseguro não é apenas suas legalidades ou ilegalidade. Quando se legaliza o aborto, mas não se constrói uma rede de serviços preparada para o procedimento, ele continua sendo inseguro. Nesse ponto o que determina o acesso ao aborto seguro é também o poder econômico, o que torna o aborto inseguro uma manifestação da iniquidade social (MAIA; 2008 seção 3).

O aborto é um procedimento muito simples. Todas essas mortes e complicações poderiam ter sido facilmente evitadas. As feministas recorriam à estratégia de chamar a atenção para o fato de que a criminalização do aborto levava milhares de mulheres, principalmente as menos privilegiadas socialmente, a abortarem de forma insegura e a sofrer sequelas graves ou perder a vida por causa disso (SILVA; 2018 p. 148).

De acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), a complicação de aborto é umas das principais causas de morte de mulheres registradas no Brasil e considerada garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento (CIELLO et al, 2012 p. 82).

Nos casos de abortos, a violência obstétrica o médico deve informar a mulher sobre suas condições e direitos. Não podendo negar o pronto-atendimento em qualquer caso de aborto, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.

Já nos casos de abortamento espontâneo ou provocado os profissionais de saúde não podem denunciar à autoridade policial, judicial, e nem ao Ministério Público, considerando o sigilo profissional. O descumprimento pode ensejar o procedimento criminal, civil e ético profissional, assim, respondendo os danos causados as mulheres.

Segundo Ciello (*et al*, 2012 p. 55), todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

A concentração da humanização das mulheres em caso de abortamento devem respeitar os princípios fundamentais da bioética considerando a autonomia, beneficência, não-maleficência e a justiça.

4 RECURSOS DISPONÍVEIS PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os traumas da violência obstétrica causada nas mulheres é a consequência de vários motivos onde contém ações de desrespeito, que deve ser analisado e estudado, pois gera implicações para as mesmas que são usuárias e dependentes do sistema, seja ele público ou privado.

As vítimas de violência obstétrica tem um respaldo legal, onde se percebe que mesmo a violência obstétrica no Brasil não seja reconhecida como crime e a Lei Estadual 17.097/17 é tratada somente no âmbito administrativo, existe uma proteção legal contra o fato violento existente.

A mulher que teve seu direito desrespeitado durante o trabalho de parto deverá denunciar junto à ouvidoria dos serviços de saúde e ainda, poderá recorrer ao Poder Judiciário através de um advogado. As vítimas podem buscar a reparação de dano material ou dano moral, conforme observa-se neste capítulo.

4.1 Direito Penal

Apesar do Brasil ainda não criminalizar a violência obstétrica e a Lei Estadual 17.097/17 ser tratada somente no âmbito administrativo, o Código Penal prevê disposições sobre o enquadramento da sanção para a conduta da violência obstétrica.

O artigo 146 do Código Penal prediz que 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 tem pena de três meses a um ano de detenção ou multa.

Portanto, os profissionais da saúde que praticarem a violência podem ter pena agravada conforme prevê o artigo 61 do Código Penal em seu inciso II, alínea “h”, que São

circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime: h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida.

Assim como esse dispositivo, o artigo 129 do Código Penal, § 1º, inciso IV, dispõe que ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem, tem pena de três meses a um ano de detenção para aqueles quem acelere o parto. Neste sentido:

O ultimo resultado naturalístico previsto no §1º do art. 129 do Código Penal para a caracterização da lesão corporal grave é aceleração do parto. A caracterização do crime qualificado em exame pressupõe que a vítima esteja grávida e que o agressor tenha consciência desse fato (GALVÃO; 2013).

Entretanto, para que haja a incriminação, a aceleração do parto é compreendida quando há a expulsão prematura do produto da concepção, nos casos em que este tenha condições de sustentar a própria vida fora do útero materno, caso o produto da concepção não tenha condições de sobreviver quando expulso e venha a óbito é reconhecida o resultado como aborto, assim, caracterizando a lesão corporal gravíssima, prevista no art. 129, §2º, inciso V do Código Penal.

Por fim, o Direito Penal não tipifica a agressão praticada pelos agentes da saúde em relação à violência obstétrica. Porém, o Direito Civil prevê punições a denominação de indenizações cometida contra a mulher, conforme se analisa-se a seguir.

4.2 Direito Civil

O Direito Civil é o conjunto de normas, categorias e institutos jurídicos que tem por objeto as pessoas e suas relações com as demais. O foco predominante do Direito Civil contemporâneo é a pessoa, a partir da relevância que se passou a atribuir à realização da dignidade da pessoa humana, como valor essencial, que no Brasil se elevou a principio constitucional fundamental, com o advento da Constituição de 1988.

O Código Civil também prevê o direito a integridade física e psíquica que tem por objeto a preservação da intocabilidade do corpo físico e mental da pessoa humana. Não admite-se a agressão física e psicológica, assim, as vítimas de violência obstétrica estão devidamente amparadas pelo Código Civil, conforme observa-se a seguir.

4.2.1 Dano Moral e Material

O dano moral não se indeniza, mas a compensação pecuniária pode ser entendida como espécie do gênero civil. Vale ressaltar que o dano moral prescreve em três anos e a pretensão para reparação compensatória do dano moral que violou os direitos da personalidade.

Havendo dano, produzido injustamente na esfera alheia, surge à necessidade de reparação, como imposição natural da vida em sociedade. Prende-se o direito à reparação a danos de índoles as mais diversas, que diferentes estímulos externos e internos podem advir, em razão da complexidade da vida social, da extensão dos relacionamentos possíveis e das infinitas potencialidades da inteligência humana, que se envolve para o respeito ou para o desrespeito.

O Dano Moral está previsto no artigo 186 do Código Civil, e contém o seguinte teor: aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Diniz (2003) caracteriza-se o dano moral neste sentido:

O fundamento primário da reparação está no erro de conduta do agente, no seu procedimento contrário à pré-determinação da norma, que atine com a própria noção da culpa ou dolo. Se o agente procede em termos contrários ao direito, desfere o primeiro impulso, no rumo do estabelecimento do dever de reparar, que poderá ser excepcionalmente ilidido, mas que, em princípio constitui o primeiro momento da satisfação de perdas e interesses.

A violência obstétrica possibilita a reparação do Dano Moral pelo agente que praticou dano a mulher, e ainda, pode ser indenizada por dano moral pelo médico, pois o mesmo não cumpriu com suas obrigações no exercício de sua função.

Segundo Venosa (2005 p. 58), será moral o dano que ocasiona um distúrbio anormal na vida do indivíduo; uma inconveniência de comportamento ou, como definimos um desconforto comportamental a ser examinada em cada caso.

O Dano Material é reparado quando há custos pecuniários, estes custos ocorrem quando há despesas de cunho médico-hospitalares, quando as mulheres ficam impossibilitadas de trabalhar devido a sequelas e resulta inabilidade permanente no trabalho.

Na violência obstétrica o Dano Moral, também pode ser reparado quando ocorre angustias e sofrimentos morais adstritos à dor.

4.3 Responsabilidade Civil decorrente da violência obstétrica

O médico assume a responsabilidade desde o diagnóstico clínico ou laboratorial, pois o início decorrerão consequências para o paciente. A identificação errada da moléstia ou a medicação inadequada pode causar danos irreversíveis.

O atual Código Civil dispõe a respeito dessa modalidade de responsabilidade no art. 951:

O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe lesão, ou inabilitá-la para o trabalho.

O médico não poderá forçar o cliente ao tratamento preconizado, devendo obter prévio consentimento dele para aplicá-lo, e, em se tratando de operação, tal necessidade será ainda mais rigorosa, salvo permanência do caso, quando não houver tempo para obtê-la. O médico deverá, portanto, pedir a autorização do paciente para proceder a uma operação ou a um tratamento arriscado (DINIZ; 2003, p. 247).

Portanto, os médicos deveram ser responsabilizados pelos procedimentos realizados sem o consentimento da paciente, principalmente nos casos em que ocorre a episiotomia que é um dos procedimentos mais rigoroso para o corpo das mulheres. E vale ressaltar que no Brasil é o único país em que o procedimento é praticado sem o consentimento da mulher.

A Responsabilidade Civil na violência obstétrica pode encaixar ainda, nos danos estéticos. O dano estético é toda e qualquer lesão que não se restaura naturalmente, sem deixar vestígios. Assim, por exemplo, se da lesão decorre uma cicatriz, ainda que pequena, tratar-se-á de dano estético (IGLESIAS; 2003 p. 38). Neste sentido:

O dano estético estaria compreendido no dano psíquico ou moral, de modo que, em regra, como ensina José de Aguiar Dias, se pode ter como cumuláveis a indenização por dano estético e a indenização por dano moral, representado pelo sofrimento, pela vergonha, pela angustia ou sensação de inferioridade da vítima, atingida em seus mais íntimos sentimentos (DINIZ; 2003 p. 75).

Havendo dano estético, a soma do ressarcimento pela lesão corporal é devida em dobro, conforme constitui o § 1º do art. 1.538 do Código Civil. Assim, a mulher lesada poderá ter dificuldades em manter relações sexuais com seu parceiro, tendo em vista o trauma sofrido pela violência obstétrica.

A propósito, lembra Diniz (2003 p. 89) diz que:

O dano à integridade corporal e a vida humana é direto e extrapatrimonial, mas pode provocar indiretamente uma lesão patrimonial, constitutiva de dano emergente e lucro cessante. O corpo humano, ao lado do valor moral que representa, pode originar um valor econômico que deve ser indenizado. A integridade física é um bem suscetível de apreciação pecuniária, de modo que sua perda deverá ser reparada, levando-se em conta não só todas as manifestações, atuais e futuras da atividade que possam ser avaliadas, mas também as circunstâncias relativas àqueles que pleiteiam a indenização.

É evidente que o ressarcimento dos danos não se limita apenas às lesões à integridade corporal. Se houver ofensas aos direitos da vítima, à honra da pessoa ou até mesmo os bens que integram a sua intimidade.

Assim, para definir a Responsabilidade Civil decorrente da violência obstétrica é necessário analisar se existe culpa, dano, dano físico e nexo causalidade. Que será analisado cada item a seguir.

4.3.1 Culpa

A legislação concorda que não é fácil estabelecer o conceito de culpa, embora não haja dificuldade de compreendê-la nas relações sociais e no caso concreto. Em sentido amplo, culpa é a inobservância de um dever que o agente devia conhecer e observar.

Dias (1979; v. 1:136; apud, Venosa; 2005 p. 32), conceitua da seguinte maneira:

A culpa é a falta de diligência na observância da norma de conduta, isto é, o desprezo, por parte do agente, do esforço necessário para observá-la, com resultado não objetivado, mas previsível, desde que o agente se detivesse na consideração das consequências eventuais de sua atitude.

A Culpa Civil em sentido amplo abrange não somente o ato ou conduta intencional, o dolo, mas também os atos ou condutas evitados de negligência, imprudência ou imperícia, qual seja, a culpa em sentido estrito, consoante art. 186 do Código Civil.

Portanto, existem casos em que não há obrigação de provar a culpa, o que é conhecida como Responsabilidade Civil Objetiva, essa categoria de responsabilidade, o dolo ou culpa no

procedimento do agente responsável pelo dano é desimportante juridicamente, tendo em vista que é fundamental o nexo de causalidade, entre o dano e o procedimento do agente responsável pelo ato ilícito, para que possa existir o direito de indenizar.

Na responsabilidade objetiva, como regra geral, leva-se em conta o dano, em detrimento do dolo ou da culpa. Desse modo, para o dever de indenizar, bastam o dano e o nexo causal, prescindindo-se da prova da culpa (VENOSA; 2005 p. 25).

Já a Responsabilidade Subjetiva é aquela que é apurada mediante a demonstração da culpa do agente causador do dano. Como o ônus da prova é de quem alega, a culpa do agente deve ser provada pela vítima.

A reparação subjetiva com presunção de culpa constitui uma etapa do aprimoramento da ciência jurídica para a facilitação da condenação do agente à reparação do dano. Trata-se de solução legislativa conferida à vítima a fim de que se dispense a demonstração da culpa do agente, o que dificulta em muito a percepção da indenização da vítima decorrente de acidentes ferroviários e de acidentes de trabalho no século XIX (LISBOA; 2013 p. 147).

A doutrina tradicional triparte a culpa em três graus: grave, leve e levíssimo. A culpa grave é a que se manifesta de forma grosseira e, como tal, se aproxima do dolo. Nesta se inclui também a chamada culpa consciente, quando o agente assume o risco de que o evento danoso e previsível não ocorrerá. A culpa leve é a que caracteriza pela infração a um dever de conduta relativa ao homem médio. A culpa levíssima é constatada pela falta de atenção extraordinária, que somente uma pessoa muito atenta ou muito perita, dotada de conhecimento especial para o caso concreto, poderia ter. Entende-se que, mesmo levíssima, a culpa obriga a indenizar.

No Brasil o Código de Defesa do Consumidor apresentou como elemento importante na defesa daquelas mais frágeis na cadeia de consumo a noção da objetivação da responsabilidade.

4.3.2 Dano Físico

O Dano é um dos pressupostos da Responsabilidade Civil, contratual ou extracontratual, visto que não poderá haver ação de indenização sem a existência de um prejuízo. Só haverá Responsabilidade Civil se houver um dano a reparar.

O dano pode ser definido como a lesão (diminuição ou destruição) que, devido a certo evento, sofre uma pessoa, contra sua vontade, em qualquer bem ou interesse jurídico, patrimonial ou moral.

O dano à integridade corporal e à vida humana é direto e extramomial, mas pode provocar indiretamente uma lesão, o corpo humano, ao lado do valor moral que representa, pode originar um valor econômico que deve ser indenizado. A integridade física é um bem suscetível de apreciação pecuniária, de modo que sua perda deverá ser reparada, levando-se em conta não só todas as manifestações, atuais e futuras da atividade que possam ser avaliadas, mas também as circunstâncias relativas àqueles que pleiteiam a indenização (DINIZ; 2003 p. 55).

O Código Civil, em seu art. 159, ao prescrever que todo aquele que violar direito ou causar prejuízo a outrem por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, deve reparar o dano, admite a reparação civil do dano do corpo, por constituir um ato ilícito.

É importante ressaltar que a violência obstétrica não ocorre somente com a parturiente, mas sim com o acompanhante da vítima. E, segundo Diniz (2003 p. 60), o lesado indireto é aquele que, não sendo a vítima direta do fato lesivo, vem a sofrer com esse evento por experimentar um menoscabo ou uma lesão a um bem jurídico patrimonial ou moral em razão de sua relação ou vinculação com o lesado direito.

Quando a vítima sofre ofensa em sua incolumidade física, em sede de indenização pelo ato ilícito, deve ser avaliado o grau de incapacidade que essa agressão ocasionou. O dano pode ajustar-se como medida da responsabilidade civil. Conforme for a dimensão do dano, atribui-se a responsabilidade do dano em maior ou menor grau. O dano é o requisito mais importante para averiguar a conduta e responsabilidade do agente.

O Direito Civil, a análise da extensão dos danos é essencial para atribuir a obrigação de indenizar a vítima já que não pode existir delito sem a ocorrência de danos.

A violência em relação às mulheres é entendida como compreendendo uma série de ações físicas que apresentam continuidade e frequência, estão inter-relacionadas entre si e atingem o corpo da mulher. O abuso físico se caracteriza pelo ato fisicamente agressivo causou, ou tem potencial para causar dano físico à mulher.

Segundo Pinho (2013 p. 248) seleciona diversas hipóteses de uma melhor interpretação que podem ser resumidas:

Ninguém tem direito a indenização, a não ser por danos de lesão corporal; as pessoas somente terão direito a indenização por danos morais se estiverem na cena do acidente; as pessoas teriam direito a indenização se essa prática, a longo prazo,

reduzisse os custos gerais dos acidentes ou, de outro modo, tornasse a comunidade mais rica; as pessoas tem direito a indenização por qualquer dano (físico ou moral), que seja consequência direta de uma conduta imprudente, por mais que tal da no fosse imprevisível; as pessoas tem direito a indenização por danos morais ou físicos que sejam consequência de uma conduta imprudente, mas apenas quando esse dano for razoavelmente previsível por parte do suposto culpado.

O dano físico é a consequência de um processo contínuo de eventos encadeados que ocorre num curto período de tempo (segundos ou minutos), sem um desejo consciente envolvendo a perda de controle do equilíbrio entre um indivíduo (vítima) e seu ambiente (SANTANA; SAPIRO; KIPPER; RAMOS; 2011 p. 251).

Portanto, quando uma falha acontece e o consumidor sofre o dano, é necessário decidir dentro dessa complexa rede de pessoas a quem se deve atribuir a responsabilidade. Uma das responsabilidades, é claro, é o profissional de saúde envolvido, protagonista da prestação de serviço que se mostrou defeituosa. De fato, quem deve ser considerado fornecedor desses serviços para efeito de responsabilidade: apenas os hospitais, clínicas, laboratórios e centros de diagnósticos, ou seja, os prestadores diretos dos serviços médicos.

4.3.3 Nexos de Causalidade

A Responsabilidade Civil não pode existir sem a relação de causalidade entre o dano e a ação que o provocou. É por meio do exame da relação causal que concluímos quem foi o causador do dano. Trata-se de elemento indispensável. A responsabilidade objetiva dispensa a culpa, mas nunca dispensará o nexo causal. Se a vítima, que experimentou um dano, não identificar o nexo causal que leva o ato danoso ao responsável, não há como ser ressarcida (VENOSA; 2005, p. 53).

O nexo de causalidade é um dos pressupostos fundamentais no estabelecimento da responsabilidade pela reparação do dano corporal. Por conseguinte, pode definir-se a causalidade médico-legal como estudo da relação etiológica entre um determinado evento e um determinado efeito ou alteração da integridade físico-psíquica (OLIVEIRA; VIEIRA; 2017, p. 13).

O nexo de causalidade causal é um vínculo uma ligação de relação de causa e efeito entre a conduta e o resultado, que ocorre diretamente ou como sua consequência previsível. Em suma, o nexo causal é um elemento de ligação entre uma conduta ou uma situação determinada, e o resultado, através do qual é possível concluir quem é o indivíduo responsável pelo dano, ou seja, aquele do qual se imputa o dever de indenizar (WALD; GIANCOLI; 2015).

De qualquer forma, para existir um dever de indenizar o nexo de causalidade deve estar presente entre a atividade ilegal e o prejuízo correspondente feito, salvo nos casos previstos em lei, a saber: fato de terceiro, culpa exclusiva da vítima, que é o art. 927, caput: “Aquele que em ato ilícito, causar dano a outrem, é obrigado a repará-lo”.

É bom lembrar que a imputabilidade não se confunde com o nexo de causalidade. A imputabilidade diz respeito a elementos subjetivos e o nexo causal a elementos objetivos, consistentes na ação ou omissão do sujeito, atentatória do direito alheio, produzindo dano patrimonial ou extrapatrimonial. Porém, nada obsta que haja imputabilidade sem nexo causal.

4.2.4 Responsabilidade Administrativa

O dever de ressarcimento de dano por um conduta antijurídica culposa de um funcionário ou outro servidor público pode ser regulado diferentemente. A responsabilidade é apurada na forma do Código Civil e perante Poder Judiciário. Embora possa ser assim, na maioria das vezes é apurada no âmbito administrativo, mediante o competente processo administrativo, em que se deve dar ao servidor público acusado amplo direito de defesa, consoante exige o inciso LV do art. 5º da Constituição Federal.

A responsabilidade administrativa do servidor público é a que resulta o descumprimento de normas internas da entidade a que está vinculado, da violação do correto desempenho do cargo ou da infração de regras estatutárias. Nos termos do art. 124 do Estatuto Federal, é a que resulta de atos ou omissões praticados no desempenho do cargo ou função (GASPIRINI; 2011 p. 109).

A responsabilidade administrativa é independente da civil e da criminal, mas será reintegrado ao serviço público, no cargo que ocupava e com todos os direitos e vantagens devidas, o servidor absolvido pela justiça, mediante simples comprovação do trânsito em julgado de decisão que negue a existência de sua autoria ou do fato que deu origem a sua demissão.

A responsabilidade administrativa deve ser apurada através de sindicância ou processo administrativo disciplinar em que se conceda ao servidor faltoso ampla defesa e o contraditório, conforme estatui o inciso IV do art. 5º da Constituição Federal.

A sindicância administrativa é um processo sumário de elucidação de irregularidades no serviço público, comprovando-os ou para estabelecer a autoria,

para posterior responsabilização em sede do processo administrativo disciplinar, tendo, via de regra, natureza eminentemente investigativa (FILHO; 2013 seção 23).

O agente público responde civil, penal, e administrativamente pelo exercício irregular de suas atribuições, pois o Estado Democrático de Direito tem como um dos princípios fundantes o da isonomia, que impossibilita a existência de classes especiais de cidadãos.

5 CONCLUSÃO

Através da pesquisa realizada foi possível perceber que a violência obstétrica continua crescendo dia após dia nas unidades de saúde de Santa Catarina, depreciando que a mulher é a personagem principal no ciclo gravídico.

A violência obstétrica é difícil de ser reconhecida pelas mulheres, por isso, acabada passando despercebida e tratada como normal. Existem momentos em que a violência é confundida com as dores do parto e não é levada em consideração. Acontece que a violência obstétrica é uma agressão considerada grave para as mulheres.

Analisa-se que a violência obstétrica na responsabilização dos profissionais da saúde enseja a reparação dos danos material, moral e estético. Tendo em vista que ainda no âmbito criminal, não existe lei para punir esse tipo de violência.

Os profissionais da saúde ainda podem ser responsabilizados na esfera administrativa, onde correm o risco se condenados, perder o cadastro no CRM, tendo em vista o código de ética médico.

O grande problema para se combater a violência obstétrica é a falta de legislação que ampare os direitos das mulheres e a falta de informação as parturientes, pois acabam se calando e possibilita a continuação desta prática.

Portanto, o parto humanizado acaba sendo confundido com o parto normal, mas na realidade o parto humanizado é quando a mulher possui o direito de escolha, onde pode escolher o procedimento a ser realizado.

Por fim, acredita-se que com a evolução do direito, criação de uma lei nacional e orientação às parturientes são as possíveis maneiras para que os índices desse quadro de violência diminuam.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Célia Barbosa; MENDONÇA, Alex Assis; RANGEL, Tauã Lima Verdan. **Debates sobre Direitos Humanos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. Volume. 3. Disponível em: <https://bit.ly/2SE1srM>. Acesso em 14|09|2018.
- ÁVILA, Leticia. **Parto: O outro lado invisível do nascer**. Copyright, 2017.
- BIO, Eliane. **O Corpo no Trabalho de Parto**. São Paulo: Summus, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2PqhKSY>. Acesso em: 25/11/2018.
- CIELLO, Cariny, *et al.* **Violência Obstétrica: Parirás com Dor**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br>. Acesso em: 20/09/2018.
- DAHLKE, Rudiger; DAHLKE, Margit; ZAHN, Volker. **O caminho para a vida: Gravidez e Parto Levando em conta o Ser Humano como um Todo**. São Paulo: Cultrix, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2SBVcAB>. Acesso em 12|09|2018.
- DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2B2VHwp>. Acesso em: 25/11/2018.
- DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil**. Saraiva, 2003.
- EDMONDS, D. Keith. **Ginecologia e Obstetrícia: Manual Prático**. Rio de Janeiro: Revinter, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2PsB8OZ>. Acesso em: 23/11/2018.
- FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão. **Manual dos Direitos da Mulher**. São Paulo: Saraiva, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2QHYg0K>. Acesso em: 30|11|2018.
- FERRAZ, Octávio Luiz Motta. **Responsabilidade Civil da Atividade Médica no Código de Defesa do Consumidor**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2L4HJyF>.
- FILHO, Nestor Sampaio Penteado. **Direito Administrativo e Disciplinar**. São Paulo: Saraiva, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2PtN0Aq>. Acesso em: 02/12/2018.
- GALVÃO, Fernando. **Direito Penal: Crimes contra a pessoa**. São Paulo: Saraiva 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2L6zNgt>. Acesso em 20/11/2018.
- GASPIRINI, Diogenes. **Direito Administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2Ep5PUc>. Acesso em 03/12/2018.
- HERRERO, Luciana. **O Diário do Bordo do Parto**. São Paulo: Aninhare, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2QnwU0D>. Acesso em: 23/11/2018.

IGLESIAS, Sérgio. **Responsabilidade Civil: Danos à personalidade**. São Paulo: Manole, 2002. Disponível em: <https://bit.ly/2B38hvC>. Acesso em 22/11/2018.

LISBOA, Roberto Senise. **Manual do Direito Civil: Obrigações e Responsabilidade Civil**. São Paulo: Saraiva, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2C0TQdh>. Acesso em: 30/01/2018.

_____. **Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940: Código Penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/11/2018.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002: Código Civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/11/2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 23/10/2018.

LOUCH, Jussara de Azambuja; SOUZA, Pedro Vinicius Sporleder. **Bioética na Atualidade**. Porto Alegre (RS): Edipucrs, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2G5zxzm>. Acesso em: 20/11/2018.

MAIA, Mônica Bara; **Humanização do Parto: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissionais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2QKqwj>. Acesso em: 20/11/2018.

MARTINS, Ana Paula Vasne. **Visões dos femininos: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2Ga5hnb>. Acesso em 22/11/2018.

NASCIMENTO, Lais Chaves do, *et al.* **Revista de Enfermagem UFPE On Line: Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos**, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/23355-45224-1-PB.pdf>. Acesso em: 24/10/2018.

PALMA, Maria Fernanda. **Anatomia do Crime: Revista de Ciências Jurídico-Criminais**. Almedina, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2E9iR7y> .Acesso em: 06/10/2018.

PINHO, Ana Cláudia Bastos de. **Para Além do Garantismo: Proposta Hermeneutica de Controle da Decisão Penal**. Porto Alegre (RS): Livraria do Advogado. Disponível em: <https://bit.ly/2EaEKTY>. Acesso em: 02/12/2018.

SANTANA, João Carlos Batista; SAPIRO, Alexander; KIPPER, Délio José; RAMOS, Mateus Motta. **Saúde da Criança e do Adolescente: Puericultura na Prática Pediátrica**. Porto Alegre (RS): Edipucrs, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2Pr80YA>. Acesso em: 26/11/2018.

STREY, Marlene Neves; CÚNICO, Sabrina Daiana. **Teoria de Gênero: Feminismo e Transgressão**. Porto Alegre (RS): Edipucrs, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2SBD3mi>. Acesso em 09/10/2018.

TEIXEIRA, Elizabeth Freury; MENEGHEL, Stela. **Dicionário Feminino da Infâmia: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Disponível em: <https://bit.ly/2SAFQfK>. Acesso em: 10|10|2018.

TOLEDO, Vasquez. **Carta das Mulheres aos Constituintes 30 anos Depois: Balanço e Memória**. Erechim: Daviant, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2EbCpby>. Acesso em: 15|10|2018.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito Civil: Responsabilidade Civil, Volume IV**. Atraz, 2005.

WALD, Arnoldo; GIANCOLI, Bruno Pandori. **Direito Civil: Responsabilidade Civil**. São Paulo: Saraiva, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2RN7Ix4>. Acesso em: 21/11/2018.

