UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO DE RIBEIRÃO PRETO

BEATRIZ CARVALHO NOGUEIRA

Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste

Trabalho de Conclusão de Curso
Orientadora: Profª. Drª. Fabiana Cristina Severi

Ribeirão Preto
2015

BEATRIZ CARVALHO NOGUEIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE DAS DECISÕES PROFERIDAS PELOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA DA REGIÃO SUDESTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito de Ribeirão Preto de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Profª. Drª. Fabiana Cristina Severi

Ribeirão Preto
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho.

Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região. Ribeirão Preto, 2015.
86 p. ; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade de Direito de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Severi, Fabiana Cristina.

1. Direito. 2. Direito e Gênero. 3. Direito Constitucional. 4. Direitos e Garantias Individuais. 5. Acesso à justiça. 6. Saúde da Mulher

Ao Paulo, que concretiza todos os dias o verdadeiro significado das palavras amor, carinho e respeito, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Vilma e ao meu pai Denisar por todo apoio e confiança que sempre foram depositados em mim, por todos os conselhos e experiências de vida que me foram transmitidos, sempre marcados por amor, carinho e honestidade e por todo o esforço realizado para que eu conseguisse completar minha formação.

Agradeço à minha irmã Bárbara pelo carinho, alegria e paciência que sempre foram características essenciais de nossa relação.

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Fabiana Severi, por toda a teoria apresentada durante esse trabalho e por toda a paciência ao ensinar que a pesquisa no Direito possui o dever de ir além do que é ensinado nas salas de aula da faculdade, sempre com o compromisso de transformar a sociedade em que vivemos.

Agradeço o meu namorado Paulo não somente por todo amor, confiança e companheirismo, mas também pela indispensável e fundamental ajuda no desenvolvimento da presente pesquisa.

Agradeço ainda à Heloísa e ao Pedro por todo o apoio fornecido desde a escolha do tema até as análises dos dados relacionados à violência obstétrica.

Agradeço ao André pela ajuda na coleta, na estruturação dos dados e na formatação e à Tharuell pela importante revisão realizada no presente trabalho.

Agradeço aos amigos do "Grupo de Pesquisa em Direitos Humanos, Democracia e Desigualdades" cujas leituras em conjunto facilitaram a compreensão do procedimento metodológico e as bases teóricas utilizadas no presente estudo.

Agradeço, por fim, aos demais amigos e amigas, que, pacientemente, entenderam a minha ausência durante a elaboração deste trabalho.

RESUMO

O objetivo central da presente pesquisa consistiu na análise dos acórdãos dos Tribunais de Justiça da região sudeste relacionados à problemática da violência obstétrica. Para que fosse possível referida análise, utilizamos o referencial teórico que aborda as relações entre Direito e Gênero, para que assim pudéssemos entender o papel do Direito na manutenção e criação do discurso patriarcal na sociedade. Além disso, realizamos uma revisão bibliográfica referente à temática da violência obstétrica para que fosse possível entendermos sua relação com a violência de gênero. A partir da teoria estudada e da análise realizada nos acórdãos componentes da amostra da presente pesquisa pudemos perceber a importância de uma legislação específica relacionada à violência obstétrica. Além disso, observamos que é fundamental que os Tribunais passem a julgar de acordo com uma perspectiva de gênero, fazendo com que o Direito seja um espaço de transformação e de consequente diminuição das desigualdades de gênero.

Palavras-chave: Direito e Gênero. Direito Constitucional. Saúde da Mulher. Acesso à justiça.

ABSTRACT

The main objective of this research was to analyse the decisions of Courts of Justice of Brazil's southeastern region that related issues with obstetric violence. To make it possible, we used the theory that deals with the relationship between law and gender. This has made possible our understanding of the role of law in the maintenance and creation of patriarchal discourse in society. In addition, we realized a literature review related to the issue of obstetric violence to make possible to understand its relation to gender violence. From the theory study and analysis on the components of the sample judgments we realized the importance of specific legislation related to obstetric violence. In addition, we observed that is essential that the courts start to judge according to a gender perspective, so that the law could be a space of transformation and consequent reduction of gender inequalities.

Keywords: Law and Gender. Constitutional Law. Women's health. Access to Justice

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 GÊNERO E DIREITO 11
2.1 DIREITO É SEXISTA 12
2.2 DIREITO É MASCULINO 13
2.2.1 Igualdade e Equidade 17
2.3 DIREITO TEM GÊNERO 18
2.4 DIREITO COMO ESTRATÉGIA CRIADORA DE GÊNERO 19
2.5 DIREITO E DISCURSO 21
2.6 "O DIREITO DA MULHER" 24
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 26
3.1 HISTÓRIA DO PARTO 27
3.2 FORMAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 30
3.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO 36
3.4 MOVIMENTOS SOCIAIS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO 37
3.5 MOVIMENTOS SOCIAIS RELACIONADOS ÀS PROFISSIONAIS DO PARTO 40
3.5.1 Parteiras Tradicionais 40
3.5.2 Doulas 41
3.6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ARGENTINA E NA VENEZUELA 42
4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE DAS DECISÕES PROFERIDAS PELOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA DA REGIÃO SUDESTE 47
4.1 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO 47
4.2 RESULTADOS 52
4.2.1 Palavras-chave 52
4.2.2 Polo Ativo das demandas 53
4.2.3 Polo Passivo das demandas 56
4.2.4 Forma de Atendimento 59
4.2.5 Violência sofrida pelo polo ativo 60
4.2.6 Instrumentos processuais 63
4.2.7 Resultado em relação ao polo ativo 66
4.2.8 Reforma pelo Tribunal 69
4.2.9 Assunto 70
5 CONCLUSÃO 77
REFERÊNCIAS 80
ANEXO A – PLANILHA DE ASSUNTOS DOS ACÓRDÃOS 86

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Sujeitos no polo ativo dos acórdãos (%) 55
Gráfico 2 - Sujeitos do polo passivo dos acórdãos (%) 57
Gráfico 3 - Esferas responsáveis pelo atendimento (%) 59
Gráfico 4 - Violência sofrida pelas mulheres (%) 61
Gráfico 5 - Instrumentos processuais (%) 64
Gráfico 6 - Resultado dos acórdãos com relação ao polo ativo (%) 66
Gráfico 7 - Acórdãos reformados pelo Tribunal (%) 69
Gráfico 8 - Principais assuntos dos acórdãos (%) 70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de acórdãos encontrados após as pesquisas das palavras-chave 48
Tabela 2 - Quantidade de acórdãos encontrados após as pesquisas das palavras-chave no TJRJ – PJERJ (Nova Consulta) 49
Tabela 3 - Quantidade de acórdãos encontrados após as pesquisas das palavras-chave 49
Tabela 4 - Quantidade de acórdãos da amostra conforme o Tribunal de Justiça 50
Tabela 5 - Quantidade de acórdãos encontrados com base nas palavras-chave 53

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAE-Rio	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais do Rio de Janeiro
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CC/02	Código Civil de 2002
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF/88	Constituição Federal de 1988
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDAW	*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*
COREN/RJ	Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DPE	Defensoria Pública estadual
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
BEM	Medicina Baseada em Evidências
MPC	Marcha do Parto em Casa
MPE	Ministério Público estadual
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NCT	*National Childbirth Trust*
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PJERJ	Palácio da Justiça do estado do Rio De Janeiro
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TJES	Tribunal de Justiça do estado do Espírito Santo
TJMG	Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais
TJRJ	Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro
TJSP	Tribunal de Justiça do estado de São Paulo
WHO	*World Health Organization*

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa pretende analisar os acórdãos dos Tribunais de Justiça da região Sudeste relacionados à temática da violência obstétrica, tomando-se como problemática central as relações existentes entre Direito e Gênero. O objetivo principal foi, portanto, a análise de como o discurso do Direito, principalmente o exteriorizado por meio de decisões judiciais trata a mulher vítima de violência obstétrica, de modo a subsidiar as discussões relacionadas ao acesso à justiça pelas mulheres e à construção de uma justiça de gênero.

Para a consecução do referido objetivo, iremos analisar as diversas teorias que abordam as relações entre Direito e Gênero, buscando-se, a partir delas, entender como e se o Direito pode servir na eliminação das assimetrias existentes entre os gêneros. No contexto da violência obstétrica, essa análise mostra-se fundamental, uma vez que não há regulamentação específica sobre o tema, sendo utilizados os critérios gerais sobre responsabilidade civil dos hospitais, profissionais da saúde, planos de saúde e Poder Público, o que faz com que os danos causados às mulheres sejam vistos apenas como erros médicos e não como violência de gênero.

Para que seja realizada a análise de referidos acórdãos faz-se necessária ainda uma revisão bibliográfica referente à temática da violência obstétrica, destacando-se sua origem e sua intrínseca relação com a violência de gênero e com a medicalização e institucionalização de fenômenos naturais da mulher pela ciência.

A partir desses referenciais teóricos, será possível realizarmos a análise de conteúdo dos acórdãos que compõem a amostra do presente trabalho, fornecendo subsídios para que os Tribunais de Justiça passem a incorporar a perspectiva de gênero em seus julgamentos, fazendo com que o Direito possa servir na eliminação das desigualdades e não apenas como instrumento de criação e manutenção das assimetrias de gênero. Além disso, será possível verificarmos a necessidade de regulamentação legal da violência obstétrica, conforme pautam diversos movimentos pela humanização do parto.

2 GÊNERO E DIREITO

A Justiça de Gênero, termo empregado por algumas feministas, sobretudo latino-americanas, para designar a construção de um sistema formal de justiça sob a perspectiva de gênero, tem como principais preocupações a efetivação dos Direitos Humanos das mulheres, a democratização do sistema de justiça e do acesso à justiça pelas mulheres, uma vez que, apesar da revogação da maioria dos textos normativos claramente discriminatórios com relação ao gênero, o Direito ainda é marcado por fortes assimetrias (SEVERI, 2013).

Dentre essas assimetrias, pode-se destacar a ausência de leis e normas que tratem da violência obstétrica, seja responsabilizando os agentes de saúde e hospitais, seja garantindo Direitos Fundamentais à mulher no momento pré-parto, do parto e pós-parto. A ausência de legislação específica, além de dificultar a aplicação de punições aos agentes da violência obstétrica, também pode significar a não preocupação do Direito em relação aos temas que afetem a saúde física e psíquica da mulher.

Nesse sentido, Madariaga (2008 apud SEVERI, 2011, p. 329) destaca que um fator importante nas lutas feministas após o surgimento do Estado Moderno é consistente na provocação de mudanças legislativas para que seja permitida a igualdade entre os sexos. A autora ainda afirma que, apesar de haver a previsão da garantia de direitos às mulheres, principalmente nas constituições, “do ponto de vista da cidadania ativa e a da participação na vida pública, permaneciam em uma condição geral de invisibilidade na ordem constitucional”.

Isso porque, o surgimento do Estado Constitucional marcou a utilização do homem como padrão do que é considerado como universal pelo Direito. A tomada do homem como sujeito padrão de tutela de direitos fez com que as mulheres fossem excluídas do sistema jurídico ou fossem anuladas como sujeitos políticos, tendo que se conformar com o tratamento masculino. Atualmente, a incorporação de tratados internacionais garantidores dos direitos das mulheres alterou a maior parte dos textos constitucionais.

Todavia, essas alterações não foram suficientes na garantia dos direitos às mulheres, mantendo-se os problemas na aplicação do Direito e no acesso à justiça. Em razão do conteúdo discriminatório ou até mesmo da omissão do Direito frente a temas de grande relevância às mulheres, diversas teorias surgem no âmbito do movimento feminista para explicar as razões da reprodução do sistema patriarcal e as formas de transformar o universo jurídico em um espaço que garanta a representação e efetivação dos direitos das mulheres.

A diversidade das teorias referentes ao Gênero e ao Direito revela a pluralidade do movimento feminista. Quanto a essa pluralidade, cabe enfatizar que o feminismo se refere a

um conjunto variado de experiências históricas e sociais. Conforme conceitua Castells (1996 apud FACIO; FRIES, 2005), o feminismo compreende todas as pessoas e grupos, reflexões e atuações que possuam como objetivo o fim da subordinação, da desigualdade e da opressão das mulheres, construindo uma sociedade em que não haja discriminação em razão do sexo e do gênero.

Nesse sentido, Facio (2000) afirma que todas as correntes do feminismo buscam, em alguma medida, a transformação do status jurídico e social das mulheres, com a pretensão de transformar as relações de poder entre os gêneros.

A autora destaca que apenas as correntes que buscam o esclarecimento do papel que desempenha o Direito na manutenção do patriarcado podem ser consideradas uma Teoria Crítica do Direito. Isso porque, as teorias críticas têm o objetivo de esclarecimento das lutas e desejos de uma época, no caso, do movimento feminista. Assim, Alice Ruiz (2009) afirma que para uma teoria crítica, o Direito é discurso e prática social, não pura normatividade.

Como explica Smart (2000), apesar de o Direito ser um fenômeno do patriarcado, o ingresso dos movimentos feministas nesse campo o tem transformado em um local de luta e não apenas em um possível instrumento utilizado na luta feminista. Contudo, a autora salienta que o Direito não deve ser visualizado como o lugar especial para a resolução dos problemas sociais, pois essa compreensão concede ainda mais poder ao Direito e aumenta seu caráter imperialista.

A pesquisadora agrupa os argumentos das diversas perspectivas feministas com relação ao Direito em duas principais fases: “o Direito tem Gênero” e “o Direito como estratégia criadora de Gênero” (SMART, 2000). A noção de que o Direito tem Gênero compreende três principais etapas de reflexão do movimento feminista, quais sejam, “o Direito é sexista”, “o Direito é masculino” e, por fim, “o Direito tem Gênero”, estando, todas as fases, praticamente superadas.

Nesse capítulo, utilizaremos a sistematização das perspectivas abordadas por Smart (2000) e ampliaremos sua análise realizando um diálogo com as teorias de crítica ao Direito apresentadas por Facio (2000).

2.1 DIREITO É SEXISTA

De acordo com Smart (2000), a perspectiva de que “o Direito é sexista” defende que ao diferenciar homens e mulheres, o Direito colocou a mulher em posição de desvantagem, negando a elas recursos materiais, igualdade de oportunidades e o reconhecimento e

ressarcimento dos danos causados. Essa negativa de ressarcimento ocorre porque os mesmos eventos que causam danos às mulheres outorgam privilégios aos homens.

Essa teoria trouxe grandes avanços no tocante à redefinição do Direito, pois demonstrou as desigualdades perpetradas, desafiando práticas até então consideradas como aceitáveis. Todavia, conforme críticas feitas por Smart (2000), a teoria não é eficaz como forma de análise, uma vez que reduz os problemas do Direito à percepção dos sujeitos aos quais se destina, ou seja, erra ao defender que a solução consiste apenas no tratamento igual de todos os sujeitos.

A teoria ainda falha ao acreditar que a adoção de uma linguagem neutra, que elimine as distinções entre homens e mulheres irá, consequentemente, eliminar as discriminações existentes nos sistemas jurídicos. Assim, além de a teoria propor uma solução muito superficial ao Direito, ela confunde os conceitos de discriminação e de diferenciação ao propor a eliminação de quaisquer formas de diferenciação sexual, o que implicaria no reconhecimento de que podemos viver em uma cultura sem gênero.

Observa-se que essa teoria utiliza a figura do homem como medida a ser utilizada como referência pelo Direito, ao definir que homens e mulheres devem ser tratados da mesma forma, logo, as mulheres são maltratadas porque se diferenciam dos homens.

Quanto a essa problemática, Smart (2000) ressalta que não apenas a utilização do homem como referencial se mostra como um problema à superação das discriminações no Direito: de nada adianta utilizar mulheres brancas e de classe média como padrão, uma vez que isso apenas de forma aparente resolve o problema do sexismo, mas cria outras formas de discriminação.

2.2 DIREITO É MASCULINO

A noção de que “o Direito é masculino” relaciona-se à predominância de homens nos cargos legislativos e jurídicos. Desse modo, Smart (2000), ao utilizar como referencial a pesquisadora MacKinnon (1987 apud SMART, 2000), explica que essa vertente argumenta que a discriminação ocorre na suposta neutralidade e objetividade do Direito que, na verdade, ocultam valores masculinos, uma vez que o próprio Direito foi construído e é aplicado, em sua maior parte, por homens.

É possível notar que a diferença entre essa corrente e a primeira (“o Direito é sexista”.) consiste no fato de que esta acredita que o Direito não deixa de aplicar critérios

objetivos às mulheres, conforme defendido pela primeira vertente, mas sim que esses critérios objetivos ocultam, na verdade, valores masculinos.

Facio (2000) também apresenta uma perspectiva crítica de Direito e Gênero que questiona o androcentrismo presente nos princípios básicos dos sistemas jurídicos. Essa teoria questiona a própria objetividade, racionalidade e universalidade que existem na concepção liberal do fenômeno jurídico e, inclusive nos chamados "Direitos Fundamentais", sob a ideia de que eles também refletem valores masculinos.

Essa concepção é fortemente resistida por diversas teorias feministas, pois se acredita que questionar os Direitos Humanos pode ser extremamente perigoso. Todavia, a crítica aos Direitos Humanos tem como objetivo o questionamento de seus valores androcêntricos e da necessidade de que os Direitos Fundamentais sejam realmente universais. Não se busca, portanto, a desvalorização dos Direitos Humanos.

Como exemplo da androgenia constante na Declaração Universal dos Direitos Humanos é possível observar, por exemplo, que, apesar de a mulher ser considerada expressamente como destinatária das garantias ali previstas, não há a previsão de nenhum direito que reflitam as necessidades das mulheres, como os direitos sexuais e reprodutivos.

Facio (2000) destaca que, ao questionar a lógica jurídica como uma lógica masculina, não se pretende substituir a razão pela irracionalidade, mas sim entender que a justiça está constituída por problemas que não tem uma única solução, mas sim várias alternativas possíveis. Essa crítica também questiona a igualdade entre homens e mulheres, pois ela é apenas baseada nos homens, mesmo quando se tem como objetivo a proteção das mulheres. Nesses casos, considera-se que as mulheres possuem "necessidades especiais":

> Esta crítica postula que esta manera de concebir las necesidades de las mujeres ha llevado al Derecho a crear una serie de protecciones especiales que no sólo parte del hecho biológico de que las mujeres engendramos, parimos y amamantamos, sino de la presunción social de que por ello somos la encargadas de todo el trabajo que implica la reproducción humana.[1] (FACIO, 2000, p. 29)

Assim, essa teoria representa um grande avanço, pois reconhece que o Direito é discriminatório com relação ao Gênero, porque o que é positivado corresponde às necessidades dos homens, ignorando tudo aquilo que afeta as mulheres.

No entanto, conforme afirma Smart (2000), essa teoria recai no mesmo problema na vertente explicada anteriormente, pois ela continua a utilizar as categorias feminino/masculino

---

[1] "Esta crítica defende que a maneira de conceber as necessidades das mulheres levou o Direito a criar uma série de proteções especiais que não somente parte das características biológicas de que as mulheres geram, parem e amamentam, mas sim da presunção social de que por isso, são encarregadas de todo o trabalho que implica na reprodução humana" (tradução livre).

ou homem/mulher como se elas fossem suficientes na verificação da tradição patriarcal do Direito, sem levar em conta outras diferenciações (classe, raça, idade ou religião). A teoria utiliza a ideia de que homens e mulheres correspondem a duas categorias homogêneas.

Aqui, cabe também destacar as críticas realizadas por Facio (2000) ao apresentar as teorias que defendem que a discriminação de Gênero no Direito existe em razão da exclusão das mulheres nos espaços de poder, ou seja, pelo fato de que quase todos os juristas de renome, juízes e legisladores são homens.

A pesquisadora critica a ideia de que as normas discriminatórias serão automaticamente revogadas com a incorporação de mais mulheres em posições políticas, pois essa noção não consegue alcançar outras formas de discriminações de gênero existentes na sociedade. Nesse sentido, a autora exemplifica que, de nada adianta a revogação de normas discriminatórias contra as mulheres no âmbito privado do casamento, se as obrigações de homens e mulheres continuarem a ser diferentes tanto no âmbito público como no privado.

Para Facio (2000), assim como sugerido por Smart (2000), as soluções apontadas por essa vertente se revelam insuficientes porque não questionam outras discriminações (raça, classe econômica, etc.). Referida teoria esquece que, apesar de haver uma inclinação para que todas as mulheres sofram discriminação pelo Direito, nem todas sofrem da mesma maneira essas discriminações, principalmente se verificados outros fatores determinantes como o econômico, racial e educacional.

Pelas razões supramencionadas, Facio (2000) destaca que não é a incorporação das mulheres ao poder legislativo ou mesmo na aplicação das leis que irá garantir a eliminação de todas as discriminações que sofrem. Essas diferenças na visualização do que é ou não considerado como discriminatório, inclusive entre as próprias mulheres, também dificulta no estabelecimento de critérios para a definição do que é considerado como uma norma ou lei discriminatória.

Assim, ao definir que as leis que diferenciam homens e mulheres são discriminatórias, inclusive as surgidas para beneficiar ou proteger as mulheres, faz com que haja a predominância da noção de que as mulheres devem se comportar da forma mais semelhante aos homens para que assim, ambos possam ser tratados do mesmo modo pelo Direito. Conforme salientou Smart (2000), o problema dessa teoria é continuar utilizando o homem como padrão de comportamento e sujeito tutelado pelo Direito e de não questionar alguns de seus postulados básicos, recaindo no pressuposto de que “o Direito é sexista” e de que quaisquer diferenças legais devem ser eliminadas.

É necessário registramos a ressalva realizada por Facio (2000) de que o aumento considerável de mulheres nos âmbitos de aplicação e criação do Direito o transformará eventualmente, sobretudo em razão das diferenças da concepção de justiça de homens e mulheres. Todavia, essa transformação, além de não ser suficiente para alterar as estruturas do Direito, depende que as aplicadoras ou criadoras do Direito a façam dentro de uma perspectiva de gênero, com respeito a outras formas de discriminação.

No tocante à necessidade de que as juízas e juízes interpretem a lei sob uma perspectiva de gênero deve-se superar ainda outro obstáculo: a tradição de que eles representam o papel de "bocas da lei" sem que interpretem as normas a partir de valores éticos.

Cabe ainda destacarmos a teoria apresentada por Facio (2000) de que o Direito se revela discriminatório quando deixa de regular determinadas questões sentidas exclusivamente pelo gênero feminino. Este campo do feminismo defende, pois, que o problema ocorre na invisibilização da mulher por muitos campos do Direito.

Apesar de realmente haver uma falta de regulamentação de muitos setores que afetam o gênero feminino, inclusive no tocante à violência obstétrica, é um equívoco acreditar que a mera promulgação de leis resolve os problemas sem que seja acompanhada de uma discussão de gênero. Caso essa discussão não ocorra, essas leis, como dito no início do capítulo, poderão apenas reforçar o sistema patriarcal.

A vertente trazida por Smart (2000) de que "o Direito é masculino" abrange outra perspectiva feminista ao Direito, conforme é abordado por Facio (2000). Algumas vertentes do feminismo, a partir do pressuposto de que mulheres e homens são diferentes, acreditam que essas diferenças somente são visibilizadas pelo Direito quando beneficiam os homens. Esta crítica não acredita que a igualdade jurídica acarrete na emancipação das mulheres, pois isso significou a manutenção de benefícios aos homens.

Essa crítica, contudo, não questiona o sentido que se dá ao princípio da igualdade e não propõe uma nova solução, na qual consiga abarcar as situações nas quais necessariamente a mulher deve ser tratada como o homem e as situações em que deverá haver diferenciação, para proteção da mulher.

É observável que, muitas vezes, a concepção de igualdade realmente garante apenas aos homens a possibilidade plena do exercício desse direito. Isso porque, o paradigma de humano foi construído a partir de características masculinas. Assim, leis que se proponham neutras, genéricas e iguais para ambos os sexos, apenas faz com que as mulheres devam se comportar como os homens. Realmente, a concepção de igualdade também não poderá ser

considerada real enquanto as instituições sociais, inclusive as leis e a justiça se considerarem neutras em relação ao gênero.

Todavia, observa-se que essa teoria continua a utilizar o homem como referencial na análise do Direito. Ademais, conforme mencionado, essa teoria é criticada justamente por não propor uma solução ao critério de igualdade e, muitas vezes propor que a igualdade não é necessária entre homens e mulheres. Nesse sentido, Facio (2000) destaca:

> Argumentar que la igualdad no es necesaria entre mujeres y hombres es no ver que es precisamente la falta de igualdad entre hombres y mujeres la que mata a millones de mujeres al año: porque las mujeres no tenemos igual poder dentro de nuestras parejas, miles somos asesinadas por nuestros compañeros; porque las mujeres no somos igualmente valoradas por nuestros padres, miles somos asesinadas al nacer; porque las mujeres no tenemos el mismo poder que los hombres dentro de las estructuras políticas, médicas y religiosas, morimos de desnutrición, en abortos clandestinos o prácticas culturales como la mutilación genital y las cirugías estéticas y obstétricas innecesarias. La desigualdad entre hombres y mujeres mata[2]. (FACIO, 2000, p. 27)

Facio (2000) conclui que a igualdade perante a lei somente seria desnecessária se não houvesse diferenças de gênero, econômicas, raciais, etc. entre os seres humanos e destaca que justamente o reconhecimento da diversidade entre os seres humanos fez com que o artigo 2º da Declaração Universal dos Direitos Humanos tivesse a seguinte redação:

> Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação.

2.2.1 Igualdade e Equidade

Conforme as supramencionadas críticas de Facio (2000), não concordamos com a perspectiva feminista que defende que a igualdade jurídica acarrete na emancipação das mulheres. Isso porque, os termos igualdade e equidade possuem múltiplos significados, podendo, dependendo da teoria adotada, significarem a emancipação das mulheres.

Na América Latina há prevalência da utilização do termo equidade em detrimento de igualdade. Isso porque, muitas vezes, se entende que a igualdade toma como referência o homem como modelo, fazendo com que seja transmitida a ideia de que as mulheres devem se igualar aos homens para que possam usufruir dos mesmos direitos (igualdade formal). A

---

[2] "Argumentar que a igualdade não é necessária entre mulheres e homens é não ver que é justamente a falta de igualdade entre homens e mulheres a que mata milhões de mulheres por ano: porque nós mulheres não temos igual poder dentro dos relacionamentos, milhares de nós são assassinadas por nossos companheiros; porque nos mulheres não somos igualmente valorizadas por nossos pais, milhares de nós somos assassinadas ao nascer; porque nós mulheres não temos o mesmo poder que os homens dentro das estruturas políticas, médicas e religiosas, morremos de desnutrição, em abortos clandestinos ou práticas culturais como a mutilação genital e nas cirurgias estéticas e obstétricas desnecessárias. A desigualdade entre homens e mulheres mata" (tradução livre).

equidade, contudo, é entendida como o tratamento diferente para cada gênero, de acordo com a necessidade (igualdade material) (FACIO, 2011).

Todavia, a utilização do termo equidade não representou a conquista de direitos pelas mulheres, razão pela qual Facio (2011) insiste na utilização do termo igualdade no Direito. De acordo com a autora, a equidade carrega o sentido de meta social, enquanto a igualdade, por ser um Direito Humano, corresponde a uma obrigação dos Estados na implementação de políticas públicas que eliminem a discriminação.

Conforme salienta a autora, a igualdade consiste, pois, na eliminação da discriminação direta ou indireta contra a mulher. A equidade, por sua vez, não está necessariamente ligada à ausência de discriminação, uma vez que cada pessoa pode entender de uma forma o que é ou não é considerado justo às mulheres.

Quando nos referimos à igualdade, não necessariamente nos referimos apenas à igualdade formal. Isso porque, apesar de muitas vezes haver a necessidade do tratamento idêntico aos homens e mulheres, a igualdade também pode abranger o tratamento diferenciado entre homens e mulheres, seja por motivos biológicos, seja por razões históricas (FACIO, 2011).

Dessa forma, acreditamos que a igualdade deve sim ser buscada pelo Direito, mas para que realmente signifique na garantia de direitos às mulheres, deverá ser adotada conforme os parâmetros acima descritos.

2.3 DIREITO TEM GÊNERO

Por fim, a noção de que “o Direito tem gênero” representou um avanço às teorias anteriores ao superar os padrões utilizados para análise do Direito, deixando de utilizar a divisão binária homem/mulher e passando a adotar uma postura mais flexível, baseada na ideia de gênero. Essa teoria permitiu que se pensasse como o Direito atua sobre uma versão específica das diferenças entre os gêneros.

A discussão relacionada à diferença entre Gênero e sexo foi aprofundada por algumas autoras feministas principalmente a partir da década de 70. Enquanto o sexo faz referência às condições biológicas e foca sua atenção ao corpo e à natureza, a ideia de gênero se relaciona à mentalidade e à cultura, admitindo-se que os significados de “homem” e “mulher” são construídos socialmente. Ademais, representado o gênero uma categoria mais ampla, os estudos feministas podem abordar outras características, tais como a raça, sexualidade, religião, geração (SEVERI, 2011).

A ideia de que o “Direito tem Gênero” possibilitou o surgimento da teoria que será analisada a seguir (“Direito como estratégia criadora de Gênero”). Nesse sentido, Smart (2000) destaca que essas duas perspectivas alteraram as próprias perguntas realizadas nas análises produzidas pelas teorias que tentaram explicar as relações entre Direito e Gênero:

> En vez de preguntar “¿Cómo puede el derecho trascender el género?”, es más fructífero preguntar: “¿Cómo opera el género dentro del derecho, y como opera el derecho para producir el género?” La importancia de estas preguntas es que han dejado de lado el objetivo de la neutralidad respecto del género[3]. (SMART, 2000, p. 40)

2.4 DIREITO COMO ESTRATÉGIA CRIADORA DE GÊNERO

A noção de que “o Direito tem Gênero” precisa ser refletida de forma conjunta com a ideia de “Direito como estratégia criadora de Gênero”. Esta última teoria é baseada no fato de que a mulher, enquanto sujeito dotado de gênero, existe devido ao discurso jurídico. Assim, o Direito deve ser visto não apenas em sua aplicação a sujeitos já possuidores de gênero, mas sim como processo de produção de identidades de gênero (SMART, 2000).

Para Smart (2000), o Direito possui grande importância como mecanismo fixador de diferenças de gênero que constrói a feminilidade e a masculinidade como modalidades opostas. Assim, o Direito não é analisado como aquilo que atua sobre sujeitos de um gênero pré-estabelecido, pelo contrário, a lei constitui uma parte do processo da contínua reprodução da difícil diferenciação de gênero.

Conforme visto, a ideia de gênero supera a noção de que as diferenças entre mulheres são homogêneas e baseadas em marcas biológicas. A partir desse pressuposto, é possível compreender que há instrumentos utilizados para marcar e conceituar a noção de mulheres. A autora destaca que, dentre esses instrumentos, estão localizados o Direito e a disciplina e que ambos variam conforme o momento histórico e a cultura nos quais estão inseridos.

Nesse ponto, cabe salientarmos que o discurso de inferioridade das mulheres não foi apenas construído pelo Direito, mas também pela ciência, principalmente ao tornar seus corpos patológicos e ao naturalizar as diferenças de gênero (SMART, 2000). Conforme veremos no próximo capítulo, a medicina moderna é vista, por muitos sociólogos médicos, como agente de controle social, especialmente quando se fala da vida das mulheres. A violência do parto, quando pensada sob o contexto de medicalização do parto, se revela como

---

[3] “Ao invés de perguntar: ‘Como pode o direito transcender o gênero?’ é mais frutífero perguntar: ‘Como opera o gênero dentro do direito e como opera o direito para produzir o gênero?’ A importância dessas perguntas é que elas abandonaram o objetivo de neutralidade a respeito do gênero” (tradução livre).

uma imposição de valores patriarcais, principalmente relacionados ao caráter “defeituoso” do corpo feminino e na necessidade de controle de processos naturais femininos pela medicina e ciência (HELMAN, 2009).

Retornando à ideia de Direito como processo de produção de identidades de gênero, Smart (2000) salienta que o século XIX marcou a exclusão jurídica da mulher fora da sociedade civil, representando o período no qual o Direito escrito passou a inscrever, de modo mais expresso, a incapacidade da mulher. Isso porque, as legislações anteriores eram mais vagas e concisas, enquanto no século XIX as categorias e sujeitos jurídicos ganharam maior detalhamento e concreção.

Para demonstrar essa capacidade que o Direito obteve de criar o gênero, a autora cita o exemplo das leis de infanticídio da Inglaterra. De acordo com a autora, no século XVII, houve a criação da primeira lei criminal relacionada ao infanticídio cometido por mães solteiras. Todavia, em razão da severidade da pena e da flexibilidade nos critérios relacionados ao casamento, a lei foi aplicada poucas vezes pelos juízes. A partir do século XVIII, iniciou-se um processo de regulação dos casamentos, de modo a estimular a aplicação da lei. No século XIX, alterações legislativas diminuíram a pena do crime com o objetivo de ampliar a punição.

Em conjunto com a ampliação da punição pelo infanticídio cometido pelas mães solteiras, o Direito, ao criminalizar o aborto, dificultou que as mulheres evitassem a gravidez e o parto fora do matrimônio, criando assim, uma categoria de maternidade perigosa. Estabeleceu-se, assim, o vínculo inevitável entre sexo, matrimônio e reprodução, com fortes punições a quem desejasse romper com essa ligação (SMART, 2000).

Nesse ponto, cabe destacarmos as diferenças apontadas por Smart (2000) entre a construção discursiva “de um tipo de mulher” e a construção discursiva “da Mulher”. Enquanto a primeira categoriza diversos grupos dentro da ideia de mulheres (prostituta, criminosa, infanticida), a segunda sempre recorre à contraposição com o homem. Essa diferença é importante porque demonstra que a mulher, apesar de não necessariamente estar inserida em alguma das categorias construídas, simplesmente pelo fato de ser mulher (em contraposição ao homem) e de possuir características próprias (supostamente determinadas pela natureza) sempre estará na iminência de se encaixar em alguma das categorias.

Por esse exemplo, observa-se que a mãe solteira representa, de forma clara, a construção do Gênero pelo Direito, pois ao mesmo tempo em que representa uma categoria de mulheres, é também Mulher (contraposição ao Homem), representando um problema à

sociedade justamente por não contar com a figura masculina. Nessa hipótese, o Homem representa a estabilidade, a legitimidade e o domínio que faltam às mães solteiras.

Assim, nota-se que as leis são feitas com base em uma categoria de mulher construída pelo Direito e é, justamente contra essa construção que, conforme afirma Smart (2000), o feminismo deve se impor. Todavia, deve-se tomar o cuidado de evitar a criação de uma mulher normativa que volte a impor uma homogeneidade, principalmente quando se moldar em outras categorias: branca e privilegiada.

Smart (2000) conclui que o Direito deve continuar a ser encarado como um lugar de luta, devendo ser encarado não apenas como uma sanção negativa utilizada para oprimir a mulher, mas também como produtor de diferenças de gênero e de identidade. Os movimentos feministas devem analisar e rastrear as formas de resistência das mulheres, pois o Direito continua a ser um campo válido para as análises feministas teóricas e políticas, mas que precisa de reformulação entre Direito e gênero.

2.5 DIREITO E DISCURSO

Facio (2000) ainda apresenta a ideia de que o discurso do Direito é também uma forma de reprodução do patriarcado, tendo em vista que a linguagem reflete a cultura dominante de cada Estado e que se o poder estatal do qual emana o direito é patriarcal, seu discurso também o será.

Observa-se que aquilo que referida teoria faz, na verdade, corresponde a uma aproximação entre o poder e o discurso. Conforme salienta Ruiz (2009), todo discurso, dentre eles, o Direito representa uma modalidade de poder. Assim, quando se reconhece um sujeito de direito, na verdade, a ressignificação do discurso dessa pessoa é resultante de uma grande intervenção simbólica.

De acordo com a Facio (2000), o discurso do Direito representa uma forma de falar, pensar e de atuar sobre as mulheres e sobre os homens e, sendo o Direito patriarcal, as mulheres são tratadas como subordinadas aos homens. A autora exemplifica as situações nas quais o discurso do Direito se mostra discriminatório: a forma como os policiais falam com as mulheres que denunciam seus maridos, a expressão das juízas e dos juízes quando uma mulher está falando sobre um caso de estupro, as palavras que são utilizadas por mediadores em casos de adultério etc.

É possível perceber que essa percepção de que o Direito representa um discurso de poder altera o centro de atenções das teorias críticas do Direito, pois a maior preocupação

passa a ser os modos pelos quais as normas estabelecem as regras, as atitudes e os comportamentos e não propriamente seus conteúdos formais.

Algumas feministas acreditam que o Direito pode ser utilizado no empoderamento das mulheres. Nesse sentido, Obando (1994 apud FACIO, 2000) sugere que seja encontrada uma perspectiva relacional dos direitos que permita seu uso nesse empoderamento.

Também defende essa posição, Mackinnon (1989 apud FACIO, 2000) ao acreditar que, em contraposição aos direitos abstratos que valorizam as experiências masculinas, é possível a implantação de direitos substantivos, baseados nas experiências das mulheres e com o objetivo de resistência à dominação masculina.

Williams (2003), pesquisadora da teoria crítica racial, também defende a importância do Direito aos grupos historicamente oprimidos e explica que a concessão dos direitos é um símbolo de todos os aspectos de sua humanidade que foram negados, pois elevam status do corpo humano ao de ser social. Assim, a obtenção de direitos significa o comportamento respeitoso, a responsabilidade coletiva, que a sociedade deve propriamente a cada um dos seus.

De acordo com a autora, os direitos representam a autonomia, a visibilidade e a inclusão dos grupos historicamente marginalizados:

> Los "derechos" se sienten como algo nuevo en las bocas de la mayoría de las personas negras. Todavía es deliciosamente empoderador hablar de los derechos. Son la vara mágica de la visibilidad y la invisibilidad, de la inclusión y la exclusión, del poder y del no poder. El concepto de derechos, tanto positivos como negativos, marca nuestra ciudadanía, nuestra relación con los otros[4]. (WILLIAMS, 2003, p. 72)

Assim, Obando (1994 apud FACIO, 2000) defende que a perspectiva relacional dos direitos deve se basear no conceito plural da lei, nas relações sociais e na diversidade de identidade das mulheres, negando uma linguagem universalizante. Desse modo, o direito poderá ser utilizado como instrumento de articulação de novas realidades sociais e políticas.

Conforme apresenta Facio (2000), uma análise feminista dos direitos requer uma transformação de sua dimensão masculina, individualista e distributiva para um novo paradigma que inclua uma perspectiva dinâmica, relacional e que encare o Direito como relações sociais que visibilizem as experiências e necessidades dos oprimidos, "por lo tanto, 'el discurso de los derechos' puede ser usado para confrontar la opresión y dominación

[4] "Os direitos se sentem como algo novo nas bocas da maioria das pessoas negras. Todavia, é deliciosamente empoderador falar dos direitos. São a vara mágica da visibilidade e da invisibilidade, da inclusão e da exclusão, do poder e do não poder. O conceito de direitos, tanto positivos como negativos, marca a nossa cidadania, nossa relação com os outros" (tradução livre).

institucionalizada, atreves de la diversidad de las historias concretas de las mujeres sobre sus necesidades, pensamientos o sentimientos de cada día[5]". (FACIO, 2000, p. 36)

O Direito, desse modo poderá servir como instrumento para facilitar a mudança social. Para tanto, deverá ser baseado nas experiências de desigualdade das mulheres, reconhecendo-as e acolhendo-as. Assim, o Direito será concebido de forma relacional e não tomando apenas o homem como padrão de sua tutela:

> Si entendemos la complejidad de las relaciones sociales, seremos capaces de presentar alternativas políticas y sociales y utilizar el Derecho como un instrumento para producir un cambio social. Si variamos el contenido y la forma de los derechos, podremos desarrollar una estrategia para construir una justicia y alcanzar la igualdad: una justicia que no silencie las voces, experiencias, necesidades, sentimientos y pensamientos de los grupos oprimidos, y una igualdad que promueva un debate en donde las diferencias sean la base para una verdadera participación y acción de cada grupo oprimido[6] (FACIO, 2000, p. 37).

No tocante ao discurso do Direito, é válido ressaltar que não somente as normas legalmente formais constituem-se como instrumentos de perpetuação do caráter discriminatório do sistema jurídico, mas também pelas normas de interpretação e de aplicação do Direito e do acesso à justiça (SEVERI, 2011).

Assim, de acordo com Severi (2011), as decisões e os acórdãos judiciais, sendo resultantes da fala dos aplicadores do Direito, também são englobados no conceito de discurso. Nesse sentido, a autora descreve que, com a análise dessas fontes, "seria, então, possível captar algumas das crenças, dos mitos, das ficções em ação e do imaginário social que permeiam as práticas jurídicas e estão associados à reprodução ou modificação das assimetrias de gênero quando se fala em efetivação de direitos e acesso à justiça" (SEVERI, 2011, p. 332).

É por essa razão que muitas pesquisas focam na análise do papel do Poder Judiciário na atenção aos diversos atores sociais, com o objetivo de compreender, de forma crítica, as razões da dificuldade ao acesso à justiça e na efetivação de Direitos Fundamentais a determinados grupos sociais, historicamente marginalizados pelo Direito.

---

[5] "Portanto, o discurso dos direitos' pode ser usado para confrontar a opressão e dominação institucionalizadas, por meio da diversidade das histórias concretas das mulheres sobre suas necessidades, pensamentos ou sentimentos diários" (tradução livre).

[6] "Se entendermos a complexidade das relações sociais, seremos capazes de apresentar alternativas políticas e sociais e utilizar o Direito como um instrumento para produzir uma mudança social. Se alterarmos o conteúdo e a forma dos direitos, poderemos desenvolver uma estratégia para construir uma justiça e alcançar a igualdade: uma justiça que não silencie as vozes, experiências, necessidades, sentimentos e pensamentos dos grupos oprimidos e uma igualdade que promova um debate, no qual as diferenças sejam a base para uma verdadeira participação e ação de cada grupo oprimido" (tradução livre).

2.6 “O DIREITO DA MULHER”

Muitas teorias críticas do Direito propõem a criação de uma disciplina autônoma denominada de “Direito da Mulher” que deve ter como foco as pessoas e não as coisas. A única limitação dessa área seria a perspectiva feminista, não havendo limites entre o direito privado e o direito público, protegendo as relações íntimas e públicas das mulheres (FACIO, 2000).

O Direito da Mulher tem como objetivos a maior horizontalidade entre os aplicadores do Direito e sujeitos tutelados e busca mais a justiça do que propriamente a segurança jurídica. Assim, o Direito da Mulher deve ser ensinado de outro modo, mais crítico e voltado aos discursos sociais.

No tocante ao ensino do Direito com uma perspectiva de Gênero cabe destacarmos os apontamentos realizados por Revoredo (2006). De acordo com a autora, há duas formas de implementação dessa visão crítica nas faculdades de Direito. A primeira poderia ocorrer de cima para baixo, na qual caberia aos gestores das faculdades o estabelecimento de uma nova visão, missão e objetivos institucionais, de modo que sirvam como base de uma estrutura curricular que estimule o questionamento da ordem sexista do Direito. A autora salienta que a ausência de mulheres na composição das gestões das faculdades, faz com que esse modelo seja de difícil implantação, sugerindo então, uma transformação que ocorra de baixo para cima.

Conforme explica a autora, a transformação pode partir das professoras e dos professores quando estes incorporam, direta ou indiretamente, temas relacionados à discussão do Gênero no Direito, utilizando-se, para isso, da prerrogativa da liberdade de cátedra. A incorporação da perspectiva de Gênero no ensino e na aprendizagem do Direito não apenas servirá para alterar o conteúdo das discussões, como também implicará na adoção de novas metodologias de ensino, eliminado, inclusive as relações entre professores e professoras e alunos e alunas.

Observa-se que a implantação de um estudo específico das relações sociais, que permita a análise do Direito de forma interligada ao gênero mostra-se essencial para a superação se um sistema jurídico que cria e reproduz discursos patriarcais e discriminatórios.

Conforme as teorias acima apresentadas, acreditamos que o discurso do Direito é intrinsecamente ligado ao poder e, sendo o poder estatal baseado em um modelo relacionado ao gênero masculino, o Direito institucionaliza o que é considerado como legítimo e aceitável no interior das relações de gênero.

Esse discurso não é visualizado apenas nas leis formais, mas também pode ser encontrado nos julgados e na forma de organização do sistema judiciário, o que torna essencial o estudo das decisões judiciais, analisando-se as assimetrias de gênero na efetivação dos Direitos Humanos e no acesso à justiça pelas mulheres. Essa análise mostra-se ainda mais fundamental quando se observa que os órgãos do sistema judiciário têm sido o principal lugar nos qual as mulheres reivindicam seus direitos (ONU MUJERES, 2011-2012).

Nota-se que, sendo o Judiciário palco de lutas pelo reconhecimento de direitos das mulheres, ele deve ser interpretado a partir de uma perspectiva de gênero para que represente um instrumento de luta e não apenas reproduza ou crie situações discriminatórias. Nesse sentido, dispõe o Informe da ONU-Mulheres[7]:

> Cambiar la cultura de quienes prestan servicios ha sido un desafío a largo plazo para las entidades que promueven la igualdad de género. Las actitudes discriminatorias arraigadas en el sistema judicial, incluyendo la policía, los judiciales y el personal de tribunales y sanitario, actúan como una verdadera barrera que impide que las mujeres accedan a la justicia. Tratar de resolver esta situación es crucial para que la cadena de justicia llegue a ser sensible al género. Se puede lograr una diferencia mediante el empleo de mujeres en el sistema de justicia, la capacitación de quienes proveen justicia y la puesta en marcha de medidas para fomentar una mayor rendición de cuentas hacia las mujeres[8]. (ONU MUJERES, 2011-2012, p. 59)

Considerando o importante papel do Direito na definição de gênero e na possibilidade de sua utilização como instrumento de luta da discriminação contra as mulheres, no presente trabalho analisaremos as decisões referentes à temática da violência obstétrica com o objetivo de se verificar qual a relação do Poder Judiciário com esse tema de extrema relevância à saúde física e psíquica das mulheres.

Cabe destacarmos que, conforme será analisado no próximo capítulo, o Brasil não possui legislação formal referente ao tema, sendo este disciplinado apenas por normativas do Ministério da Saúde, o que também demonstra a seletividade das matérias regulamentadas pelo sistema jurídico.

---

[7] A ONU Mulheres é uma organização das Nações Unidas dedicada à promoção da igualdade de gênero e do empoderamento das mulheres.

[8] "Modificar a cultura daqueles que prestam serviços tem sido um desafio a longo prazo para as entidades que promovem a igualdade de gênero. As atitudes discriminatórias arraigadas no sistema judicial, incluindo a polícia, os tribunais e seus agentes, atuam como uma verdadeira barreira que impede que as mulheres acessem à justiça. Resolver essa situação é crucial para que o sistema de justiça chegue a ser sensível ao gênero. É possível obter a mudança mediante o emprego de mulheres no sistema de justiça, da capacitação de quem aplica a justiça e da implementação de medidas para fomentar uma maior prestação de contas às mulheres" (tradução livre).

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como visto no capítulo anterior, o Direito pode ser utilizado como instrumento na luta contra as discriminações das mulheres. Para tanto, é preciso que seja analisado sob uma perspectiva de gênero.

Veremos nesse capítulo que não apenas o Direito constrói e reforça o discurso de inferioridade das mulheres, mas também a ciência e, mais especificamente, a medicina. Todos podem atuar na imposição de valores patriarcais, controlando processos naturais e femininos mediante uma excessiva medicalização. Essa medicalização, todavia, não está necessariamente relacionada à melhora do atendimento no parto e é responsável, inclusive, por danos físicos, psicológicos e sexuais às mulheres.

Quanto à discriminação contra a mulher, cabe destacar que a Convenção para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher[9] (CEDAW), em seu artigo 1º define o seu conceito:

> toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

A discriminação contra a mulher está intrinsecamente relacionada à violação de Direitos Fundamentais e, conforme dispõe a Recomendação Geral nº 19 do Comitê pela Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (Comitê CEDAW), a discriminação contra a mulher é relacionada também à violência: "a violência baseada no género é uma forma de discriminação que inibe a capacidade das mulheres de gozarem os direitos e liberdades numa base de igualdade com os homens".

Nesse sentido, o art. 6º da Convenção de Belém do Pará[10] determina que o direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros, o direito da mulher a se livre de todas as formas de discriminação e o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

A violência contra a mulher, por sua vez, é definida pela referida convenção como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico,

---

[9] Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, adotada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela resolução n.º 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de Dezembro de 1979.

[10] Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a Violência contra a Mulher, "Convenção de Belém do Pará". Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994.

sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada". Ainda de acordo com a convenção, a violência contra a mulher abrange as violências física, sexual e psicológica ocorridas no âmbito doméstico e público, inclusive, as perpetradas pelo Estado ou seus agentes.

Acreditamos que a violência obstétrica se insere no conceito de violência 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 do pós-parto. (DINIZ; CHACHAM, 2006; AGUIAR, 2010). Como veremos a seguir, a violência obstétrica está diretamente relacionada à história do parto, e se fez presente, sobretudo, após a inserção da prática obstétrica na medicina.

3.1 HISTÓRIA DO PARTO

O parto enquanto atividade médica teve início na Europa nos séculos XVII e XVIII e chegou ao Brasil com a criação de escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808. Antes disso, a prática obstétrica era exercida prioritariamente por parteiras (WOLFF; WALDOW, 2008). A atuação exclusiva de parteiras na realização do parto ocorria, principalmente, por razões morais: acreditava-se que os homens não poderiam entrar nos aposentos da parturiente, inclusive devido ao tabu de que as parturientes não podiam mostrar os seus genitais. Nesse momento, o parto era considerado como fenômeno natural, sendo, a figura masculina, apenas convocada nos casos de extrema gravidade, para a realização de suturas e drenagens (OSAVA, 1997; BRASIL, 2010).

Ao descrever o parto no Brasil Colônia como atividade essencialmente feminina, Del Priore esclarece:

> O momento do parto não era só o leque de movimentos físicos aprendidos e descritos pela ciência médica. A dor e a angústia que envolviam a parturiente eram, sim, interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina que de certa forma caminhava paralela ao olhar da medicina. Através dessa cultura feminina sobre o parto, as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero. Adestrada a madre, cuidada e sanada no sentido de tornar-se permanentemente procriativa, cabia às mulheres conceber e aos médicos historicizar esse momento que foi, até a obstetrícia firmar-se como ciência, um momento de exclusiva vivência feminina. (DEL PRIORE, 2009, p. 218)

De acordo com Odent (2003), assim como na industrialização da agricultura, a invenção de aparelhos e de técnicas de anestesia e a entrada do médico obstetra na cena do

parto foram essenciais para o surgimento do fenômeno denominado de “industrialização do parto”. Osava (1997) destaca que a utilização do fórceps não foi popularizada entre as parteiras, pois estas eram vistas como intelectualmente inferiores aos homens, incapazes de utilizar as novas tecnologias. Além de não verem com simpatia a utilização do fórceps como forma de intervenção no parto, a maior parte das parteiras não dispunha de recursos financeiros para a compra do material.

Ao explicar as origens do parto ocidental, Helman (2009) argumenta que o estabelecimento da ciência como elemento principal da sociedade fez com que o corpo passasse a ser visto como uma máquina, dissociada da alma e da religião. O modelo dessa “máquina”, foi baseado em características masculinas sendo, o corpo feminino visto como imperfeito, anormal, sob influência de elementos da natureza, exigindo constante controle e manipulação pelos homens e, no caso do parto, da figura do médico obstetra.

A possibilidade do exercício da atividade obstetrícia por médicos alterou a própria natureza do parto, que deixou de ser considerado como fenômeno natural e passou a ser visto como fenômeno controlado pela vontade humana (OSAVA, 1997).

Conforme explica Helman (2009), a medicalização de fenômenos naturais fez com que eventos fisiológicos, como a menstruação, a gravidez e a menopausa, fossem transformados em doenças e o parto passasse a ser entendido como evento cirúrgico. De acordo com o pesquisador, a medicalização é explicada, por muitos sociólogos médicos, como uma crescente forma de controle social das mulheres, tornando-as dependentes de equipes médicas e da indústria farmacêutica. Nesse sentido:

> Se alguns homens ainda consideram as mulheres e sua fisiologia como representativas da natureza – descontrolada, imprevisível e perigosamente poluente – então os rituais médicos e a tecnologia médica tornam-se um modo de domesticar o descontrole (especialmente na era do feminismo) e torna-lo mais “cultural” ao longo do processo. (HELMAN, 2009, p. 150)

A institucionalização não alterou apenas a visão sobre o parto, mas também o seu protagonismo. Se antes a mulher possuía o papel de destaque no momento de dar a luz, a ideia de parto como fenômeno humano fez com que o médico passasse a ser considerado como o protagonista, pois este seria o único detentor das informações técnicas supostamente essenciais a esse momento.

Essa institucionalização levou à crescente perda da autonomia da parturiente, uma vez que tornou o momento do nascimento “desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde” (BRASIL, 2001, p. 18). No parto

industrializado, a mãe não tem um papel ativo definido, ela é uma simples “paciente” (ODENT, 2003).

Até mesmo as parteiras, figuras essenciais ao parto até o século XX, tiveram seu trabalho desvalorizado após o fenômeno da institucionalização do parto. De acordo com Odent (2003), diferentemente da Europa, onde foram estabelecidos vínculos entre o trabalho das parteiras e dos médicos, nos Estados Unidos, com pretextos de melhoria na assistência, o trabalho das parteiras foi sendo paulatinamente desvalorizado e associado às mulheres imigrantes. O autor, porém, faz a ressalva de que o real motivo dessa desvalorização foi econômico, relacionado aos interesses da classe médica.

É válido destacar que, mesmo na Europa a relação entre parteiras tradicionais e médicos não foi das mais pacíficas. Conforme narra Osava (1997), a primeira lei das parteiras na Inglaterra (*Midwives Act*, 1901) surgiu após a parteira de uma cliente ter solicitado a presença de médicos locais, em razão de complicações no parto. Todos os três médicos da província se recusaram a atender a mãe, ocasionando sua morte e a do bebê. Perante o juiz, os três médicos afirmaram que não prestavam serviços às clientes previamente atendidas por parteiras. Para evitar essas situações, a lei foi aprovada e passou a recomendar às parteiras que solicitassem um médico nos casos de emergência. Referida legislação, contudo, incluiu uma cláusula que proibia a atividade de parteiras não registradas.

Após a edição da aludida lei, as parteiras receberam treinamento e se constituíram como uma profissão independente na Inglaterra e no restante da Europa. Nos Estados Unidos, porém, a classe médica não estava interessa em melhorar a assistência prestada pelas parteiras. Além da falta de interesse, estudos indicam que a qualidade do serviço médico oferecido equivalia ao realizado pelas parteiras, o que impossibilitava o treinamento das parteiras pelos médicos, pois a má qualidade da prática obstétrica pelos médicos era igual à das parteiras (OSAVA, 1997).

Ressaltamos que a industrialização do parto não é apenas verificada em relação ao profissional responsável pelo nascimento do bebê, mas também pela utilização de técnicas que possuem o objetivo de tornar todos os partos o mais semelhantes possível. Além disso, o ambiente hospitalar, cada vez mais eletrônico, a concentração em grandes hospitais e a utilização de “rotinas” e “protocolos” fazem como que o parto esteja, cada vez mais, parecido com uma verdadeira linha de montagem (ODENT, 2003). Alguns autores, inclusive, acreditam que o uso crescente da tecnologia no parto fez com que a atenção do médico fosse direcionada ao feto, secundarizando a atenção à mãe (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Esse fenômeno ocorrido na Europa e, principalmente nos Estados Unidos, pode ser facilmente visualizado no Brasil. O excesso de realização de cesáreas no país corresponde a uma das mais evidentes formas de violência obstétrica e está intrinsecamente ligada à perda da autonomia da mulher durante a sua gestação e, principalmente, no momento do parto.

3.2 FORMAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendar que as taxas de cesáreas realizadas em determinado país não ultrapassem o índice de 10-15%[11], uma vez que há comprovações de que taxas superiores não estão associadas com a redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015), no Brasil, mais de 50% dos partos são realizados por meio cirúrgico (GIBBONS, 2010; NASCER NO BRASIL, 2012). Esse índice alarmante faz com o Brasil seja conhecido como o "país das cesáreas" (SALGADO, 2012).

De acordo com Salgado (2012), no país, há resistência por parte dos médicos na aceitação das informações tidas como consenso pela comunidade científica internacional, como a não utilização de procedimentos excessivos e desnecessários ao parto. Ao mesmo tempo, medidas benéficas e, inclusive, previstas em lei, são frequentemente desrespeitadas, por exemplo, o direito ao acompanhamento – previsto na Lei nº 11.108/05.

Ressalta-se que, por ser a cesárea considerada efetiva à segurança das mães e bebês apenas em casos excepcionais e de risco evidente, atualmente, sua excessiva utilização pode ocasionar sofrimentos desnecessários e, inclusive, submeter mães e bebês a sérios riscos. Esse fenômeno é denominado de "paradoxo perinatal" por Diniz (2009) e ocorre justamente quando, apesar de haver maior acesso à tecnologia e aos serviços de saúde, não há redução da taxa de mortalidade materna.

De acordo com a pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento" (2012) [12], os índices de realização de cesárea são maiores no setor privado (88%)

---

[11] Esse índice foi declarado em uma reunião promovida pela OMS em 1985, realizada em Fortaleza-Brasil por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva. Todavia, considerando a ausência de padronização e de aceitação dessas taxas, atualmente, a OMS recomenda a utilização do sistema de classificação de Robson: "essa classificação agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, permitindo assim a comparação entre taxas de cesáreas sem tantos fatores de confusão" (OMS, 2015).

[12] A pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento" foi coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz e contou com a participação e renomadas instituições publicas de ensino e pesquisa. A pesquisa acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos, conveniados ao SUS ou privados, que realizaram mais de 500 partos por ano, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Foram coletados dados em 266 hospitais de 191 municípios, incluindo as capitais e algumas cidades do interior de todos os estados, das cinco regiões do país. Em cada hospital, a permanência da equipe foi de pelo menos 7 dias (até 2 meses) a fim de entrevistar 90 mulheres em todos os turnos. Duas novas entrevistas foram realizadas por telefone, a primeira nos primeiros seis meses e a segunda após 12 a 18 meses do parto.

do que no setor público (46%). A grande discrepância das taxas se deve a diversos fatores, dentre os quais, a conveniência da realização da cesárea, em razão das deficiências no treinamento dos médicos na condução de partos complicados e do menor tempo dispendido no parto cirúrgico. Soma-se à conveniência do parto cirúrgico, a crença disseminada de que a cesariana envolve menores riscos à mulher e ao bebê, bem como diminui as dores do parto e não atinge a fisiologia da região vaginal, não comprometendo a vida sexual (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998). Ademais, a constante expedição de normativas que estimulam a realização do parto normal no Sistema Único de Saúde também faz com que as taxas dos partos cirúrgicos sejam menores no setor público.

De acordo com Salgado (2012), a realização das cesáreas, muitas vezes, é justificada pelo pedido da gestante, independentemente de indicação médica. Todavia, a autora cita o estudo realizado por Potter e col. (2008 apud 2012), na qual há a identificação de que grande parte das cesarianas ocorreu por causas médicas não justificadas, em especial pelas mulheres que, ao início da gravidez desejavam o parto normal. A pesquisadora salienta que esses resultados demonstram que, muitas vezes, as mulheres são persuadidas pelos médicos para a realização da cesariana, apesar da vasta literatura científica indicar que as cesarianas estão associadas ao aumento da mortalidade e da morbidade materna.

Assim, uma grande preocupação das mulheres é com relação à dor durante o parto, bem como ao medo de traumas vaginais. Há ainda a disseminação de que o parto vaginal pode trazer mais riscos ao bebê do que o parto cirúrgico. De acordo com Faúndes e Cecatti (1991):

> Se uma morte neonatal ocorre após uma cesárea, será considerado que ocorreu ‘apesar’ da ‘sábia’ decisão de se realizar uma cesárea, mas nunca associada ao tipo de parto. Por outro lado, se um recém-nascido morre depois de um parto com fórcipe, a morte será sempre atribuída ao uso de fórcipe e não às circunstâncias que levaram a esta indicação de extração fetal. (FAÚNDES, CECATTI, 1991)

Fica claro que a “escolha” na realização de cesáreas, na maioria das vezes, é acompanhada de ausência de transmissão das informações necessárias às mulheres, tornando-as mais vulneráveis e menos ativas nas decisões relacionadas ao parto. A falta de informação e o consequente medo na realização do parto normal também levam ao surgimento do fenômeno da cesariana intraparto realizada a pedido da gestante[13] (SALGADO, 2012).

A vulnerabilidade técnica e até mesmo econômica da mulher frente ao profissional de saúde que a atende não apenas leva às cesáreas realizadas a pedido da gestante, mas também à aceitação da indicação médica pelo parto cirúrgico:

---

[13] A cesariana intraparto realizada a pedido da gestante corresponde ao pedido da mulher em trabalho de parto pela realização da cesariana.

> É importante ressaltar que esse processo de tomada de decisão pelo tipo de parto se dá numa relação de poder que se estabelece no diálogo entre o médico e a mulher, e que muitas vezes inibe qualquer questionamento da decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural (DIAS et al., 2008).

A gestante, fragilizada pela desinformação e submetida a uma relação de poder estabelecida no diálogo com seu médico, muitas vezes inibe qualquer questionamento quanto à decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural.

Observa-se que o empoderamento da mulher com relação à escolha dos procedimentos mais adequados somente é possível a partir do binômio: informação e participação. Nesse contexto, a OMS estabelece, dentre as recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal, o compartilhamento da tomada de decisões com as mulheres (BRASIL, 2006). Aqui, cabe destacarmos orientação do Ministério da Saúde quanto ao tratamento da mulher:

> As atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado. Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu filho ou sua filha, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade. A redução da mulher a apenas um número de ficha ou leito ou chamamentos tais como“mãezinha”, “minha filha”, “dona Maria” etc. devem ser evitados. Ela deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e atitudes agressivas e violentas, mesmo que sutis, são inadmissíveis. Manifestações de julgamento e censura em relação aos seus atos devem ser evitadas e ela deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos. (BRASIL, 2014, p. 29)

Não somente a falta de informações compromete fortemente a autonomia da mulher na decisão da escolha do parto, mas também a divulgação de informações questionáveis por setores da saúde e pela mídia.

A institucionalização e a medicalização de processos fisiológicos femininos fazem com que a representação social do momento do parto seja associada ao sofrimento e à dor, principalmente no que tange ao parto normal (PEREIRA, FRANCO, BALDIN, 2011), sendo, a cesárea, a única forma de escapar do tratamento desumano dispensado às gestantes durante o trabalho de parto (SALGADO, 2012).

De acordo com pesquisa realizada por Pereira, Franco e Baldin (2011), na qual foram entrevistadas 45 gestantes dos serviços público e privado de saúde de Joinville-SC, muitas mulheres relataram imagens de telenovelas e filmes, nos quais se retrata a dor e o sofrimento da gestante durante o parto normal, enquanto durante a cesariana observa-se a calma e tranquilidade da mulher.

Juntamente com a representação pela mídia do parto normal como processo relacionado à dor, as excessivas e desnecessárias intervenções realizadas pelos médicos mesmo nos partos não cirúrgicos são relacionadas ao medo do parto normal. De acordo com Salgado (2012), esses procedimentos possuem forte caráter discriminatório, punitivo e correicional dirigido às parturientes, sendo citadas, a indução ou aceleração do parto com ocitocina - procedimento que, em geral, faz ultrapassar o limite de suportabilidade da dor - e com a rotura artificial ou com o descolamento manual das membranas, a episiotomia, a utilização de fórceps em mulheres no primeiro parto (primíparas), a redução manual do colo e a manobra de Kristeller (pressão fúndica). Esses procedimentos, em especial a episiotomia, são capazes de transformar até o parto normal em um procedimento cirúrgico.

Muitos estudos também relatam a incidência do fenômeno denominado de tocofobia nas parturientes. A tocofobia pode ser definida como o medo exacerbado do parto (PEREIRA, FRANCO, BALDIN, 2011) ou, conforme ressalta Salgado (2012), como o medo irracional do parto. Todavia, de acordo com esta última pesquisadora, esta denominação não se mostra correta, sendo o medo do parto bastante apropriado aos interesses que sustentam a realização de cesarianas.

Esse fenômeno é causado pela representação midiática do parto, pela ausência de transmissão de informações baseadas em evidências pelos médicos às gestantes, bem como pela utilização de técnicas desnecessárias no parto normal. Ao descrever a tocofobia, Pereira, Franco e Baldin (2011) destacam que: “os sentimentos refletem os significados de seu meio, são ecos dos conceitos culturais sobre o parto alimentados pela desinformação, a mídia, os relatos de outras mulheres e o modelo de assistência obstétrica”.

Há ainda os casos descritos por Sodré (2010 apud SALGADO, 2012) denominados de “conto do parto normal”, versão obstétrica do conto do vigário, nas quais muitas mulheres acreditam, durante todo o período da gestação, que o médico realizará o parto normal. Todavia, em regra, ao final do parto, tomam conhecimento da predominância das cesarianas realizadas pelo médico.

Como forma de amenizar essa situação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga as taxas de partos normais e cesarianas realizadas pelos planos de saúde. Com a resolução nº 368, de 6 de janeiro de 2015, a ANS também tornou obrigatória a disponibilização pelos planos de saúde do percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais, da própria operadora, estabelecimentos de saúde e médicos nominados pela beneficiária ou seu representante legal (art. 1º).

Não somente o excesso de realização de cesáreas no Brasil e a prática de procedimentos desnecessários e dolorosos à mulher no momento do parto integram o conceito de violência obstétrica. A privação da presença de um acompanhante pode ser também considerada como uma séria restrição aos direitos da gestante. Apesar dos inúmeros benefícios que a presença de um acompanhante pode trazer à parturiente, dentre os quais, a diminuição do tempo de trabalho de parto, o aumento da confiança, a menor necessidade de medicação e analgesia e a diminuição da ansiedade, tanto no parto normal, como no parto cirúrgico, ainda há grande restrição ao acompanhamento no momento do parto e no pós-parto (DOSSIÊ, 2012).

Como tentativa de solucionar essa forma de violência obstétrica, a Lei nº 11.108/05 instituiu que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo, o acompanhante, indicado pela parturiente. Observa-se, portanto, que a lei teve como objetivo possibilitar que a mulher tenha a possibilidade não somente de ser acompanhada, mas também de escolher o acompanhante. Dessa forma, não pode haver restrição na escolha da mulher, nem do tempo de permanência do acompanhante, nem pelo vínculo da Instituição (se pública ou privada), nem pelo tipo de parto (DOSSIÊ, 2012).

No entanto, há dificuldades na implementação de referida lei, devido aos seus conceitos vagos (pós-parto imediato e imposição somente ao SUS) e em razão da própria infraestrutura dos hospitais e maternidades, incluindo a falta de alimentação ao acompanhante e a acomodação indevida. Ademais, muitas vezes, há a cobrança de taxas para possibilitar acompanhamento à parturiente (DOSSIÊ, 2012).

Muitas instituições privadas defendem que a lei apenas é aplicável ao SUS, tendo em vista a literalidade de seu texto. Todavia, referida legislação acrescenta o direito ao acompanhamento no parto à lei nº 8.080/90 que, em seu artigo 1º, estabelece que “esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”. Desse modo, o direito ao acompanhamento é aplicável à todas as instituições de saúde, não somente às públicas.

De acordo com o dossiê “Violência Obstétrica: parirás com dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres (2012), outra violência comumente identificada corresponde à realização de procedimentos desnecessários com a exclusiva finalidade didática, sendo uma prática recorrente em hospitais-escola. É claro que o

treinamento dos profissionais da saúde é importante. No entanto, é essencial que o profissional em treinamento seja orientado a respeitar a integridade da mulher, bem como a duração normal do trabalho de parto, incompatíveis com a utilização de procedimentos desnecessários, tais como, a episiotomia[14] desnecessária, a realização de diversos exames de toque vaginal, dentre outros procedimentos realizados com a exclusiva finalidade didática.

A violência obstétrica também se manifesta no tratamento degradante ou desumanizador, havendo relatos de xingamentos, ameaças, culpabilização pelo óbito do bebê, separação da criança e da mãe após o nascimento, omissão no atendimento e falta de respeito aos valores culturais e religiosos da mulher. Nesse sentido, Dias (2002) explica que a violência simbólica é aquela na qual não há o emprego de força física, mas sim da utilização de coação e medo, por meio de chantagens e torturas psicológicas.

Observa-se que a violência obstétrica compreende diversos modos de ações perpetradas nos períodos pré-parto, durante o parto e pós-parto, e ocorre, sobretudo, devido à vulnerabilidade técnica da mulher quando comparada ao médico/equipe hospitalar no modelo de parto hospitalar/institucionalizado.

Conforme a pesquisa "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado"[15] realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), 25% das mulheres entrevistadas que têm/tiveram filhos naturais na rede pública ou privada, sofreram alguma violência no atendimento ao parto, dentre as quais a realização do exame de toque de forma dolorosa (10%), a negativa ou a omissão no oferecimento de algum tipo de alívio para sua dor (10%), gritos de profissionais ao ser atendida (9%), ausência de informação (9%), negativa no atendimento (8%), xingamentos ou humilhações (7%).

Cabe ainda destacar que 23% das mulheres entrevistadas ouviram algum despropósito durante o parto, dos quais se destacam: "não chora não que ano que vem você está aqui de novo" (15%), "na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?" (14%), "se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender" (6%), "se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo" (5%).

Observa-se que a violência obstétrica se manifesta de diversas formas nos hospitais brasileiros, sendo todas elas, resultado de uma cultura de patologização de processos naturais das mulheres e do fenômeno conhecido como "industrialização" do parto ou

---

[14] A episiotomia consiste em um corte realizado entre a região da vagina e do ânus com o objetivo de ampliar o canal de parto (DINIZ; DUARTE, 2004). De acordo com Helman (2009, p. 156), o uso frequente das episiotomia "transforma até o mais natural dos partos em um procedimento cirúrgico".

[15] Essa pesquisa entrevistou 2.356 mulheres e 1.181 homens em 25 estados brasileiros, nas cinco macrorregiões do país, cobrindo as áreas urbana e rural de 176 municípios na amostra feminina e 104 municípios na masculina.

institucionalização do parto. Esses fenômenos utilizam a vulnerabilidade da mulher frente ao saber médico, em razão, sobretudo, das assimetrias de poder envolvidas nessa relação e da falta de transmissão de informações baseadas em evidências médicas pelos profissionais da saúde às parturientes.

Tomando-se em consideração que a mulher desempenha um papel "secundário" durante o parto, há uma cultura médica de que não importam os meios que levaram ao nascimento, mas sim se a mãe e o bebê estão vivos e "saudáveis" após o parto (SALGADO, 2012). Verifica-se que há total desconsideração das possíveis violências física e psicológica sofridas pela mãe durante o pré-parto, parto ou mesmo após o parto: "o produto final mais desejável do processo do parto é o novo membro social, o bebê; a nova mãe é um subproduto secundário". (HELMAN, 2009, p. 155)

3.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Conforme analisado, a institucionalização do parto ocasionou a crescente perda da autonomia e do protagonismo das mulheres com relação ao parto. Não somente a perda da autonomia gera dúvidas na ampliação do modelo atual, baseado na medicalização e na patologização do parto, como também a falta de evidências de que a gravidez e o parto estejam mais seguros no país.

Com o propósito de atingir o objetivo 5 do desenvolvimento do milênio[16], qual seja, a melhoria da saúde materna, o Brasil lançou diversos programas para a redução da mortalidade materna e neonatal. Entretanto, o investimento no acesso aos serviços não tem causado grandes impactos na mortalidade materna (DINIZ, 2009a).

De acordo com Diniz (2009a), esse problema é denominado de "paradoxo perinatal", pois consiste no reconhecimento de que a habilitação dos profissionais de acompanhamento ao parto é essencial. Contudo, o excesso da medicalização acompanhado pela ausência da utilização de métodos e procedimentos baseados em evidências não são suficientes para a ampliação da segurança da mãe e do bebê. Nesse sentido, a pesquisadora destaca que "no Brasil, na assistência ao parto podemos conviver com o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada".

[16] Os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram firmados em setembro de 2000 por 189 nações, com a finalidade de reduzir a extrema pobreza e outros problemas da sociedade até o ano de 2015.

Como crítica ao modelo tecnocrático de assistência ao parto, mulheres e profissionais da saúde passam a se organizar para exigir a implementação de políticas públicas que estimulem e respeitem o parto humanizado, tanto de forma hospitalar, como domiciliar, inclusive com a valorização e com a capacitação de parteiras profissionais e doulas nos períodos pré-parto, do parto e pós-parto e com o consequente resgate do parto como atividade essencialmente feminina.

O parto humanizado possui uma vasta gama de interpretações. De modo geral, pode ser entendido como aquele realizado com a menor quantidade de intervenções médicas e farmacológicas possível, o qual respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, ocorrido em um lugar respeitoso e aconchegante e com o consentimento informado para todos os procedimentos que possam ser realizados, sempre com observância da medicina baseada em evidências (CARNEIRO, 2011).

3.4 MOVIMENTOS SOCIAIS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

De acordo com Odent (2003), nos Estados Unidos e na Europa, durante o século XX vários movimentos já se manifestavam contra a “industrialização do parto”, principalmente após a década de 20. A mobilização foi mais expressiva após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento de diversas associações de âmbito local ou nacional com o objetivo de propor alternativas ao parto institucionalizado.

Como exemplo, o autor cita a *National Childbirth Trust* (NCT) no Reino Unido, associação fundada por mães que acreditavam que a ausência de informações disponíveis sobre a gravidez e o parto geravam medo e dor às mulheres. Movimentos semelhantes e com o objetivo de devolver à parturiente o papel ativo no parto surgiram não somente no Reino Unido, como também na Itália e na Alemanha (ODENT, 2003).

Outro exemplo de movimento pela humanização do parto pôde ser visualizado dentro do movimento *hippie* e da contracultura, com a valorização do parto normal, cuja principal experiência foi verificada na comunidade conhecida como *The Farm* nos Estados Unidos (GASKIN, 2003 *apud* DINIZ, 2005).

O movimento feminista foi responsável pelo surgimento do Movimento de usuárias pela Reforma no Parto nos Estados Unidos na década de 1950 e na criação de centros de saúde feminista e de Coletivos de Saúde das Mulheres nas duas décadas seguintes. Posteriormente houve o enquadramento, por parte das feministas, da assistência ao parto na categoria de direitos reprodutivos e sexuais (DINIZ, 2005).

No Brasil, como alternativa à violência institucionalizada sofrida pelas mulheres no ambiente hospitalar, foi iniciado o movimento social pela humanização do parto e do nascimento, o qual tem como principal objetivo a atenção humanizada e respeitosa. Esse movimento possui diversas formas de atuação.

Cabe destacar que, de acordo com Diniz e Duarte (2004), os movimentos pelo parto humanizado ganham respaldo da chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE), movimento internacional surgido na década de 1980. De acordo com o movimento, a medicina é baseada em muitas pesquisas tendenciosas e que, às vezes, acabam estimulando a prática de procedimentos desnecessários e danosos. Dessa forma, foi organizada uma iniciativa internacional, denominada de Colaboração *Cochrane*, como forma de sistematizar o conhecimento menos tendencioso. Esses estudos são realizados com base em uma metodologia que consiga verificar se o procedimento ou medicamento é, de fato, seguro.

No parto, tem-se como exemplo a prática reiterada da episiotomia sem que haja evidências sólidas de benefícios para a mãe e para ao bebê. Na verdade, a evidência que temos é de que as pesquisas utilizadas pelos defensores do procedimento apenas eram relacionadas ao modo de realização do procedimento e não à sua eficácia ou segurança (DINIZ, DUARTE, 2004). A medicina baseada em evidências tem sua importância também pela exposição dos poderes econômico e corporativo na definição das políticas de saúde e no financiamento de pesquisas (DINIZ, 2005).

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) surgiu em 1993 e teve como inspiração o trabalho de atenção mais humanizada ao parto realizado pelos médicos José Galba de Araújo, professor da Universidade Federal do Ceará - que implantou um sistema misto de atenção ao parto, com destaque às parteiras tradicionais, ao parto domiciliar e às casas de parto – e Moysés Paciornik e seu filho Cláudio Paciornik – que divulgaram o parto de cócoras com base nos costumes dos índios kaingangue. (BRASIL, 2014)

Referida rede, em seu início, teve muitas dificuldades ao tentar estabelecer uma alternativa ao parto e à violência institucionalizada no parto. Para ilustrar essa dificuldade, cabe destacar o comentário de uma das fundadoras da rede:

> Não vejo perspectivas de mudanças: os médicos só querem fazer cesáreas, estão em sua zona de conforto e não pretendem mudar; as enfermeiras obstetras têm sido desviadas para atividades administrativas, estão em sua zona de conforto e não vão brigar com os médicos para assistir partos; as mulheres estão sendo conduzidas a desejar e fazer uma cesárea, estão sem informação e não têm escolhas; e o governo não está nem aí com isso. (BRASIL, 2014, p. 115)

De acordo com o caderno do Ministério da Saúde “Humanização do parto e do nascimento” (2014), após mais de vinte anos de atuação da supramencionada rede, podem ser

visualizadas diversas contribuições do movimento do parto humanizado, tais como a difusão de conhecimentos à sociedade, a contribuição para a formulação de políticas públicas, a resistência na imposição de procedimentos não humanizados à mulher e o estímulo na formação de profissionais para atenção humanizada ao parto.

Além da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, é válido destacar o movimento local no Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte. Referido hospital contou com a participação da comunidade desde o momento de sua criação e conta com o trabalho voluntário e acompanhamento para mulheres e recém-nascidos, sendo considerado como referência em humanização do parto (BRASIL, 2014).

Frente à necessidade de acompanhamento no parto, alguns profissionais de saúde, juntamente com a Associação Comunitária de Amigos e Usuários e com a direção do supramencionado hospital, idealizaram o Projeto denominado de “Doula Solidária”. O projeto, por meio da parceria entre comunidade e hospital, possibilita o controle social, com a participação ativa na assistência prestada às parturientes. O projeto serviu como referência em maternidades de outras regiões e, em Belo Horizonte, integra a Política Pública Municipal de Doulas nas maternidades do SUS (LEÃO; BASTOS, 2001).

O Hospital ainda conta com o Projeto da Ouvidoria Comunitária com o objetivo de possibilitar a participação das usuárias na avaliação dos serviços oferecidos pelo hospital, por meio de reuniões e de questionários escritos. (BRASIL, 2014)

Também é importante destacar a Marcha do Parto em Casa (MPC), realizada em junho de 2012 e que recebeu grande destaque pela mídia. O movimento surgiu após denúncia realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), devido à defesa do parto domiciliar pelo professor de Obstetrícia Jorge Francisco Kuhn em entrevista ao programa Fantástico, da Rede Globo. Após a realização da marcha e da grande visibilidade obtida, o CREMERJ, como forma de represália, expediu duas resoluções contrárias ao parto domiciliar e estimuladoras do parto médico (BRASIL, 2014).

Devido à expedição das resoluções, foi realizada nova marcha em agosto de 2012. A manifestação conseguiu apoio do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN/RJ), que entrou com ação pedindo o cancelamento das resoluções. O movimento ainda conseguiu o apoio do Ministério da Saúde, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), do Conselho Federal de Medicina, dos Conselhos Regionais de Medicina da Bahia e de Pernambuco, do Conselho Nacional de Saúde, da

Associação Brasileira de Saúde e do Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde (Cebes). (BRASIL, 2014)

Apesar de ainda não se ter chegado ao resultado definitivo da ação, o Movimento do Parto em Casa obteve grande repercussão midiática na defesa da humanização do parto e do nascimento e da liberdade de escolha e liberdade de opinião.

3.5 MOVIMENTOS SOCIAIS RELACIONADOS ÀS PROFISSIONAIS DO PARTO

3.5.1 Parteiras Tradicionais

A parteira tradicional é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) como "aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira".

Apesar de, no Brasil, a maioria dos nascimentos ocorrer no ambiente hospitalar, resultado do fenômeno da institucionalização do parto, muitas localidades ainda necessitam da assistência de parteiras tradicionais, pois, em que pese o direito à saúde seja constitucionalmente garantido, não alcança todo o país.

De acordo com Bessa e Ferreira (1999), a institucionalização do parto, conforme já visto, fez com que o trabalho das parteiras tradicionais passasse a ser visto como atividade inferior, destinada à assistência de mulheres pobres ou marginalizadas. Como o parto hospitalar, além de não abarcar todas as regiões do país, não conseguiu reduzir a mortalidade materna, a partir da década de 70, órgãos internacionais e nacionais passaram a destacar o trabalho das parteiras tradicionais na assistência ao parto domiciliar. Surge, nesse contexto, diversos Programas de Extensão de Cobertura – PEC[17], principalmente nas regiões norte e nordeste, com intensa participação do Ministério da Saúde.

No ano de 1990, países da América Latina firmaram um acordo para a promoção de ações de saúde nas áreas Materno-Infantil e Adolescente, o que incluiu a necessidade do trabalho com parteiras tradicionais nas regiões limítrofes (BRASIL, 1994 apud BESSA, FERREIRA, 1999). Essas ações, contudo, não conseguiram proporcionar às parteiras as condições mínimas para o exercício do trabalho, uma vez que, em razão de não estarem integradas ao SUS e às equipes hospitalares, não recebem capacitação e não são remuneradas.

[17] "Os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), inspirados na Medicina Comunitária, apresentavam-se como uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos do consumo médico" (PAIM, 2007).

O parto domiciliar realizado por parteiras deve ser valorizado, pois corresponde a uma atividade essencialmente feminina, uma vez que tanto a parturiente como a parteira possuem como características comuns o fato de serem mulher e mãe. Ademais, o conhecimento das parteiras é baseado em tradições e na experiência vivida e transmitida ao longo de gerações.

Nesse contexto, surgem diversos movimentos de valorização e capacitação das parteiras tradicionais. Dentre esses movimentos, destaca-se o convênio com o Grupo Curumim – Gestação e Parto, ONG, que adota metodologia paulofreiriana de problematização e contribui na construção do conhecimento dos direitos das parteiras tradicionais (BRASIL, 2014).

Atualmente, o que se observa é que a maior luta das associações das parteiras tradicionais corresponde à regulamentação da profissão, pois, apesar de estarem no rol da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), não possuem direitos previdenciários e trabalhistas. Há também forte mobilização para a recuperação e valorização da herança dos saberes das parteiras tradicionais e tentativa de que haja o seu reconhecimento como patrimônio histórico e artístico nacional.

3.5.2 Doulas

O acompanhamento da mulher, assegurado pela Lei nº 11.108/05, pode ser realizado não apenas pelo marido/companheiro da parturiente, como também por uma doula. A doula é responsável por oferecer ajuda física, emocional e afetiva à mulher no período perinatal, tanto durante a gravidez como durante o trabalho de parto ou durante a amamentação (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a doula, além do acompanhamento emocional, deve fornecer as informações necessárias ao parto e às possíveis intervenções e procedimentos realizadas nesse momento. Durante o trabalho do parto, pode orientar a mulher na escolha da posição mais favorável, na utilização de técnicas respiratórias e massagens e no alívio à dor.

Observa-se que a doula não executa procedimentos médicos e também não substitui o pai ou o acompanhante escolhido pela mulher. No momento do parto, devido às emoções próprias do momento, a doula deve cercar a mulher de cuidados para que o plano de parto seja respeitado. Ademais, verifica-se que ocorre a formação de um vínculo entre a mãe e a doula, uma vez que esta acompanha a parturiente durante parte da gestação, no trabalho de parto e

após o nascimento do bebê. (DINIZ; DUARTE, 2004). Nesse sentido, Diniz e Duarte (2004) explicam que o papel da doula assemelha-se ao das parteiras tradicionais, pois representa "uma presença feminina que reassegura, inspira e oferece ombros, braços e coração para os futuros pais".

De acordo com as evidências, a presença de uma doula ou de um acompanhante de parto profissional é benéfica, pois reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicamentos para o alívio da dor e o número de cesáreas. Além disso, sua presença provoca a diminuição significativa nos índices de depressão pós-parto e aumento dos índices de amamentação (BRASIL, 2001).

Após o 8º Encontro Nacional de Doulas em Brasília, durante a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, organizada pela ReHuNa em novembro de 2010, surgiu o questionamento quanto à necessidade ou não da regulamentação da profissão de doulas. Após a comprovação dos requisitos necessários[18] à inserção das doulas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o MTE reconheceu a Ocupação Doula (categoria ocupacional nº 3.221)

Observa-se que o acompanhamento realizado pela doula mostra-se extremamente salutar à parturiente. Nesse sentido, diversos projetos buscam a ampliação do acesso das doulas pelas mulheres, conforme o já mencionado "Doula Solidária", idealizado no Hospital Sofia Feldman. Há também uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília (UNB), que conta com a colaboração da ReHuNa, denominada de "Doulas no SUS". O projeto tem como objetivo a elaboração de material e de formação de tutoras e de doulas em todo o país (BRASIL, 2014).

3.6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ARGENTINA E NA VENEZUELA

No Brasil, conforme já visto, apesar das normativas e regulamentos no âmbito do Ministério da Saúde no tocante ao estímulo do parto humanizado e à coibição da violência obstétrica, não há leis específicas que regulamentem o problema, como ocorre em outros países.

Na Argentina, a Lei nº 25.929/04[19] estabeleceu os direitos das mulheres em relação à gravidez, ao trabalho de parto e ao pós-parto. Referida lei representa um avanço em termos de conquista de direitos das parturientes argentinas, pois estimula a participação da mulher como

[18] Para a inserção da ocupação no rol do MTE, é necessário que haja mais de 200 pessoas praticando essa atividade no país.
[19] ARGENTINA. Lei nº 25.929, de 25 de agosto de 2004.

protagonista do parto e ainda assegura como direito da mulher, o recebimento de informações e a escolha sobre as possíveis intervenções realizadas, o direito ao acompanhamento, dentre outros, conforme se observa no rol de direitos das mulheres estabelecido no artigo 2º:

> Artículo 2º - Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:
> a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
> b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
> c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
> d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
> e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
> f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
> g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
> h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
> i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
> j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
> k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma[20].

[20] "Artigo 2º - Toda mulher, em relação à gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, tem os seguintes direitos:
a) A ser informada sobre as distintas intervenções médicas que podem ocorrer durante esses processos de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas.
b) A ser tratada com respeito, e de modo individual e personalizado que lhe garanta a intimidade durante todo o processo assistencial e tenha em consideração seus padrões culturais.
c) A ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como pessoa sã, de modo que se facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto.
d) Ao parto natural, que respeite os tempos biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e o fornecimento de medicamentos que não sejam justificados pelo estado de saúde da parturiente ou da pessoa que vai nascer.
e) A ser informada sobre a evolução de seu parto, o estado de seu filho ou filha e, em geral, que participe das diferentes atuações dos profissionais.
f) A não ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo propósito seja de investigação, salvo consentimento escrito e aprovado pelo Comitê de Bioética.
g) A estar acompanhada, por uma pessoa de sua confiança e de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.
h) A ter ao seu lado, seu filho ou filha durante a permanência no estabelecimento de saúde sempre que o recém nascido não requerer cuidados especiais.
i) A ser informada, desde o parto, sobre os benefícios da amamentação materna e receber apoio para amamentar.
j)A receber assessoramento e informação sobre os cuidados de si mesma e do filho ou filha.
k) A ser informada especificamente sobre os efeitos adversos do fumo, do álcool e das drogas sobre o menino, menina e ela mesma" (tradução livre).

Após o advento de referida lei, a Argentina já expediu nova legislação que coíbe a violência obstétrica. A Lei nº 26.485/2009[21], responsável por prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que se desenvolvem suas relações interpessoais, traz como uma das formas de manifestação da violência contra a mulher, a violência obstétrica. Esta é conceituada como "aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929"[22].

Deve-se destacar que o fato de a legislação argentina reconhecer a violência obstétrica como violência contra a mulher obriga o Estado a implementar de políticas públicas voltadas ao combate desse tipo de violência e ao acolhimento das mulheres violentadas.

O grupo "Las Casildas", formado por profissionais de distintas área que fornecem informação a respeito da gestação, do parto, do nascimento e também de questões de gênero, com apoio do Conselho Nacional das Mulheres, realizaram o lançamento do Observatório da Violência Obstétrica, o qual irá coletar e organizar dados e estatísticas relacionados à violência obstétrica, realizar denúncias, monitorar políticas públicas, projetos de leis e leis, promover a elaboração de estudos e projetos de investigação e apoiar e difundir ações de outros grupos relacionados ao tema da violência obstétrica (EL DIARIO DE MISIONES, 2015).

A Argentina não é o único país da América Latina a demonstrar preocupação com a problemática da violência obstétrica.

A Venezuela, em novembro de 2007, promulgou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência[23]. Referida lei traz um conceito ainda mais completo sobre a violência obstétrica:

> Violencia obstétrica: se entiende como violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres[24].

---

[21] ARGENTINA. Lei nº 26.485, de 11 de março de 2009.

[22] "Violência Obstétrica é aquela exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e sobre os processos reprodutivos das mulheres, expressada em um tratamento desumano, no abuso de medicamentos e na patologização de processos naturais, conforme a lei nº 25.929" (tradução livre).

[23] VENEZUELA. Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, de novembro de 2007.

[24] "Violência obstétrica: se entende como violência obstétrica a apropriação do corpo e de processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e da capacidade

Ainda de acordo com referida lei, se consideram atos constitutivos de violência obstétrica os executados pelo profissional de saúde consistentes no não atendimento de forma oportuna e eficaz às emergências obstétricas, na imposição de que o parto seja realizado em posição deitada e com as pernas levantadas, quando existirem meios necessários para a realização do parto vertical, na obstaculização do contato precoce da criança com sua mãe, sem motivo médico justificado, negando a possibilidade de carregá-la e amamentá-la imediatamente ao nascer, na alteração do processo natural do parto de baixo risco, com a utilização de técnicas de aceleração, sem o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher e, por fim, na prática do parto cesariano, quando existirem condições para o parto natural, sem obtenção do consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. Nessas situações, haverá aplicação de multa ao responsável pelo ato (entre 250 U.T. e 500 U.T., sem prejuízo de condenação pela responsabilidade civil - indenização ou reparação).

No Brasil, o Projeto de Lei nº 7.633/14[25], do deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ), em análise na Câmara dos Deputados, tem como principais objetivos a instituição do parto humanizado como regra e o combate à violência obstétrica. Referido projeto garante à mulher o direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar (art. 1º).

De forma semelhante às legislações argentina e venezuelana, o supramencionado projeto de lei estabelece como princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento a mínima interferência por parte da equipe de saúde, a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente, o fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério e a harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto (art. 3º).

O projeto de lei nº 7.633/14 ainda assegura o cumprimento do plano individual de parto[26] que, somente poderá ser alterado se, comprovadamente, durante o trabalho de parto,

---

de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres" (tradução livre).

[25] BRASIL. Projeto de lei nº 7.633, de 27 de maio de 2014.

[26] De acordo com o art. 6º do Projeto de Lei nº 7.633/14, no Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua vontade em relação à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005; à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal; à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a); –

forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do concepto em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher (art. 8º).

Observa-se que o reconhecimento formal da violência obstétrica ainda é precário no Brasil, não havendo leis específicas que tipifiquem e reconheçam a questão, sendo esta, uma medida essencial, inclusive na facilitação do reconhecimento dos direitos das mulheres que pleiteiam indenizações no Poder Judiciário.

Há de se ressaltar que a ausência de lei específica não impede que a violência obstétrica seja punida pelos aplicadores do Direito, seja pelo desrespeito de direitos fundamentais (direito à dignidade da pessoa humana – art. 1º, III, da CF/88), seja pela aplicação da responsabilidade civil da equipe hospitalar (art. 927 e seguintes do CC/02) ou até da aplicação da lei penal, dependendo do dano causado à gestante ou ao bebê.

Esse reconhecimento, conforme visto no capítulo anterior é de extrema importância para que o Direito seja utilizado como instrumento das lutas feministas para a inclusão da violência obstétrica como espécie de violência contra a mulher. Nesse sentido, destacamos a fala de Ana Paula Meirelles, coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (Nudem) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo:

> A grande dificuldade do tema é a questão da judicialização. Ainda não existe um histórico na Justiça sobre os casos. Falta jurisprudência. O mesmo movimento que trouxe esse assunto à tona, agora tem a missão de coletar histórias e leva-las à Justiça para que se torne crime e que haja responsabilização. (FMDH, 2013).

Para que seja verificada a relação do Poder Judiciário com as mulheres vítimas de violência obstétrica, no próximo capítulo serão analisados acórdãos dos Tribunais de Justiça da região sudeste relacionados a referida temática.

---

ao modo como serão monitorados os batimentos cardiofetais; ao uso de posição verticalizada no parto e ao alojamento conjunto.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE DAS DECISÕES PROFERIDAS PELOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA DA REGIÃO SUDESTE

4.1 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Considerando que a pesquisa possui como objetivo analisar decisões relacionadas à temática da violência obstétrica e sua relação com o Poder Judiciário, para construirmos nossa amostra, inicialmente realizamos uma busca exploratória com as palavras episiotomia e "violência obstétrica" em todos os sítios eletrônicos dos Tribunais de Justiça do Brasil no período compreendido entre 03.02.15 e 13.02.15 para que houvesse melhor delimitação do objeto e dos procedimentos metodológicos a serem adotados.

A pesquisa referente ao termo "violência obstétrica" não obteve nenhum resultado pertinente ao objeto de pesquisa. Ou seja, até a data em que realizamos a busca, não havia nenhum processo judicial de segunda instância em que a expressão "violência obstétrica" tenha aparecido, seja na ementa do acórdão ou no seu inteiro teor.

Isso não significa que não haja casos em que lesões, violências ou outros danos às mulheres e crianças não tenham sido tematizado em processos judiciais nas cortes brasileiras, mas sim que tais danos ou violências ainda não têm sido nomeadas ou compreendidas a partir da categoria "violência obstétrica".

No tocante à palavra-chave episiotomia, observamos que a região sudeste foi a que obteve a maior quantidade de resultados (110), seguida pela região sul (96) e centro-oeste (25). Nas regiões norte e nordeste, a busca encontrou oito julgados.

Em razão da maior quantidade de julgados (110) e pelo fato de ser a região na qual nos situamos, resolvemos delimitar a pesquisa à região sudeste. Desse modo, foram pesquisadas as palavras-chave relacionadas às situações de violência obstétrica, quais sejam: episiotomia, cesárea e lesão e mulher, cesárea e consentimento e "direitos reprodutivos"[27] no inteiro teor dos acórdãos disponíveis nos sítios eletrônicos dos Tribunais de Justiça dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais do dia 16.02.15 até 26.02.15. Cabe destacarmos que não houve delimitação de data nas buscas realizadas e que não foram analisados os casos em segredo de justiça.

[27] A busca pela expressão "direitos reprodutivos" foi realizada em razão da pauta de diversos movimentos de humanização do parto de inclusão da violência obstétrica como direito reprodutivo.

Conforme se verifica na tabela abaixo, no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), foram encontrados os seguintes resultados: episiotomia (57), cesárea e lesão e mulher (35), cesárea e consentimento (43) e "direitos reprodutivos" (8).

No Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) os resultados encontrados foram: episiotomia (19), cesárea e lesão e mulher (16), cesárea e consentimento (11), "direitos reprodutivos" (1).

No Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), utilizando-se o mecanismo denominado PJERJ, as buscas encontraram o seguinte resultado: episiotomia (7). As buscas pelas demais palavras-chaves não localizaram nenhum resultado.

Por sua vez, no Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo (TJES), apenas foi encontrado resultado na busca pela palavra-chave episiotomia (1). As buscas pelas demais palavras-chaves também não localizaram nenhum resultado.

Tabela 1 - Quantidade de acórdãos encontrados após as pesquisas das palavras-chave

Palavra-chave	TJSP	TJMG	TJRJ	TJES
episiotomia	57	19	7	1
cesárea e lesão e mulher	35	16	0	0
cesárea e consentimento	43	11	0	0
"direitos reprodutivos"	8	1	0	0

Fonte: Autora, 2015

Ademais, entre os dias 20 e 24 de agosto, foram realizadas novas pesquisas nos acórdãos disponíveis nos bancos de dados eletrônicos dos Tribunais supramencionados. No TJRJ, foram encontrados os seguintes resultados no sistema denominado PJERJ (Nova Consulta): episiotomia (27), cesárea e consentimento (37[28]), cesárea e lesão e mulher (0), "direitos reprodutivos" (1), "parto humanizado" (2) e violência e obstétrica (14). No sistema PJERJ não foi localizado nenhum resultado nas buscas pelas palavras "parto humanizado" e violência e obstétrica.

[28] Devido a um erro no sistema, não foi possível acessar dez acórdãos constantes da página 2. Desse modo, foram analisados 27 acórdãos.

Tabela 2 - Quantidade de acórdãos encontrados após as pesquisas das palavras-chave no TJRJ – PJERJ (Nova Consulta)

Palavra-chave	TJRJ – PJERJ (Nova Consulta)
episiotomia	27
cesárea e lesão e mulher	0
cesárea e consentimento	37
“direitos reprodutivos”	1
parto humanizado	2
"violência e obstétrica"	14

Fonte: Autora, 2015

No TJSP, foram localizados os seguintes resultados: “parto humanizado” (3) e violência e obstétrica (15).

No TJMG, não foi encontrado nenhum resultado com a busca da palavra-chave “parto humanizado”. Com a palavra-chave violência e obstétrica foram localizados quatro acórdãos.

No TJES não foi encontrado nenhum resultado com as busca das palavras-chave “parto humanizado” e violência e obstétrica.

Tabela 3 - Quantidade de acórdãos encontrados após as pesquisas das palavras-chave

Palavra-chave	TJSP	TJMG	TJES
parto humanizado	3	0	0
"violência e obstétrica"	15	4	0

Fonte: Autora, 2015

A partir dos resultados acima apresentados, a amostra foi constituída apenas com os julgados pertinentes ao tema. Desse modo, excluímos os acórdãos referentes à laqueadura não realizada com sucesso; às cirurgias estéticas; aos casos de abortos provocados pela gestante ou pelo médico com consentimento da gestante; às ações de cobrança referentes a serviços prestados por hospitais no parto e a outros temas não relacionados com o objeto da presente pesquisa. Foram ainda encontrados muitos acórdãos duplicados, os quais foram analisados somente uma vez.

Em razão da ausência de debate sobre o conteúdo/mérito dessa espécie de impugnação processual, também não foram analisados os embargos de declaração. Ademais, quando encontrávamos dois instrumentos processuais no mesmo processo (como, por

exemplo, apelação cível e embargos infringentes ou agravo inominado), analisamos os que possuíam abordagem mais completa do caso. Apenas foram considerados os dois instrumentos processuais do mesmo caso, nas situações nas quais ambos possuíam elementos diferentes e relevantes.

Desse modo, a amostra é composta de 148 julgados, os quais foram objeto de análise na presente pesquisa. Conforme se observa na tabela abaixo, a maior parte dos acórdãos são provenientes do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo (TJSP), seguido pelo Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro (TJRJ), pelo Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais (TJMG) e pelo Tribunal de Justiça do estado do Espírito Santo (TJES):

Tabela 4 - Quantidade de acórdãos da amostra conforme o Tribunal de Justiça

Tribunal de Justiça	Quantidade de Acórdãos
TJES	1
TJMG	23
TJRJ	38
TJSP	86
Total	**148**

Fonte: Autora, 2015

Após a coleta de dados e da construção da amostra, foi realizado um debato com apresentação dos dados para dois estudiosos na área da saúde que são também militantes do parto humanizado no município de Ribeirão Preto: Heloísa de Oliveira Salgado, doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pedro Silveira Carneiro, mestre em saúde na Comunidade pela Universidade de São Paulo. Esse debate foi importante para definirmos alguns eixos da análise a ser realizada e para a própria organização dos dados.

Tal amostra foi organizada a partir das seguintes variáveis: palavra-chave utilizada, Tribunal de Justiça, nº do Processo, momento processual, polo ativo, polo passivo, resultado em relação ao polo ativo, assunto do acórdão, reforma pelo Tribunal, violência, motivos utilizados pelo juiz e forma de atendimento.

Na variável do instrumento processual, os acórdãos foram classificados em conformidade com o instrumento jurídico analisado: apelação cível, apelação criminal, agravo, mandado de segurança, embargos infringentes, *habeas corpus*, recebimento de denúncia e recurso em sentido estrito.

No tocante às variáveis do polo ativo e do polo passivo, para que fosse mantido o sigilo das partes e para a facilitação da organização dos dados, optou-se pela adoção de padrões. É válido destacar que essa classificação utilizou como base os polos das ações em primeiro grau e não em grau recursal. Optamos por essa classificação, porque em muitos casos, tanto o polo passivo como o polo ativo da ação originária recorriam, sendo mais oportuna a análise dos polos na ação em primeira instância. Para a identificação, utilizamos os dados constantes nos acórdãos.

Em relação ao polo ativo, diferenciamos os autores da ação conforme a relação com o nascituro/recém-nascido. Os autores foram classificados do seguinte modo: mãe, pai, criança e avós, de forma individual ou em conjunto. Ademais, em alguns casos, o polo ativo foi representado pelo ministério Público ou pela Defensoria Pública.

Para a classificação do polo passivo, foi analisada a natureza da entidade contra a qual o polo ativo ajuizou a ação. Desse modo, houve classificação em hospital, profissionais da saúde, Fazenda Pública, plano de saúde, farmácia e laboratório, de forma individual ou conjunta. Cabe ressaltar que o conceito hospital foi utilizado no sentido amplo, abarcando as clínicas e hospitais-escolas das universidades/faculdades públicas e particulares. Já a categoria dos profissionais da saúde abrange os médicos e/ou enfermeiros responsáveis pelo procedimento. O conceito de Fazenda Pública abrange os municípios, estados e as respectivas fazendas, não abarcando os hospitais-escolas das universidades/faculdades públicas.

A variável que buscou apresentar o resultado da ação em relação ao polo ativo teve como objetivo avaliar se o acórdão concedeu totalmente (favorável), parcialmente ou não concedeu (desfavorável) o bem da vida pleiteado. Assim, quando apenas havia redução do valor da indenização requerida pelo polo ativo, consideramos que o acórdão foi favorável. Nos casos em que algum dos pedidos do polo ativo foi rejeitado ou nos quais houve exclusão de algum dos integrantes do polo passivo, classificamos a decisão em parcialmente procedente.

Para a classificação quanto aos pedidos formulados na petição inicial (violência), utilizamos os critérios estabelecidos no artigo 2º da Convenção de Belém do Pará[29], quais sejam: violência física, sexual e psicológica. Dessa forma, quando a autora/autor requeria danos morais, entendemos que o pedido foi decorrente de violência psicológica. Ademais, quando pleiteava indenização por danos estéticos ou o juiz, ao fazer o relatório, utilizou

[29] Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994.

expressões que demonstrassem danos físicos, classificamos o pedido em violência física. Não foi encontrado nenhum acórdão que demonstrasse violência sexual.

Em razão da grande quantidade de pedidos por danos materiais, também incluímos esse critério na análise, referentes aos danos financeiros sofridos pelo polo ativo. Cabe destacar que não separamos a violência sofrida pela mãe da violência sofrida pelo bebê, mesmo porque, em muitos julgados, além de não ser possível diferenciar de forma clara a vítima, uma vez que a violência no bebê provoca também danos à mãe, visualizamos que o fato de o pedido apenas dizer respeito ao bebê pode ser utilizado como estratégia processual para facilitar o provimento da ação.

Utilizamos ainda a variável referente aos principais assuntos dos acórdãos. Desse modo, classificamos referidas decisões em danos permanentes à mãe, danos temporários à mãe, danos permanentes ao bebê, danos temporários ao bebê, omissão de socorro, óbito fetal, óbito materno, laqueadura sem consentimento, negativa de cobertura, desrespeito à escolha do parto, ausência de médico, negativa ao direito de acompanhamento, intervenção sem consentimento e danos ao períneo. Ao analisarmos essa variável, muitos acórdãos se enquadravam em mais de uma categoria. Desse modo, o número de resultados (172) é superior ao total de acórdãos. Destacamos que a tabela referente às variáveis conforme apareciam no processo está em anexo.

No tocante à variável atendimento, utilizamos como critérios para a classificação dos acórdãos, o fato de os danos terem ocorrido no SUS, em planos de saúde ou pela contratação de serviços particulares. Ressalta-se que em muitos julgados, não foi possível obter essa informação.

4.2 RESULTADOS

4.2.1 Palavras-chave

Inicialmente cabe destacarmos os resultados referentes às palavras-chave. Conforme mencionado no início do capítulo, em uma busca exploratória com a palavra-chave “violência obstétrica” realizada no período compreendido entre 03.02.15 e 13.02.15 em todos os Tribunais de Justiça do país, não foi encontrado nenhum resultado.

Apesar de o termo “violência obstétrica” ser amplamente utilizado nos movimentos de humanização pelo parto e pelos estudiosos dessa área, não foi possível encontrar nenhuma menção ao termo nos tribunais de justiça pesquisados.

Outro dado que nos chamou atenção foi a ausência do enquadramento da violência obstétrica nos “direitos reprodutivos”, uma vez que a busca por este último termo não encontrou nenhum resultado pertinente ao tema da presente pesquisa, conforme se observa na tabela abaixo.

Tabela 5 - Quantidade de acórdãos encontrados com base nas palavras-chave

Palavra-Chave	Quantidade de Acórdãos
"Parto Humanizado"	3
Cesárea e consentimento	36
Cesárea e lesão e mulher	25
Episiotomia	77
Violência e obstétrica	7
“Direitos Reprodutivos”	0
“Violência Obstétrica”	0
Total	**148**

Fonte: Autora, 2015

Esses resultados convergem com a teoria apresentada no capítulo I do presente trabalho, na qual apresentamos as relações entre a discriminação no Direito e o discurso jurídico. Conforme visto, não apenas as leis formais podem ser discriminatórias e servir para a manutenção das assimetrias de gênero no Direito, mas também as decisões e os acórdãos, uma vez que representam a fala dos aplicadores do Direito.

A ausência da utilização do termo “violência obstétrica” no julgamento dos casos representa que as diversas formas de violência que ocorrem nos períodos pré-parto, do parto e pós-parto não são incluídas nessa categoria. A mesma situação ocorre com a não utilização da expressão “direitos reprodutivos” nos julgados referentes à violência obstétrica.

A não categorização das supramencionadas violências nas categorias de “violência obstétrica” e “direitos reprodutivos” pode fazer, portanto, com que as demandas referentes à essa temática sejam pulverizadas e não encaradas como um problemas de gênero, mas sim como situações isoladas.

A nomeação da violência pode significar, assim, o acolhimento e o reconhecimento das experiências das mulheres no contexto de institucionalização do parto, facilitando, desse modo, a utilização de instrumentos jurídicos que coíbam essas práticas.

4.2.2 Polo Ativo das demandas

No tocante à variável do polo ativo das demandas, como mencionamos no procedimento metodológico, optamos pela classificação das ações conforme o parentesco com o bebê. Desse modo, as ações foram divididas nos seguintes padrões: mãe, pai, criança e avós, de forma individual ou conjunta. Apenas não foi possível estabelecer esse critério nas ações penais, uma vez que nelas o Ministério Público estadual figurava no polo ativo da demanda e em uma ação civil pública, que foi ajuizada pela Defensoria Pública estadual.

Conforme observamos nos gráficos abaixo, mais da metade das demandas analisadas foi ajuizada apenas pela mãe da criança (60,1%). Ademais, se somarmos essas ações aos casos nos quais as ações foram propostas pela mãe em litisconsórcio com outros membros da família, o resultado é de 84,4%.

As crianças representam as segundas maiores autoras das ações constantes na amostra analisada (6,8%). Contudo, a diferença das porcentagens com relação às mães é bem expressivo, ainda que somados com os casos em litisconsórcio (21,7%).

Esse resultado possui como possível explicação, o fato de que, conforme já mencionado, não foram analisados os casos em segredo de justiça. Nesse sentido, o Código de Processo Civil, em seu art. 155, estabelece que os atos processuais que devem seguir em segredo de justiça são aqueles em que exigir o interesse público ou que dizem respeito a casamento, filiação, separação dos cônjuges, conversão desta em divórcio, alimentos e guarda de menores.

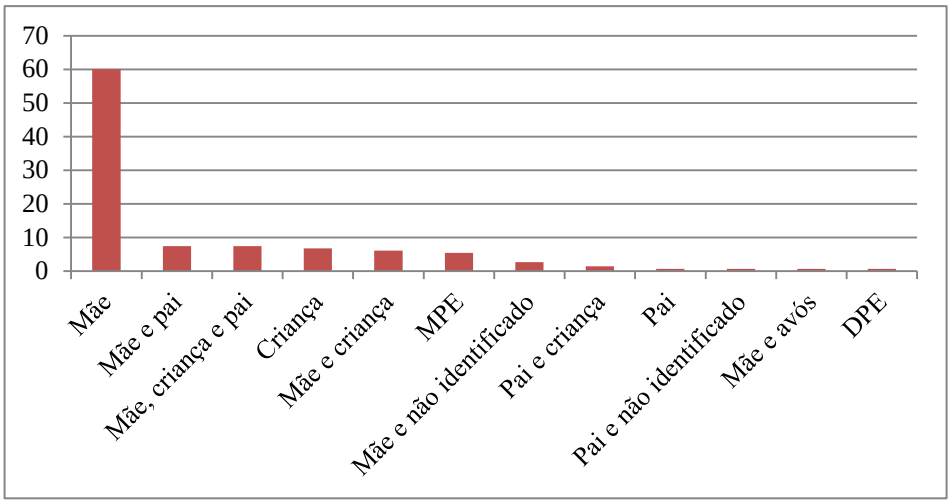
Desse modo, considerando que em muitos casos que envolvem menores há a decretação do segredo de justiça devido ao interesse público, os resultados podem não ter sido tão expressivos em relação às crianças (21,7%)

É possível ainda observarmos que a participação dos pais no polo ativo dos acórdãos analisados é pouco significativa, pois corresponde a apenas 0,7% das ações ajuizadas de forma individual. Mesmo quando analisamos as ações ajuizadas pelos pais em litisconsórcio com outros familiares, o resultado é bem inferior ao das mães (17,6%).

Cabe ainda salientar que, em alguns casos, (3,4%) não foi possível identificarmos todos os integrantes do polo ativo. Nesse ponto, ressaltamos que foram utilizadas apenas as informações constantes nos acórdãos na análise da amostra, justificando-se a não identificação do polo ativo quando não houve a completa indicação pelos Tribunais.

As ações ajuizadas pelo Ministério Público corresponderam a apenas 5,4% da amostra. Esse resultado será mais bem analisado no tópico referente ao momento processual, pois veremos que a maior parte das ações ajuizadas são cíveis, sendo poucos os remédios penais.

Gráfico 1 - Sujeitos no polo ativo dos acórdãos (%)



Fonte: Autora, 2015

Apenas 0,7% das ações foi ajuizada pela Defensoria Pública Estadual (DPE). Essa porcentagem se refere a uma apelação cível proposta pela Defensoria Pública do Estado De São Paulo em face da Fazenda do Estado e do Município de Tremembé com o objetivo de contratação e manutenção de médico ginecologista e pediatra na Penitenciária Feminina Tremembé II (SÃO PAULO, 2015).

Em primeira instância, referida ação civil pública havia sido julgada improcedente. No julgamento da apelação, os pedidos foram julgados parcialmente improcedentes, havendo a condenação apenas do Estado na contratação de um ginecologista e um pediatra para a unidade penitenciária.

Cabe destacarmos que algumas informações constantes no acórdão, tais como a de que ao menos 20 mulheres do total de 1.100 presidiárias são gestantes ou lactantes e que, mesmo diante desse alto número de mulheres, não havia nenhum médico ginecologista ou pediatra. Ademais, o acórdão cita que apenas havia a assistência de cirurgiões dentistas e enfermeiras, razão pela qual, as consultas ginecológicas eram realizadas no município de São Paulo. Observa-se, portanto, que a ausência de médicos na referida penitenciária configura clara violência obstétrica.

A partir dessa variável é possível verificarmos que a mãe é realmente a maior vítima da violência obstétrica nos julgados analisados (60,1%). Essa situação tem como possível explicação o fato de que, como analisaremos no tópico referente ao assunto dos acórdãos, grande parte dos danos verificados ocorre nas mães.

O presente gráfico serve para reforçar a ideia apresentada no início do capítulo anterior, de que a violência obstétrica corresponde a uma forma de violência de gênero, ou seja, compreende as condutas ou omissões perpetradas pelos profissionais de saúde no controle do corpo e da sexualidade das mulheres.

Desse modo, fica clara a importância de, em tais casos, os agentes do sistema de justiça, em especial, os integrantes da Magistratura e mesmo do Ministério Público, buscarem analisar tais processos sob uma perspectiva de gênero, conforme preconizado por tratados internacionais.

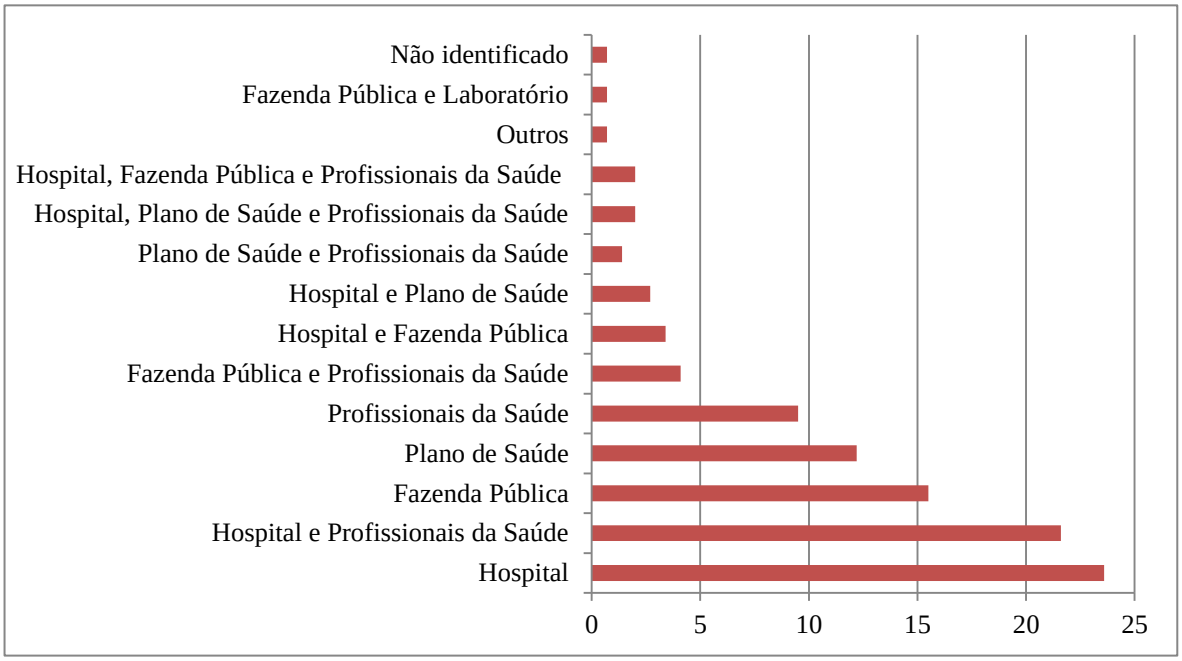
Cabe destacarmos a Convenção de Belém do Pará que, em seu artigo 4º, menciona expressamente a necessidade de proteção dos direitos das mulheres: "Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos". Está dentre os deveres do Estado (arts. 7º e 8º) assegurar o estabelecimento de procedimentos jurídicos justos e eficazes para as mulheres e promover a educação e o treinamento de todo o pessoal judiciário, policial e de todos os responsáveis pela aplicação da lei para que haja a prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

O art. 2º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979 (CEDAW) também estabelece como dever do Estado o estabelecimento da "proteção jurídica dos direitos da mulher numa base de igualdade com o os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação".

4.2.3 Polo Passivo das demandas

Nesse tópico, será abordado o aspecto relacionado ao polo passivo das demandas analisadas no presente estudo. Conforme explicamos na descrição metodológica, categorizamos os acórdãos pertencentes à amostra analisada em quatro principais classificações: Hospital, Profissionais da Saúde, Fazenda Pública e Plano de Saúde, de forma individual ou conjunta. Essa classificação tentou seguir, o máximo possível os termos presentes nos próprios acórdãos analisados. Ademais, a categorização foi realizada com relação aos polos passivos das ações de primeira instância, conforme as informações presentes nos próprios acórdãos.

Gráfico 2 - Sujeitos do polo passivo dos acórdãos (%)



Fonte**: Autora, 2015**

A partir do presente gráfico, observamos que grande parte das ações (23,6%) é ajuizada apenas em face dos hospitais. Verificamos ainda que se somadas essas ações com as intentadas em face de litisconsórcio passivo do hospital com alguma das outras categorias, o resultado corresponderá à maior parte das ações (55,3%).

Essa escolha pode ser justificada porque, sendo a relação entre paciente e hospital de consumo, a responsabilidade é objetiva, nos termos do que dispõe o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (CDC) [30], independente da comprovação da culpa. No tocante aos médicos, o § 4º do art. 14, determina que a responsabilidade é subjetiva, quando exercerem atividade liberal.

Contudo, não se deve ignorar que parte considerável das ações (9,5%) foram propostas apenas em face dos profissionais de saúde. O resultado se mostra mais expressivo se considerarmos, juntamente com essas, as ações nas quais há litisconsórcio passivo de referidos profissionais com outras categorias (40,6%).

Assim, apesar da responsabilidade subjetiva dos profissionais liberais, uma quantidade expressiva de ações foi proposta contra os profissionais de saúde (40,6%).

[30] CDC, art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos

Esse dado pode ser justificado em razão da proximidade da equipe de saúde com a mulher. Então, em termos de estratégia processual, é possível observarmos que é mais interessante inserir no polo passivo tanto os hospitais como os profissionais de saúde envolvidos no caso.

A Fazenda Pública dos Estados e Municípios também foi frequentemente acionada (15,5%) nos casos analisados. Na soma desses casos com as ações nas quais ela representou o litisconsórcio passivo juntamente com as demais categorias, o resultado obtido foi de 25,7%. Os casos nos quais a Fazenda Pública figurou como ré representam aqueles nos quais o atendimento ocorreu por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ou em hospitais municipais ou estaduais.

Os Planos de Saúde representaram o polo passivo das ações analisadas em 12,2% das vezes. O total de ações ajuizadas contra os planos de saúde, individualmente ou em litisconsórcio representaram 18,3%.

É possível observar, a partir dos dados expostos, principalmente no tocante às informações quanto aos hospitais (55,3%) e aos profissionais de saúde (40,6%), que a violência obstétrica, conforme visto no capítulo anterior, é fruto do fenômeno da institucionalização do parto, responsável pela modificação do protagonismo e da natureza desse processo.

Essa institucionalização fez com que o papel de destaque deixe de ser a mulher e passe a ser do médico obstetra. Além disso, o parto deixa de ser considerado como um fenômeno natural e passa a ser considerado como patológico e fruto da vontade humana (OSAVA, 1997).

A perda da autonomia da mulher causada pela extrema medicalização dos processos naturais, tais como o parto, fez com que a mãe perdesse seu papel ativo durante a realização do parto e passasse a ser vista apenas como paciente (ODENT, 2003).

Nos casos analisados, devemos compreender que as autoras das ações esperam que haja o reconhecimento judicial da violência praticada por esses agentes. Por isso, há uma necessidade de que recontem suas histórias e experiências nos momentos do parto, pré-parto e pós-parto com o objetivo de que seja reconhecida a violência vivida. A judicialização dessas experiências, portanto, deve ser entendida como uma indignação pelo que foi vivenciado por essas mulheres.

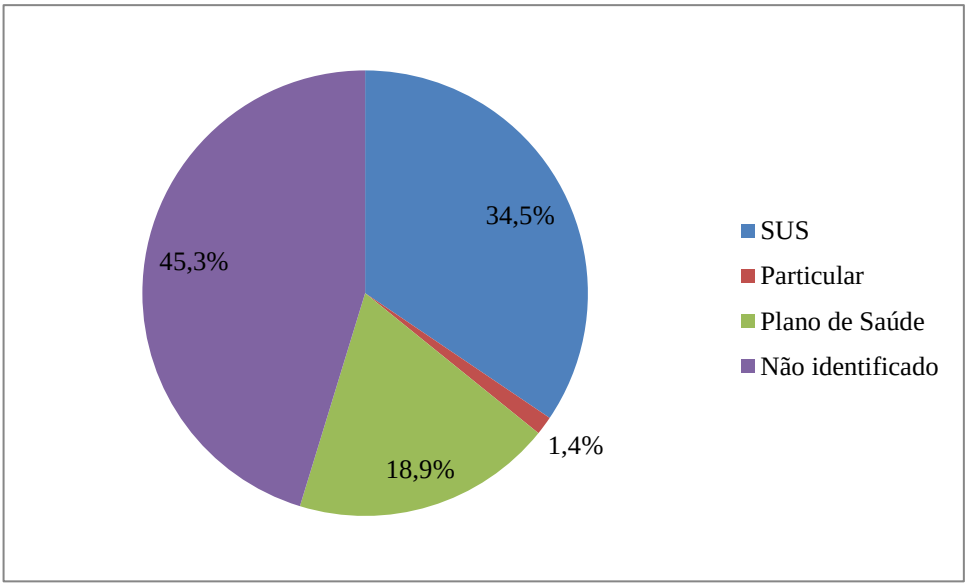
Acreditamos que não se trata apenas de erro médico, mas sim de violência de gênero. Assim, ao judicializarem essas demandas, compreendemos que essas mulheres demonstram a indignação pela ideia disseminada de que a mãe é secundária no processo do nascimento e de

que apenas importa o produto final: o nascimento do bebê. A judicialização demonstra, portanto, o reconhecimento da importância do processo do parto e da mãe como sujeito ativo nesse processo.

4.2.4 Forma de Atendimento

No tocante à forma de atendimento, analisamos se o atendimento prestado à parturiente ocorreu na esfera pública (SUS) ou privada (plano de saúde ou particular), com o objetivo de verificarmos a incidência em cada setor da saúde nos casos de violência obstétrica constantes na amostra.

Gráfico 3 - Esferas responsáveis pelo atendimento (%)



Fonte: Autora, 2015

É importante destacarmos que essa categorização foi construída com dados disponíveis nos acórdão analisados que, de forma direta, nos indicasse se as instituições eram de natureza pública ou privada. Assim, conforme mostra o gráfico, na maior parte dos acórdãos (45,3%) não foi possível verificar qual era a forma de atendimento da parturiente. Esse dado pode demonstrar que a informação relacionada à forma de atendimento não foi considerada como essencial à fundamentação apresentada pelos Tribunais.

Todavia, acreditamos que seria importante a demonstração desse dado na fundamentação ou mesmo nos relatórios elaborados pelos julgados, para que seja possível se verificar a implementação de políticas públicas específicas em cada setor que tenham por objetivo a repressão à prática da violência obstétrica.

A maior parte dos acórdãos analisados apontou que as violências ocorreram no SUS (34,5%). No tocante aos planos de saúde esse número foi de apenas 18,9%. Os atendimentos realizados de forma particular corresponderam a 1,4%.

Uma possível causa para esses resultados corresponde ao fato de que os planos de saúde apenas figuraram no polo passivo em 18,3% dos acórdãos analisados e, nos casos em que esses convênios não aparecem como réus, não há sequer menção aos convênios.

4.2.5 Violência sofrida pelo polo ativo

Na categorização da violência sofrida, pretendemos analisar quais são as violências que fundamentam os pedidos realizados pelo polo ativo na judicialização dos casos de violência obstétrica analisados no presente estudo. Como critérios para a classificação da violência, utilizamos o conceito constante na Convenção de Belém do Pará que, em seu artigo 2º define:

> Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:
> a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus tratos e abuso sexual;
> b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
> c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Desse modo, classificamos os danos alegados pelo polo ativo das ações em violência física, psicológica e sexual. Ressaltamos que esse critério utilizou como base apenas o pedido realizado pelo polo ativo e não as nossas percepções sobre os fatos alegados. Assim, nas hipóteses em que se requeria indenização por danos morais, consideramos que a violência efetuada contra a mulher foi psicológica, uma vez que esses danos correspondem a tudo o que afeta a honra, o afeto, a liberdade, o bem-estar da vítima sem que cause prejuízos de ordem material.

Nos casos em que o acórdão fez referência expressa à violência física ou aos danos estéticos, consideramos que a violência ocorrida foi física. Não houve nenhum caso em que visualizamos o pedido de indenização por violência sexual. Ademais, considerando a grande quantidade de pedidos por indenização de danos materiais, inserimos essa categoria na variável referente à violência sofrida pelo polo ativo. Os danos materiais são considerados como aqueles que afetam a esfera da patrimonial da vítima, ou seja, correspondem aos gastos

efetuados com medicamentos e/ou cirurgias reparadoras ou mesmo, pelo ressarcimento do período no qual a vítima não pôde trabalhar devido ao dano.

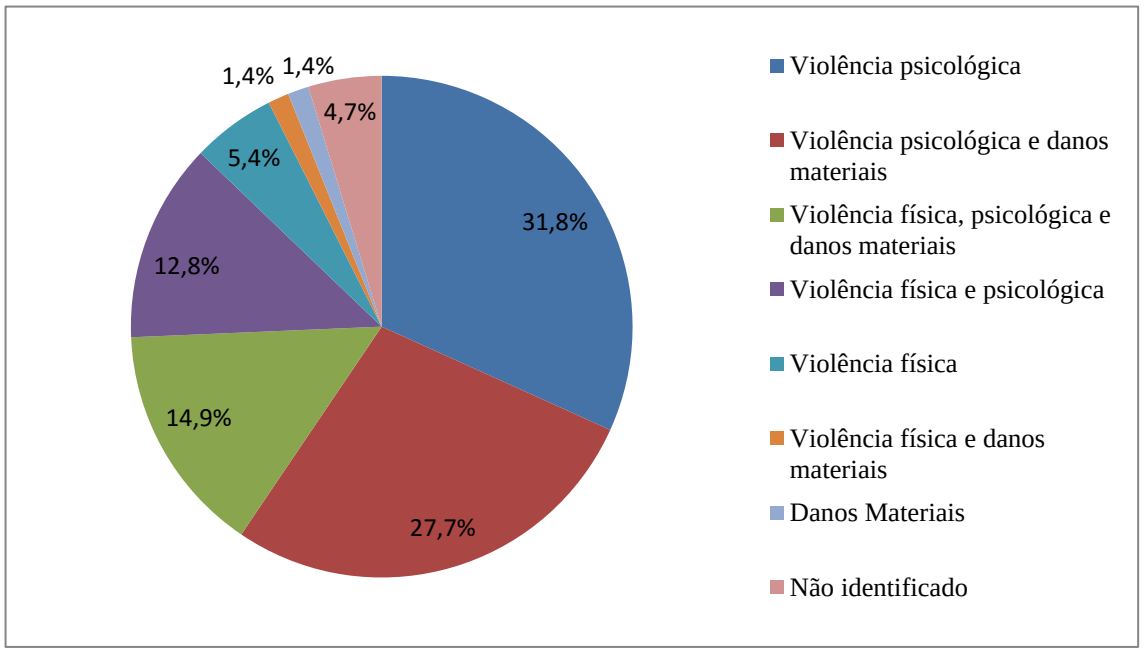
A partir dos gráficos apresentados a seguir, observa-se que a maior parte das demandas analisadas teve como causa de pedir exclusivamente a violência psicológica (31,8%) sofrida pela parturiente ou pelo bebê. Esse número torna-se ainda mais expressivo se somado aos casos em que o pedido por indenização da violência psicológica foi cumulado com o pedido por danos materiais e/ou com a violência física (87,7%).

Conforme destacado na metodologia, ressaltamos que não diferenciamos os danos sofridos pela mãe e pelo bebê, uma vez que, além de essa escolha poder representar uma estratégia processual, em muitos casos, o acórdão não realizava essa distinção.

O segundo pedido mais recorrente foi o relacionado à violência física. Apesar de apenas 5,4% dos pedidos serem exclusivamente relacionados a esse tipo de violência, quando analisados os casos de cumulação de pedidos, esse índice sobe para 47,1%.

O pedido exclusivo em decorrência de danos materiais corresponde a apenas 1,4% das ações, porém esse número se torna mais expressivo, quando somado às ações nos quais o pedido foi cumulado com outras formas de violência (45,4%).

Gráfico 4 - Violência sofrida pelas mulheres (%)



Fonte: Autora, 2015

O gráfico apresentado demonstra que a violência obstétrica implica para a maior parte das vítimas de violência obstétrica analisadas no presente estudo (87,2%), um grande sofrimento psicológico.

Para exemplificarmos a violência psicológica verificada na amostra, destacamos o seguinte trecho constante em um dos acórdãos analisados:

> Trata-se de ação ordinária na qual a apelada alega, em síntese, que, em setembro de 2002, aos 30 (trinta) anos de idade, engravidou do seu primeiro filho e, após passar por uma gravidez que transcorreu dentro da normalidade gestacional, no dia 11/06/2003 foi internada na UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE HERCULANO PINHEIRO para realização do parto e que, após os procedimentos protocolares de praxe, por já apresentar "perda de líquido, resultante do rompimento da bolsa", foi encaminhada para a sala de pré-parto por uma enfermeira, onde permaneceu por longo período sentindo muitas dores até que outra profissional da saúde a encaminhou para outra sala e iniciou as manobras do parto, sem a presença de um médico, dobrando o seu tronco para frente e orientando-a a fazer bastante força no ato das contrações até que, após várias tentativas sofridas e infrutíferas, apareceu outro profissional que, sem identificar, **passou a pressionar violentamente** todo o seu peso contra a sua barriga, numa situação de tamanha **brutalidade e agressividade** que lhe causou dores insuportáveis que perdurou até que finalmente a criança nasceu. (RIO DE JANEIRO, 2012 - Grifo Nosso).

Nesse caso, a própria reconstrução do relato da mulher já demonstra toda a violência sofrida, não somente psicológica, mas também física. Destacamos que após o nascimento da criança, a mãe sofreu um intenso sangramento, o que fez com que ela permanecesse em estado de coma por cinco dias. Ademais, todas as intervenções realizadas fizeram com que a mulher passasse a ter "incontinência urinária, ausência de elasticidade do ânus e impossibilidade de manter relações sexuais, por conta do fechamento do canal vaginal". Em razão das violências sofridas pela mulher, foi requerida a condenação pelo pagamento de danos morais e das cirurgias estéticas corretivas dos danos físicos.

A ação foi julgada parcialmente procedente e condenou o polo passivo ao pagamento de danos morais, mas excluiu a responsabilidade pelo pagamento de cirurgias estéticas para correção dos danos físicos.

Destacamos ainda outro acórdão no qual a violência sofrida pela mãe é facilmente identificada. Nessa ação, a mãe integrou o polo ativo e requereu a condenação do Município do Rio de Janeiro e da Associação de pais e amigos dos excepcionais (APAE Rio - laboratório) por danos morais e materiais, devido aos diversos prejuízos causados à autora em razão de resultado equivocado do exame de HIV realizado durante o seu pré-natal. Apesar de o exame ter identificado que a autora da demanda possuía a doença, o hospital não realizou novos exames para confirmação antes de submeter a mãe e a criança a diversas intervenções:

> Alega a autora, em síntese que, ao tomar conhecimento de sua gravidez, iniciou seu prénatal, sendo solicitado pelo médico uma bateria de exames, dentre os quais o exame de HIV. Realizou o teste no Hospital Maternidade Alexandre Fleming, de

> administração municipal, em 12/02/2003 e obteve a resposta em 02/05/2003, onde se afirmou ser a autora soropositivo. Em virtude de tal comunicação, a pressão da autora chegou a 20x10, sendo imediatamente internada, mas não pode realizar a cesariana em virtude de seu quadro clínico. No dia 06/05/2003 foi realizada a cirurgia, sendo que o feto passou por rigorosos exames, já ingerindo os primeiros medicamentos para a suposta doença. Ao nascer, a criança ainda tomou outros medicamentos contra o vírus durante um mês e meio. Alega que, apesar de ser jovem, foi submetida a laqueadura das trompas por indução dos médicos do Hospital que lhe informaram dos riscos de uma nova gravidez em razão da doença constatada. Afirma ainda que: a) sofreu inúmeras discriminações por parte de pacientes e curiosos enquanto permaneceu internada, não podendo amamentar seu filho, sendo até mesmo isolada dos outros pacientes pelo hospital; b) durante todo o tempo de internação foi medicada diariamente com AZT e outra substância para secar o leite; c) foi solicitado novo exame para a autora em 07/05/2003 e de seu marido; d) o resultado negativo obtido com o segundo exame da autora somente foi divulgado em 02/08/2003, ou seja, três meses depois do primeiro; e) o exame do marido com resultado negativo foi entregue dois meses antes que o da autora, o que ocasionou a separação do casal diante das desconfianças ocasionadas (RIO DE JANEIRO, 2008).

Referido caso foi julgado parcialmente procedente, tendo condenado apenas o hospital ao pagamento dos danos morais. Os danos materiais não foram julgados procedentes com o argumento de que não foram comprovados.

Observa-se, portanto, que apesar de não haver expressa menção da expressão “violência obstétrica”, ao analisar as violências sofridas, é possível perceber que realmente as práticas dizem respeito ao que conceituamos no capítulo anterior como violência obstétrica. Assim, podemos entender que os resultados encontrados refletem a 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 do pós-parto. (DINIZ; CHACHAM, 2006; AGUIAR, 2010).

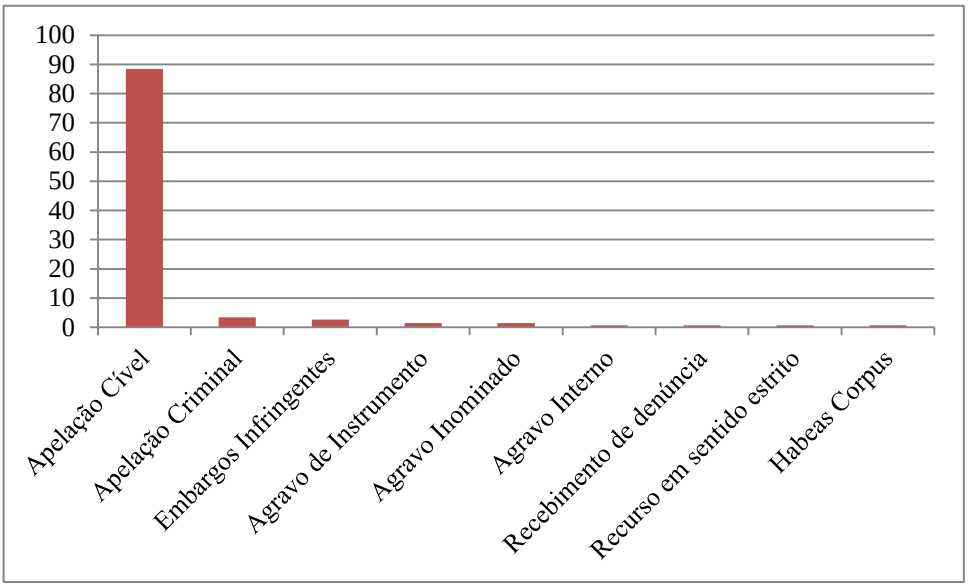
4.2.6 Instrumentos processuais

Neste tópico, iremos analisar o momento processual, ou seja, o instrumento jurídico julgado pelo respectivo Tribunal de Justiça. Essa análise mostra-se importante, pois permite que observemos a principal responsabilidade imputada ao polo passivo, se penal ou cível.

Conforme explicado no capítulo anterior, não há no Brasil legislação formal específica no tocante à violência obstétrica, nem no âmbito cível, nem no âmbito criminal, como ocorre em outros países, como a Argentina e a Venezuela.

O gráfico aqui analisado mostra que a maior parte das ações pertencentes à amostra corresponde às apelações cíveis (88,5%), enquanto as apelações criminais representam apenas 3,4% dos acórdão analisados.

Gráfico 5 - Instrumentos processuais (%)



Fonte**: Autora, 2015**

Acreditamos que a baixa incidência de processos criminais referentes à violência obstétrica ocorre devido à ausência de um tipo penal próprio, havendo dificuldades na tipificação dos delitos cometidos contra a mulher, em razão da gestação, nos períodos pré-parto, do parto e pós-parto.

Conforme apresentado no capítulo anterior, o Projeto de Lei nº 7.633/14, além de conceituar a violência obstétrica e de apresentar as diretrizes para um parto humanizado, estabelece no art. 17, §1º que "os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas".

A Argentina e a Venezuela já possuem leis que regulamentam e conceituam a violência obstétrica. No tocante à Venezuela (Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência[31]), cabe destacar que a própria legislação estabelece como sanção aos profissionais que cometerem algum dos atos de violência obstétrica uma multa (entre 250 U.T. e 500 U.T., sem prejuízo de condenação pela responsabilidade civil - indenização ou reparação).

[31] VENEZUELA. Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, de novembro de 2007.

A necessidade de uma legislação que discipline as sanções relacionadas à violência obstétrica mostra-se importante porque significa o reconhecimento de um problema de gênero pelo direito. Conforme indica Williams (2003), a obtenção de direitos significa o comportamento respeitoso, a responsabilidade coletiva, que a sociedade deve propriamente a cada um dos seus, nesse caso, a mulher.

No Brasil, as leis referentes à violência doméstica (Lei nº 11.340/06) e ao feminicídio (Lei nº 13.104/15) são exemplos de legislações elaboradas a partir da luta de movimentos feministas brasileiros e latino-americanos. Os movimentos feministas que se intensificaram, sobretudo, após a década de 70 e já tinham como principal preocupação a violência doméstica, alcançaram diversas conquistas relacionadas aos direitos das mulheres, tais como, a criação das Delegacias das Mulheres, Centros de Referência das Mulheres e, mais recentemente, as supramencionadas leis (GROSSI, 2012).

Ambas as leis consistiram, portanto, do resultado de mobilizações jurídicas nacionais e internacionais realizada por organizações de Direitos Humanos e movimentos feministas. Além disso, as legislações específicas de proteção à mulher configuram-se como resposta às recomendações da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher) e da Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), das quais o Brasil é signatário, estas também oriundas de mobilizações de movimentos feministas.

Considerando esse processo de criação da Lei nº 11.340/06 (violência doméstica) e aqui incluímos a Lei nº 13.104/15 (feminicídio), Barsted (2011) destaca:

> O enfoque feminista, que influenciou a posição de organismos internacionais e nacionais, destaca que a segurança das mulheres significa o reconhecimento e o respeito de seus direitos civis, sociais, culturais e econômicos, dentre outros, e, também, a ausência do medo. Assim, a Lei Maria da Penha está voltada para a promoção da equidade de gênero e para a redução das diferentes formas de vulnerabilidade social, apontando a necessidade de políticas públicas articuladas e capazes de incidir sobre o fenômeno da violência contra a mulher. (BARSTED, 2011, p. 17)

Cabe ressaltarmos, inclusive, que em 2002, diversas feministas operadoras do direito de diversas ONGs e instituições articularam-se no “Consórcio de ONGs” e elaboraram o anteprojeto de lei contra a violência doméstica, que teve grande importância na sanção presidencial da Lei nº 11.340/06 (BARSTED, 2011).

Assim, reiteramos a importância dos movimentos pela humanização do parto, descritos no capítulo anterior, na conquista de direitos às mulheres que coíbam e prevejam punições à violência obstétrica.

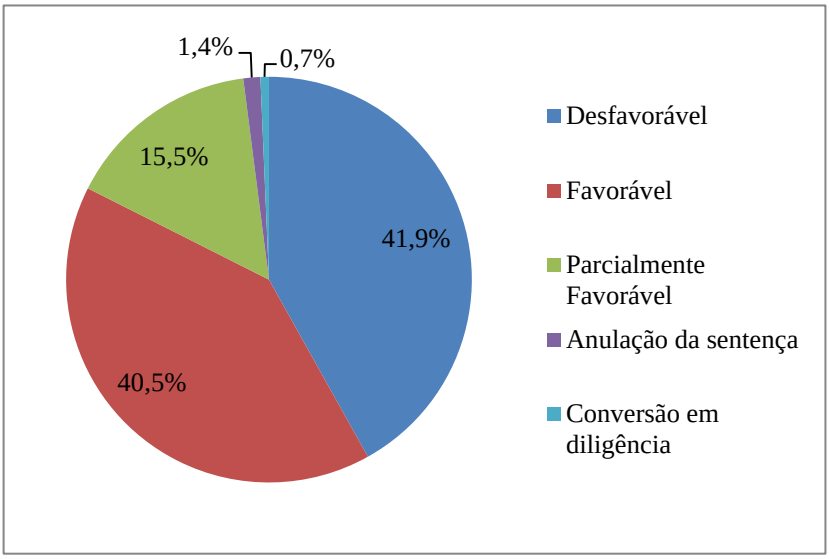
4.2.7 Resultado em relação ao polo ativo

Neste tópico, iremos abordar os resultados dos acórdãos, tomando-se como referência o polo ativo. Para classificarmos as ações em favoráveis, desfavoráveis ou parcialmente favoráveis, levamos em consideração se o bem da vida pretendido pelo polo ativo foi obtido com o acórdão proferido pelos Tribunais de Justiça.

Nos casos em que houve apenas diminuição ou aumento do valor pretendido como indenização, consideramos que o acórdão foi favorável, uma vez que nesses casos houve o reconhecimento da violação dos direitos da mulher.

Nas situações nas quais houve exclusão de algum integrante do polo passivo ou mesmo o reconhecimento de apenas parte dos pedidos do polo ativo, consideramos que o acórdão foi parcialmente favorável.

Gráfico 6 - Resultado dos acórdãos com relação ao polo ativo (%)



Fonte: Autora, 2015

A partir do gráfico acima, é possível percebermos que a maior parte (41,9%) dos acórdãos analisados foi desfavorável ao polo ativo das ações. A quantidade de acórdãos favoráveis, contudo, não apresentou muitas diferenças, representando 40,5% das ações. As demandas parcialmente favoráveis corresponderam a 15,5% dos acórdãos analisados.

Em 1,4% dos casos, houve anulação da sentença e, em 0,7%, houve conversão em diligências.

A partir dos dados apresentados, é possível observarmos uma grande quantidade (41,9%) de acórdãos desfavoráveis ao polo ativo. Esses dados relacionam-se diretamente com as teorias de Direito e Gênero apresentadas no primeiro capítulo do presente trabalho. Isso porque, conforme observamos, apesar de o direito ter como pressuposto um sujeito universal e abstrato, na realidade toma as características e as necessidades dos homens como paradigma. Ademais, conforme visto, o direito não somente reproduz as assimetrias entre homens e mulheres, como também é responsável por gerá-las.

O Direito, todavia, pode deixar de lado seu papel na manutenção do discurso patriarcal e ser utilizado como instrumento no empoderamento e na igualdade das mulheres. Para isso, salientamos a necessidade de que os tribunais julguem os casos sob uma perspectiva de gênero.

O julgamento com uma perspectiva de gênero foi abordado em um protocolo da Suprema Corte da Justiça do México (2013), o qual estabelece que para que esse julgamento seja concretizado é necessário que assuma três premissas básicas: a finalidade do Direito no combate às relações assimétricas de poder; a atividade jurisdicional tem um inegável potencial de transformação da desigualdade formal, material e estrutural, assim os órgãos julgadores são agentes de mudança no desenho e na execução do projeto de vida das pessoas; o estabelecimento da igualdade requer dos juristas um exercício de desconstrução da forma com a qual se aplica e interpreta o Direito.

Assim, ao analisar determinado caso, primeiramente, a pessoa responsável pelo seu julgamento deverá se perguntar se a vítima necessita de medidas especiais de proteção (emergenciais, preventivas ou de natureza civil).

Após a concessão ou não das medidas supramencionadas, deverá haver uma análise com enfoque de gênero nas questões de competência, de legitimidade processual e de admissibilidade da demanda, ou seja, a perspectiva de gênero deve ser observada não somente nas questões relativas estritamente ao mérito da demanda.

Ao adentrar nas questões de mérito, deverá haver a determinação dos fatos a partir da valoração das provas. Todavia, para que essa valoração esteja em conformidade com a perspectiva de gênero, deverá haver o questionamento do contexto em que foram produzidas, da vulnerabilidade de alguma das partes (relacionada ao gênero, à classe social, à raça etc.), das assimetrias de poder existentes entre as partes no processo, de características de alguma das partes que a façam ser expostas a uma dupla discriminação por se tratar de um caso com interseccionalidade, se o comportamento de alguma das partes obedece a estereótipos.

Observa-se que a análise das provas com uma perspectiva de gênero significa analisar qual direito deve ser aplicado e qual dano deverá ser imputado (civil, penal, administrativo). Como exemplos de estereótipos que devem ser afastados na valoração das provas, o supramencionado protocolo faz referência à ideia de que "somente certas classes de mulheres podem ser violadas sexualmente" (como, por exemplo, as virgens, as fisicamente debilitadas ou que possuam uma conduta sexual moralmente aceita), de que "algumas mulheres gostam de relações sexuais forçadas", de que "as mulheres conseguem escapar aos ataques sexuais", dentre outras.

A análise das provas de acordo com uma perspectiva de gênero é importante para que seja possível a determinação do direito aplicável. Contudo, a definição de quais normas serão aplicáveis a cada concreto também deve ser baseada na perspectiva de gênero, avaliando-se a existência de marcos jurídicos que regulem o caso concreto, de resoluções ou sentenças internacionais que possam ser aplicáveis ao caso, de observações gerais dos Comitês da ONU e da Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

A análise dessas normas também deverá questionar a concepção do sujeito utilizado como paradigma de sua construção, se a norma corresponde a uma visão sexista do direito ou se reforça as assimetrias de gênero. Por fim, deverão ser refletidas quais as normas ou estratégias jurídicas que possibilitarão a garantia da igualdade às vítimas do caso e se haverá necessidade da construção de um novo paradigma a partir daquele caso.

Após o órgão julgador definir quais as normas ou estratégias jurídicas serão aplicáveis ao caso concreto, deverá passar à fundamentação de sua decisão. A argumentação jurídica com perspectiva de gênero deverá questionar a suposta neutralidade das normas, bem como o sujeito utilizado como paradigma na construção de determinadas legislações. Além disso, terá que justificar a necessidade do tratamento diferenciado à parte que se encontra em situação desprivilegiada.

Ademais, deverá explicar as assimetrias existentes entre as partes e evidenciar os estereótipos de gênero que deixaram de ser utilizados na valoração das provas, nas alegações das partes e na escolha das normas aplicáveis. Por fim, a decisão deverá eliminar a possibilidade de revitimizar e estereotipar as vítimas por meio de argumentos que reproduzam um discurso patriarcal.

A reparação do dano também deve ser analisada de acordo com uma perspectiva do gênero, pois poderá significar que a vítima atingiu o seu objetivo com a judicialização de determinados casos. Assim, sua fixação deverá levar em conta os seguintes questionamentos: o dano gera um impacto diferenciado conforme o sexo ou o gênero? Que tipos de medidas

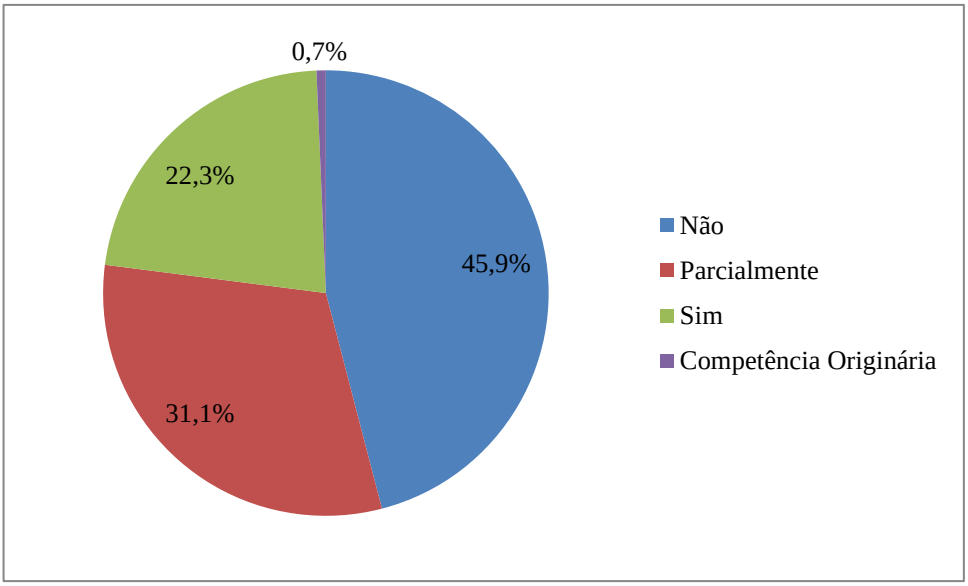
podem ser utilizadas para atingir esses impactos diferenciados? A medida de reparação se baseia ou implicará em uma concepção estereotipada ou sexista da vítima? A partir do dano causado, do sexo e do gênero quais as medidas mais adequadas para a reparação do dano? A reparação será suficiente para todos os danos identificados? Existe um dano coletivo? Qual o impacto desses danos nos aspectos profissional, familiar e social da vítima?

É válido ressaltar que a própria sentença que reconheça as violências sofridas já constitui uma forma de reparação, ou seja, possui força simbólica capaz de esclarecer, formalmente, que a violação de direitos humanos observada no caso é importante ao Direito e que gerará consequências.

4.2.8 Reforma pelo Tribunal

Neste tópico, tivemos como objetivo analisar se, em regra, os tribunais mantêm ou reformam as decisões de 1ª instância.

Gráfico 7 - Acórdãos reformados pelo Tribunal (%)



Fonte: Autora, 2015

Percebemos que a maior parte dos acórdãos (45,9%) manteve a decisão dos juízes de primeiro grau.

Também é importante verificar que 31,1% dos acórdãos reformou parcialmente a sentença recorrida, principalmente no tocante aos valores das indenizações pleiteadas, à

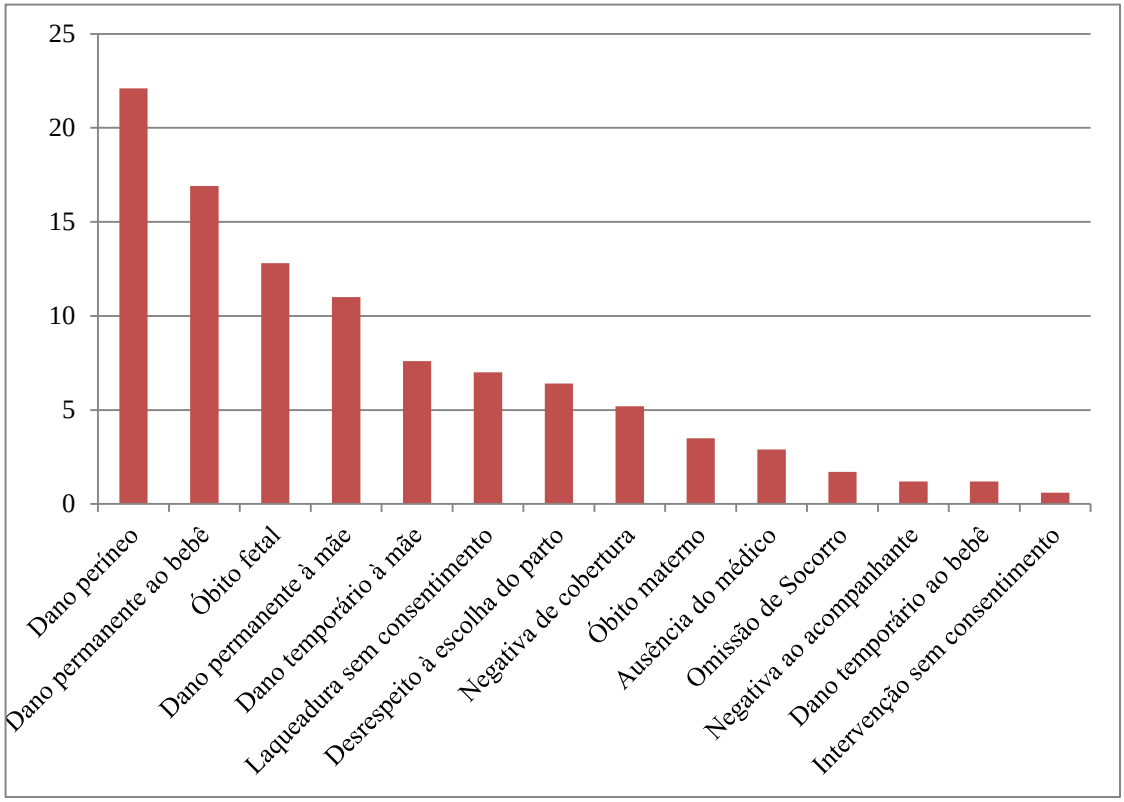
exclusão ou inclusão no polo passivo ou à desconsideração ou consideração de alguma das violências alegadas pelo polo ativo.

Apenas 22,3% dos acórdãos reformaram as decisões de primeiro grau. O critério de competência originária corresponde aos casos nos quais o processo se iniciou no Tribunal, não havendo como se falar em reforma da decisão (0,7%).

4.2.9 Assunto

Neste tópico, analisaremos os principais assuntos e temas que foram suscitados nos acórdãos. Destacamos que, muitas vezes, no mesmo acórdão foi possível visualizar mais de um tema, justificando-se assim a razão de, no presente gráfico, a quantidade de assuntos, em números, superar a quantidade de acórdãos analisados [32].

Gráfico 8 - Principais assuntos dos acórdãos (%)



Fonte: Autora, 2015

Observamos que o assunto mais recorrente foi o relacionado aos danos ao períneo (22,1%). Os danos ao períneo correspondem aos danos ocorridos na musculatura ao redor da

[32] Ressaltamos que a tabela com a sistematização dos assuntos em cada acórdão encontra-se em anexo ao final do presente trabalho.

vagina e do ânus, sendo comumente utilizados os termos fístula reto-vaginal e fístula reto-perineal. Esses danos são decorrentes, na maior parte das vezes, da realização de episiotomia, procedimento que, conforme já mencionado no capítulo anterior, não é baseado em evidências médicas.

Destacamos que não classificamos os julgados que tratavam dos danos ao períneo em permanentes ou temporários à mãe, devido à grande incidência desse resultado, razão pela qual ele foi tratado de forma específica. Ademais, acreditamos que a individualização dos danos ao períneo é também importante, porque são permanentes e deixam, muitas vezes, sequelas que impedem a vida sexual das pacientes.

Para exemplificarmos as violências causadoras de danos ao períneo, destacamos um dos acórdãos analisados. Conforme consta na fundamentação do referido acórdão:

> Extrai-se dos autos que a 2ª apelante foi internada no hospital 1º apelante em 29.03.00, para realização de um parto normal, de responsabilidade do médico 1º apelante.
> Alegou a 2ª apelante que no momento do fechamento da cirurgia o médico por esta responsável teria percebido que a linha de costura estaria podre, saindo da sala para procurar outra linha, e que ao retornar teria sido avisado por aquela que a anestesia tinha perdido o efeito, pois estava sentindo dores, mas que, não obstante, foram dados os pontos **sem ser aplicada nova anestesia**.
> Aduziu que mesmo após a cirurgia continuou a sentir fortes dores, tendo informado tal fato ao médico e às enfermeiras que consideraram este quadro como normal, recebendo alta médica em 31.03.00, apesar de continuar sentindo muitas dores.
> (...)
> Como a dor se mantinha, e constatando que começara a expelir fezes pela vagina, dirigiu-se ao Hospital das Clínicas de Uberlândia onde foi diagnosticado que seu intestino havia sido perfurado por um bisturi, e que teria de se submeter a uma cirurgia de colostomia, a qual foi realizada em 06.04.00. (MINAS GERAIS, 2003 - Grifo Nosso)

Esse caso foi julgado como procedente, tendo sido o polo passivo condenado ao pagamento por danos morais.

No mesmo sentido, citamos trecho de outro acórdão analisado, cujo resultado também foi favorável ao polo ativo:

> Alegou, em síntese, que em 26/06/2004 foi internada no Hospital Municipal Paulino Werneck, em trabalho de parto, necessitando ser submetida à incisão, a fim de viabilizar o nascimento da filha. Afirma que antes de concluído o procedimento a médica responsável precisou ausentar-se para atender um caso de emergência, deixando o corte aberto, somente retornando cerca de vinte e cinco minutos depois, quando, já passado o efeito da anestesia, no entanto, mesmo assim foi submetida a quatorze pontos, sob dor intensa e constante sangramento. Aduziu que recebeu alta, embora sentindo dores e dificuldades para sentar, persistindo os sintomas. (...)Informa que a complicação de seu quadro se deu por haver adquirido uma infecção hospitalar quando do parto de sua filha, dada às condições precárias a que foi submetida, o que resultou na retirada de seu útero, uma enorme cicatriz na barriga, na deformidade de sua genitália, na sua incapacidade laborativa e interrupção dos estudos, além do custeio de tratamentos e exames. (RIO DE JANEIRO, 2014)

A segunda maior recorrência refere-se aos danos permanentes ao bebê (16,9%). Cabe destacarmos que consideramos os danos permanentes quando eram mencionados os seguintes termos no acórdão: sequelas, irreparáveis, permanentes, aquisição de determinada doença e danos estéticos.

Quanto aos casos relacionados aos danos permanentes ao bebê, destacamos o seguinte julgado, no qual os pais da criança e a criança ingressaram com ação de indenização em face do médico responsável pelo nascimento e do hospital, tendo em vista que a criança nasceu com Síndrome convulsiva de West, "com conseqüente atraso em seu desenvolvimento, perda de visão, impossibilidade de fala e de ingestão de alimentos sólidos, além de incapacidade para a deambulação":

> Os autores, nesse diapasão, relatam que: *"(...) O trabalho de parto desenrolou-se com muito sofrimento à mãe, que pediu novamente que fosse realizado com cesariana. O pedido não foi atendido, e a mãe foi submetida a parto normal extremamente difícil, sendo certo que o médico e a equipe do Hospital realizaram fortes pressões sobre a barriga da paciente e fizeram uso do 'FORCEPS', em método doloroso, antiquado e não condizente com a medicina atual... Algumas horas após o pai foi chamado ao berçário e teve encontro com a médica pediatra plantonista conhecida como Dra. Eliza. A frente do pai a Dra. Eliza repreendeu o Dr. Carlos e perguntava, insistentemente, o que ele havia realizado na operação (...) O pai, pessoa de limitada cultura, foi afastado e nada lhe foi dito até que, mais tarde, foi procurado por uma atendente que o informou que a criança nascera com problemas médicos, ou seja brocopneumonia, naxia neomental e síndrome convulsiva..."*(SÃO PAULO, 2008)

Nesse caso, é possível observarmos que, apesar da descrição de intenso sofrimento à mãe, o pedido foi relacionado apenas aos danos causados ao bebê após o seu nascimento. Ademais, observa-se que, além de o pedido da mãe em relação ao parto não ter sido atendido pela equipe de saúde, durante o parto foram realizadas fortes pressões sobre a barriga da paciente e houve a utilização do fórceps, o que pode ter provocado os problemas médicos da criança.

Em primeiro grau foi afastada a responsabilidade da equipe de saúde e a condenação apenas no hospital no qual foram realizados os supramencionados procedimentos. Apesar de os pais da criança e a criança terem apelado, insistindo na responsabilização também da equipe de saúde, o TJSP manteve a decisão de primeiro grau, com os fundamentos de que não há comprovação da culpa de que os procedimentos realizados foram causadores dos referidos problemas, tendo em vista que a responsabilidade é subjetiva. Além disso, justifica:

> Como quer que seja, como sabido e consabido, o parto com o auxílio de fórceps não é método antiquado, eis que destina-se, exatamente, a abreviar o período de expulsão do bebê, sendo utilizado, principalmente, em casos de sofrimento fetal, puxo ineficaz ou exaustão da parturiente. Assim, o médico, diante das condições do parto, verificando a necessidade de tal método não só pode, como deve utilizá-lo de forma a preservar a saúde e a vida da mãe e do bebê. No caso em tela, não restou demonstrado, como referido, que a utilização do fórceps se deude forma imperita,

> razão pela qual deve ser afastada a responsabilidade do co-réu Carlos Roberto. (SÃO PAULO, 2008a)

Aqui é possível observarmos que, conforme apontado no capítulo anterior, a mãe é considerada como mera paciente, não tendo o poder de escolha durante o seu parto, nem mesmo com o reconhecimento da violência pelo Poder Judiciário. Além disso, todas as experiências vividas pela mãe durante o período do parto foram negadas no acórdão, justificando-se a utilização de procedimentos dolorosos pelo resultado do parto: o nascimento do bebê.

O óbito fetal foi considerado como a terceira causa (12,8%) dos assuntos mencionados pelos acórdãos. No tocante ao óbito fetal cabe destacar um acórdão no qual, apesar do reconhecimento do nexo causal do atendimento realizado pelos réus, a demanda foi improcedente por não ter a autora requerido a condenação por danos morais, mas tão somente por danos materiais, os quais não foram comprovados:

> Apesar de comprovada, pela prova coligida aos autos, a culpa dos prepostos do requerido quanto à fatalidade ocorrida, em nenhum momento houve pedido da autora para a condenação da parte contraria quanto aos danos morais suportados, mas tão somente pelos danos materiais (arts. 1539 a 1545 do Código Civil de 1916), que em momento algum foram comprovados. (SÃO PAULO, 2009)

Destacamos ainda outro acórdão no qual, apesar de reconhecido o fato de que a utilização de determinado aparelho poderia ter evitado o óbito do feto, a ação foi improcedente, devido à seguinte fundamentação:

> Ora, a maternidade-ré é mantida por uma instituição filantrópica e só atende pelo SUS Esclareceu-se na contestação que o "cardiotocógrafo", que permite o monitoramento contínuo dos batimentos cardíacos do feto, é aparelho de alto custo.
> Não se pode exigir que a maternidade tivesse a sofisticada aparelhagem de um hospital de primeira linha como o "Einstein”. (SÃO PAULO, 2008b)

Os danos permanentes à mãe correspondem à 11% dos acórdãos analisados. Em um dos acórdãos no qual o pedido de indenização decorrente dos danos causados à gestante foi improcedente, a fundamentação do Tribunal de Justiça foi a de que, apesar de comprovado que a equipe de saúde do hospital, por meio do exame de toque impróprio, teria causado abertura dos pontos da episiotomia, a justificativa dos danos psicológicos da gestante decorreu do “estresse natural provocado pelo parto”:

> No entanto, não há prova de que tal circunstância, por si só, seria capaz de causar todos os males descritos na inicial, quer sejam os físicos (sangramento vaginal intenso e retirada de grande quantidade de coágulos pela médica), quer sejam os morais (sofrimento, angústia, constrangimento e outros sentimentos narrados), lembrando-se, quanto a estes últimos, que a autora passava por difícil situação pessoal no momento do parto, além do sofrimento causado pelo próprio parto em si, cujo estresse é do conhecimento ordinário (SÃO PAULO, 2014).

Os danos temporários à saúde da gestante corresponderam a 7,6% dos acórdãos analisados. Destacamos que muitos dos danos temporários decorreram de esquecimento de materiais no interior do corpo da mulher (gazes, agulhas).

Observa-se que somados os danos diretos (temporários e permanentes) à gestante obteremos o resultado de 18,6% dos acórdãos analisados, resultado bem expressivo e que pode reforçar a tese de que a violência obstétrica é uma espécie de violência de gênero.

As laqueaduras realizadas sem o consentimento da gestante correspondem a 7% dos acórdãos analisados. Por muito tempo, a escolha de cesáreas pelas mulheres ocorria em razão da possibilidade de que fosse realizada a laqueadura. Em 1999, o Ministério da Saúde expediu a portaria nº 48, na qual proibiu que a laqueadura seja realizada nos períodos do parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde.

Apesar da normativa do Ministério da Sáude e do direito do planejamento familiar como decisão dos casais previsto no artigo 226, §7º da CF/88, foi possível identificarmos expressiva ocorrência desse fenômeno (7%). Observamos que, na maior parte dos casos, a laqueadura ocorrida sem consentimento era descoberta anos após sua realização. Nos casos nos quais o pedido da autora foi considerado improcedente, as principais fundamentações são de que não houve comprovação do nexo de causalidade, ou seja, não comprovação de que a laqueadura tenha sido realizada pelo polo passivo e, quando comprovada, que havia a necessidade, pois sua não realização representaria risco maior à saúde da gestante.

Nesse sentido, destacamos o seguinte acórdão:

> A autora, ora apelante, pleiteia indenização por danos morais, em razão de ter sido submetida a uma cesárea para ter o seu quarto filho e na oportunidade, com 23 anos, o médico efetuou laqueadura de suas trompas sem seu consentimento e conhecimento.
> Segundo alega, ficou sabendo da situação em 2004, quando teve dificuldade de engravidar, já que constituiu novo relacionamento e desejava ter mais filhos. Assim, pede indenização no montante de 1500 (um mil e quinhentos) salários mínimos.
> (...)
> O recurso não merece prosperar. Isto porque a apelante não logrou demonstrar que o médico do Hospital foi negligente ao realizar a laqueadura de trompas durante a realização da cesariana e, ainda, efetuada sem consentimento da autora. Logo, não há culpa na conduta do requerido passível de gerar a responsabilidade pela indenização dos danos sofridos pela autora. (SÃO PAULO, 2012)

O desrespeito à escolha do parto correspondeu à 6,4% dos acórdãos analisados. Esse dado foi obtido pelas informações constantes nos acórdãos de que a mulher não queria que fosse realizado determinado tipo de parto. Exemplificamos essa classificação com o seguinte trecho:

> Mesmo tendo as enfermeiras conhecimento do problema ocorrido na primeira gravidez, estas orientaram a demandante a "fazer força" para ajudar no parto, orientação que foi devidamente seguida até que esta última defecasse na cama. Acrescenta que as profissionais da saúde demoraram sobremaneira para limpá-la, não procedendo a qualquer exame de toque das 7h 50 min. às 12h e 45 minutos. Sustenta a postulante que **implorou para que não se realizasse parto normal**, o que, entretanto, não foi atendido, causando-lhe laceração mediana parauretral direita e esquerda, tendo de ser submetida à sutura das lacerações (RIO DE JANEIRO, 2010 - Grifo Nosso).

Conforme mencionamos no capítulo anterior, os índices de cesarianas realizadas no país estão bem acima do que o recomendado pela OMS, todavia, acreditamos que deve ser respeitada a autonomia da mulher no momento do parto, assim, o desrespeito à escolha do parto configura-se como uma violência, mesmo quando sua escolha é de que seja realizada a cesariana. No trecho acima destacado, observa-se que a mulher utiliza a palavra implorou em seu relato, evidenciando-se o seu sofrimento.

A negativa na cobertura do parto ocorreu em 5,2% dos casos e é visualizada nos casos em que o plano de saúde, por razões de carência, não cobre determinados procedimentos essenciais ao parto. Em regra, esses casos foram julgados procedentes, uma vez que os procedimentos de urgência ou emergência devem ser cobertos pelos planos de saúde.

O óbito materno foi verificado em 3,5% dos acórdãos. Cabe destacar que a redução da mortalidade materna está incluída no quinto objetivo do milênio, consistente na melhoria da saúde materna.

O relato da ausência do médico no hopital durante os períodos do parto correspondeu a 2,9% dos acórdãos analisados. Em regra, a ausência do médico acompanhou algum outro tipo de dano à mãe ou ao bebê.

A omissão de socorro foi visualizada em 1,7% dos acórdãos e ocorreu quando, apesar de presente o médico, houve negativa de atendimento.

A negativa ao direito ao acompanhamento apesar de proibida pela lei nº 11.108/05, conforme mencionamos no capítulo anterior, compreendeu 1,2% dos casos analisados.

Essa mesma taxa (1,2%) foi observada nos casos relacionados aos danos temporários ao bebê.

As intervenções sem o consentimento da mulher corresponderam a 0,6% da amostra analisada. Cabe aqui destacarmos trechos de um dos acórdãos, nos quais a mãe da criança teve seu útero retirado sem o seu consentimento.

> Alega a autora que, em 18 de março de 2000, foi internada às pressas no Conjunto Hospital do Mandaqui, sendo submetida à cesariana.

> Relata que teve complicações em seu quadro clínico - em decorrência da não cicatrizaçao do corte - tendo sido submetida a outras cirurgias e recebido alta somente no dia 17 de abril do mesmo ano, mas ainda em péssimo estado de saúde.
> Assim, em 13 de julho foi submetida a cirurgia de correção estética das anomalias causadas pelas cirurgias anteriores. Desconfiada de que algo não corria dentro da normalidade, submeteu-se a exame de ultrassonografia em 30 de novembro de 2000, constatando que seu útero fora retirado sem seu consentimento. (SÃO PAULO, 2007).

Destacamos que nesse caso a ação foi julgada improcedente com o argumento de que não houve comprovação da culpa do profissional de saúde, sendo o procedimento necessário à vida da paciente.

5 CONCLUSÃO

O objetivo geral da presente pesquisa consistiu na análise dos acórdãos dos Tribunais de Justiça relacionados à temática da violência obstétrica no contexto de diversas perspectivas que estabelecem as relações entre Direito e Gênero, principalmente no tocante ao acesso à justiça pelas mulheres. Buscamos trazer subsídios para que os Tribunais de Justiça possam melhor compreender sua atuação nesses casos e passem a julgar com uma perspectiva de gênero.

Ao realizar a busca exploratória com os termos episiotomia e "violência obstétrica" em todos os Tribunais de Justiça do país, já encontramos um dado importante, uma vez que nenhum acórdão foi localizado com o termo "violência obstétrica", apesar de ser este o termo amplamente utilizado pela bibliografia da área da saúde e dos movimentos pela humanização do parto.

Nesse mesmo sentido, após delimitarmos os Tribunais para a pesquisa, bem como as palavras-chave utilizadas, foi possível identificarmos que os referidos tribunais não enquadram a temática da violência obstétrica na categoria de "direitos reprodutivos", apesar de haver um esforço dos movimentos pela humanização do parto nessa inclusão.

Esses resultados podem demonstrar que a ausência de regulamentação legal da violência obstétrica faz com que as violências sofridas pelas mulheres sejam encaradas de forma pulverizada e não como uma espécie de violência de gênero.

A análise dos polos ativos das demandas que compõem a amostra estudada é possível extrair que a violência obstétrica representa uma das manifestações da violência de gênero, uma vez que 60,1% dos acórdãos analisados tiveram como polo ativo das demandas originárias a mãe. Esse dado torna-se ainda mais expressivo se somado com as ações nas quais a mãe figurou em litisconsórcio com outros membros da família, pois corresponde a 84,4% das ações.

Destacamos ainda a análise referente às violências sofridas pelo polo ativo, uma vez que a violência psicológica foi observada, de forma exclusiva, em 31,8% dos casos e se somada aos casos em que foi visualizada de forma conjunta com outras violências, foi encontrada em 87,8% dos casos.

A violência física também foi bastante expressiva uma vez que, apesar de apenas 5,4% dos pedidos serem exclusivamente relacionados à esse tipo de violência, quando analisados os casos de cumulação de pedidos, esse índice é de 47,1%.

No tocante aos danos materiais, o pedido exclusivo corresponde a apenas 1,4% das ações, porém esse número se torna mais expressivo quando somado às ações nos quais o pedido foi cumulado com outras formas de violência (45,4%).

Ao analisarmos os instrumentos processuais, podemos não apenas verificar as peças processuais analisadas pelos Tribunais de Justiça, mas também ao tipo de responsabilidade imposto aos polos passivos das demandas: penal ou cível. A maior parte das ações da amostra corresponde às apelações cíveis (88,5%), enquanto as apelações criminais representaram resultados pouco expressivos (3,4%). Esse resultado tem como possível causa, o fato de que não há tipificação criminal da violência obstétrica, dificultando sua inclusão em outros tipos penais.

Destacamos ainda os resultados referentes aos resultados dos acórdãos com relação ao polo ativo da demanda. Observamos que uma quantidade significativa das ações (41,9%) foi desfavorável. Esse resultado pode significar a necessidade de que os Tribunais passem a julgar de acordo com uma perspectiva de gênero, conforme analisado nas teorias de Gênero e Direito estudadas para que assim, as mulheres possam ter o reconhecimento pela via judicial de seus direitos e das violências sofridas.

A partir dos dados da presente pesquisa podemos observar a necessidade de que seja alcançado um dos principais objetivos dos movimentos pela humanização do parto, que é o reconhecimento jurídico da violência obstétrica, seja com sua tipificação na esfera cível, seja na esfera penal. A ausência de regulamentação específica no tocante à matéria traz inúmeras dificuldades na sua identificação e reparação, conforme observado na presente pesquisa. Ademais, a obtenção de direitos que protejam determinadas categorias sociais historicamente vulneráveis significa a responsabilidade coletiva da sociedade sobre essa categoria e, no caso específico da violência obstétrica, o respeito às mulheres. Isso porque, a violência obstétrica, conforme já mencionado, corresponde a uma violência de gênero, pois é baseada no controle da medicina e da ciência sobre o corpo da mulher, considerado como incapaz de parir de forma natural.

Ressaltamos também a importância da transversalidade de gênero nos processos decisórios do sistema de Justiça, ou seja, a incorporação da perspectiva de gênero como política pública não apenas nos âmbitos do executivo e legislativo, mas também do judiciário. Essa inclusão da transversalidade de gênero no Poder Judiciário é prevista em convenções internacionais e serve para fortalecer os direitos de gênero em todos os âmbitos de atuação do Poder Público e na tomada de decisões, de modo a reduzir as assimetrias presentes no discurso do Direito e dar substrato à construção de uma Justiça de Gênero.

A transversalidade de gênero deve ser incorporada no Direito com o objetivo não apenas de redução das assimetrias existentes nas decisões proferidas, mas também de ampliar e facilitar o próprio acesso à justiça das mulheres.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.* Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BARSTED, Leila Linhares. Lei Maria da Penha: uma experiência bem-sucedida de advocacy feminista. In: Campos, Carmen Hein (org.). *Lei Maria da Penha, comentada em uma perspectiva jurídico-feminista.* Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Sílvia Lúcia. *Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural.* Salvador: GRAFUFBA, 1999.

_____. *Humanização do parto e do nascimento.* Cadernos HumanizaSUS ; v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf >. Acesso em: 13.ago. 2015.

_____. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.* Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. P*arto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares.* Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 20.abr. 2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado.* Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia.* São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer Ribas. O “des”cuidado em saúde: a violência vísivel e invisível no trabalho de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2002.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.13 n. 5. Rio de Janeiro: Sept./Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017>.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomia em São Paulo.* Questões de Saúde Reprodutiva, 2006.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. *Parto normal ou cesárea/: o que toda mulher deve saber (e todo homem também).* Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.*, 19(2): 313-326, 2009.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 627-637, 2005.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo: 2002.

DOSSIÊ. *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”.* Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília: 2012. Disponível em: < http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

El DIARIO DE MISIONES. *Abrirán el primer Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina.* Argentina: 2015. Disponível em: < http://ht.ly/SF5bC>. Acesso em: 23. Set. 2015.

FACIO, Alda; FRIES, Lorena. Feminismo, género y patriarcado. *Revista sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, Buenos Aires, año 3, n. 6, p. 259-294, 2005.

FACIO, Alda. Hacia otra teoría crítica del derecho. In: HERRERA, Gioconda (Coord.). *Las fisuras del patriarcado, Reflexiones sobre Feminismo y Derecho.* Quito, Equador: FLACSO, 2000.

_____. *¿Igualdad y/o Equidad.* Nota para la igualdad n. 1. Politicas que transforman: una agenda de género para América Latina y el Caribe, 2011. Disponível em: <http://americalatinagenera.org/newsite/index.php/es/centro-de-recursos?title=Notas+para+la+Igualdad&search=enviado&keyword=&autor=&pais=&anio=&open=cri1383>. Acesso em: 06 jul. 2015.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad. Saúde Pública*, vol.7 n. 2. Rio de Janeiro: Apr./June 1991.

FMDH, Fórum Mundial de Direitos Humanos. *Violência obstétrica pede que tema seja incluído na carta do FMDH.* 2013. Disponível em: < http://fmdh.sdh.gov.br/index.php/noticias/302-violencia-obstetrica-pede-que-tema-seja-incluido-na-carta-do-fmdh>. Acesso em: 14 jul. 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto.* São Paulo: 2010. Disponível em: < http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>. Acesso em: 14. Jun. 2015.

GIBBONS, Luz et. at. *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>. Acesso em: 20. set. 2015.

GROSSI, Patrícia Krieger. *Avanços e desafios da Lei Maria da Penha na garantia dos direitos das mulheres no RS.* Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis: 2012. Disponível em: < http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386620845_ARQUIVO_PatriciaKriegerGrossi.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde e Doença.* Tradução: Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.9 n.3. Ribeirão Preto: Mai. 2001.

LEÃO, Viviane Murilla; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de. O papel da doula na assistência à parturiente. *REME: Revista Mineira de Enfermagem.* 10(1): 24-29, Belo Horizonte: jan./mar., 2006.

MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 406.288-6. Relator: Des. Albergaria Costa. Belo Horizonte. J. em: 15 out. 2003.

NASCER NO BRASIL. *Projeto - Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.* Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>. Acesso em: 20. Jul. 2015.

ODENT, Michel. *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto.* Tradução: Sarah Bauley. São Paulo: Editora Ground, 2003.

OMS. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas,* 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. *Acesso em: 20. jun. 2015.*

OSAVA, Ruth Hitomi. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico*. Tese (Doutorado em saúde pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.* Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2007.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev. Bras. Anestesiol.* vol.61, n.3. Campinas: Mai./Jun. 2011.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; BESSA, Gina Hunter de; FONSECA, Maria do Carmo. *Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte.* XI Encontro Nacional de Estudos populacionais da ABEP, 1998. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a126.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2015.

REVOREDO, Marisol Fernández. Usando el género para criticar al Derecho. *Revista de la Facultad de Derecho PUCP*. N. 59, p. 357-369. Lima, Peru: 2006.
ONU MUJERES. *El progreso de las Mujeres en el mundo: En busca de la Justicia,* 2011-2012.

RIO DE JANEIRO, Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Agravo inominado em apelação cível n.º 0087049-04.2005.8.19.0001. Relator: Des. Mauro Dickstein. Rio de Janeiro. J. em: 19 ago. 2014.

_____. Apelação nº 0068413 - 53.2006.19.0001. Relator: Des. Alexandre Freitas Câmara. J. em 18 ago. 2010.

_____. Apelação cível n.º 0122777-09.2005.8.19.0001. Relator: Des. Gabriel Zefiro. Rio de Janeiro. J. em: 07 mar. 2012.

_____. Apelação cível n.º 2008.001.28159. Relator: Des.Roberto de Abreu e Silva. Rio de Janeiro. J. em: 05 ago. 2008.

RUIZ, Alice. Cuestiones acerca de Mujeres y Derecho. *Revista Aportes.* Buenos Aires, Argentina, n. 25, p. 115-121, 2009.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.* Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

SÃO PAULO, Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0333802-04.2009.8.26.0000. Relator: Des. Silvia Sterman. J. em 3 jun. 2014.

_____. Apelação nº 296.280-5/0-00. Relatora: Des. Vera Angrisani. J. em 11 set. 2007.

_____. Apelação nº 3000651-68.2013.8.26.0634. Relator: Des. Sidney Romano dos Reis. São Paulo. J. em: 22 jun. 2015.

_____. Apelação nº 455.553-4/1-00. Relator: Des. Sebastião Carlos Garcia. São Paulo. J. em 11 dez. 2008a.

_____. Apelação nº 473.357-4/9-00. Relator: Des. A. C. Mathias Coltro. São Paulo. J. em 16 set. 2009.

_____. Apelação nº 547.533-4/6-00. Relator: Des. Morato De Andrade. São Paulo. J. em 29 jul. 2008b.

_____. Apelação n° 9187209-81.2008.8.26.0000. Relator: Des. Adilson de Andrade. São Paulo. J. em 20 mar. 2012.

SEVERI, Fabiana Cristina. Direitos Humanos das mulheres e a Transversalidade de gênero no sistema de Justiça. *Revista de Estudos Jurídicos*, Franca, v. 15, n. 22, p. 325-338, 2011.

_____. Violência e discriminação contra as mulheres e o acesso à justiça: algumas considerações sobre os desafios em se construir uma Justiça de Gênero. In: PONZILACQUA, Márcio Henrique Pereira (Org.). *Violência Doméstica, Agressão Sexual e Direito: da constatação ao enfrentamento pela perspectiva transdisciplinar*. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2013.

SMART, Carol. La teoría feminist y el discurso jurídico. In BIRGIN, Haydée. *El derecho em el gênero y el gênero en el derecho.* Buenos Aires: Editorial Biblos, 2000, p. 31-71.

SUPREMA CORTE DE JUSTIÇA DO MÉXICO. *Protocolo para jusgar con perspectiva de género: haciendo realidad el derecho a la igualdad.* México: 2013.

WILLIAMS, Patricia. "La Dolorosa prisión del Lenguaje de los Derechos". In: *La Crítica a los Derechos*. Bogotá: Uniandes, Instituto Pensar y Siglo del Hombre Editores, p. 43–74. 2003.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

ANEXO A – PLANILHA DE ASSUNTOS DOS ACÓRDÃOS

Assunto	**Quantidade de acórdãos**
Ausência do médico	1
Dano ao períneo e dano permanente à mãe	1
Dano permanente à mãe e laqueadura sem consentimento	1
Dano temporário à saúde do bebê	1
Desrespeito à escolha do parto e dano ao períneo	1
Desrespeito à escolha do parto e dano permanente à mãe	1
Desrespeito à escolha do parto, dano permanente à mãe e dano temporário ao bebê	1
Intervenção sem consentimento	1
Negativa de cobertura e óbito fetal	1
Óbito fetal e ausência do médico	1
Óbito fetal e dano permanente à mãe	1
Óbito fetal e dano temporário à mãe	1
Óbito fetal e desrespeito à escolha do parto	1
Óbito materno e ausência de médico	1
Ausência do médico e dano permanente ao bebê	2
Dano ao períneo e dano temporário à mãe	2
Dano ao períneo e desrespeito à escolha do parto	2
Negativa ao acompanhante	2
Óbito materno e óbito fetal	2
Óbito materno	3
Omissão de Socorro	3
Dano ao períneo e dano permanente ao bebê	4
Desrespeito à escolha do parto	5
Negativa de cobertura	8
Dano temporário à mãe	10
Laqueadura sem consentimento	11
Dano permanente à mãe	14
Óbito fetal	15
Dano permanente ao bebê	23
Dano ao períneo	28
Total	**148**