GEORGIA PENA MANSUR BUMLAI

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL

Curso de Direito
Faculdade Armando Alvares Penteado
São Paulo
2019

GEORGIA PENA MANSUR BUMLAI

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL

Monografia apresentada o Curso de Direito da Faculdade Armando Álvares Penteado como requisito parcial para a obtenção o título de bacharel, sob a orientação do Prof. Maria Ligia Coelho Mathias.

Curso de Direito
Faculdade Armando Alvares Penteado
São Paulo
2019

RESUMO

Este trabalho monográfico visa analisar a violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, apontando os desdobramentos do tratamento da legislação e tribunais brasileiros sobre esse importante tema jurídico. A pesquisa do presente trabalho é de caráter bibliográfico que se concentrou na leitura, análise da doutrina, legislações, julgados e documentos. Busca também abordar os aspectos conceituais e as consequências da violência obstétrica; os indicadores no Brasil e no mundo dessa prática; elencar a proteção legal para a mulher na condição de parturiente; avaliar o disposto nos acordos e conferências sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher; apontar como o direito civil contempla a prática da violência obstétrica. Além disso, o objetivo do estudo e desenvolvimento deste trabalho não é classificar que a parturiente de acordo com o tipo de parto escolhido, em vista que em todas as modalidades pode-se ocorrer a violência obstétrica. A ideia é que sejam identificados os direitos da parturiente: seu direito de escolha do parto, direito a ter acompanhante, direito de não sofrer lesões, direito de não ficar isolada, direito de amamentar seu filho nos primeiros minutos de vida, direito de ter acesso à informação médica e hospitalar, dentre outros direitos. Objetiva ainda que as mulheres, como sujeito de direitos merecem e devem ser protegidas, acolhidas, amparadas, e esclarecidas para que no momento do parto haja segurança, respeito, dignidade, cerceando o abuso, coação e desrespeito.

Palavras-chave: Violência. Obstétrica. Parturiente. Parto. Direito. Mulher. Feto. Feminismo

ABSTRACT

This monographic work aims to analyze the obstetric violence in the Brazilian legal system, pointing out the developments of the treatment of the legislation and the Brazilian courts on this important theme legal. The research of the present work is the character of literature focused on the reading, analysis of the doctrine, laws, courts and documents. Search also address the conceptual aspects and the consequences of obstetric violence; the indicators in Brazil and in the world of this practice; to state the legal protection for women in conditions of a woman in travail; evaluate the provisions of the agreements and conferences on sexual and reproductive rights of women; to show how the civil law includes the practice of obstetric violence. In addition, the aim of the study and the development of this work is not to classify the patient according to the type of delivery chosen, in view that in all the modes can occur in the obstetric violence. The idea is that they identify the rights of the mother: her right to choose childbirth, the right to have a companion, right not to suffer injuries, the right not to be isolated, the right to breastfeed your child in the first minutes of life, right of access to information of medical and hospital care, among other rights. Lens still that women, as a subject of rights deserve and should be protected, welcomed, supported, and clarified that at the time of delivery there is safety, respect, dignity, prevents abuse, coercion, and disrespect.

Keywords: Violence. Obstetric. Parturient. Give Birth. Right. Woman. Fetus. Feminism

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. ASPECTOS SOBRE A VIOÊNCIA OBSTÉTRICA	7
2.1 Abordagem histórica e a institucionalização do parto	8
2.2 Legislação Estrangeira	11
2.3 Procedimentos de caráter físico	14
2.4 Procedimentos de caráter psicológico.....	17
2.5 Procedimentos de caráter sexual	20
2.6 Procedimentos de Caráter Institucional.....	26
3. A VIOÊNCIA OBSTÉTRICA	34
3.1 A Violência Obstétrica e a Constituição Federal	35
3.2 Responsabilidade Civil	37
3.2.1 Responsabilidade Civil Objetiva e Subjetiva	38
3.3 Aplicações do Direito do Consumidor	40
4. RESPONSABILIDADE CIVIL NA VIOÊNCIA OBSTÉTRICA	46
4.1 Entre o Médico e a Paciente	46
4.2 Entre o Médico, o Hospital e a Paciente.....	50
4.3 Responsabilidade dos Enfermeiros, Prepostos e outros Empregados do Estabelecimento Hospitalar	53
4.4 Empresas de Assistência Médica (Convênios Médicos e Planos de Saúde).....	55
4.5 Responsabilidade da Administração Pública como garantidor de Direitos	59
5. DO DEVER DE INDENIZAR.....	62
5.1 Lesão Corporal Leve	62
5.2 Lesão Corporal Grave	64
5.3 Dano Estético	65
5.4 Indenização em caso de Homicídio.....	67
5.4.1 Indenização nos casos de morte do filho menor	68
5.4.2 Indenização nos casos de morte da parturiente	70
REFERÊNCIA.....	75

1. INTRODUÇÃO

O trabalho monográfico pretende analisar a violência obstétrica no contexto brasileiro e sua responsabilização civil. Observa-se que esse tipo de violência contra a mulher em seu período gestacional ocorre em pelo menos três momentos: na gestação, no parto, e no atendimento em situações de abortamento. O Brasil é considerado hoje na ordem mundial o pioneiro em cesarianas desnecessárias, números bem maiores que o recomendado pela OMS. A violência obstétrica pode ser caracterizada de inúmeras maneiras, tais como quando há negligência em relação a um tratamento de qualidade ou a imposição de tratamentos desnecessários e as sequelas em consequência de humilhação, xingamento proferidos contra a gestante; a negação de atendimento ou a imposição de dificuldades no atendimento do pré-natal; e comentários constrangedores em relação a raça, etnia, situação econômica, e sua religião. No momento do parto a violência obstétrica ocorre quando há uma peregrinação por leito devido a recusa na admissão da parturiente; quando se recusa à gestante a presença do acompanhante; quando se realiza procedimentos que incidem contra o corpo da mulher causando dor física; cesariana sem recomendação clínica e sem o consentimento da mulher. Essas são algumas circunstâncias e ações que caracterizam violência obstétrica no momento do parto. Há ainda a violência obstétrica contra a parturiente em situações de abortamento. Observa-se que as complicações no parto são uma das maiores causas de morte entre as mulheres, nas situações de abortamento a violência obstétrica caracteriza-se quando: negar ou demorar no atendimento à mulher; questionar sobre as razões do abortamento; ameaçar, acusar ou culpar a mulher, etc. Essas são algumas práticas que constituem como violência obstétrica contra a mulher. Com base nessa concepção, muitos países já reconheceram esta forma de violência como crime, a exemplo da Argentina e Venezuela.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), denomina a violência obstétrica como um “crime cometido contra as mulheres, e como tal deve ser prevenido, punido e erradicado”.

2. ASPECTOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O termo assusta – e com razão. Embora nem todas as mulheres estejam familiarizadas com o assunto, muitas já foram vítimas desse tipo de agressão, que pode ser física ou verbal, durante o parto ou até mesmo no pré-natal.

Violências caracterizadas por xingamentos, recusa de atendimento, realização de intervenções e procedimentos médicos não necessários, como exames de toque a todo instante, grandes episiotomias ou cesáreas desnecessárias. Isso só para citar alguns dos exemplos dessa enorme lista.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo¹, fundada nas previsões legislativa do ordenamento Argentino e da Venezuelano, conceitua violência obstétrica como sendo a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde que, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causa a parturiente perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida.

Desta maneira, a violência obstétrica consiste na conduta inapropriada praticada por instituições hospitalares e/ou por profissionais de saúde, que praticam atos sejam físicos ou psicológicos.

A Constituição Federal garante as mulheres os mesmo direitos e deveres dado ao homem, porem mesmo tendo conseguido espaço dentro da sociedade atual, a mulher ainda é vítima de inúmeras modalidades de violência.

“Normalmente acontece quando os interesses do profissional de saúde ou da instituição são colocados acima dos direitos da paciente”, explica Raquel Marques, diretora-presidente da Artemis², ONG que visa melhorar a qualidade de vida e aniquilar todas as formas de violência contra a mulher.

¹ Anexo 1: Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – VIOLÊNCIA OBSTETRICA, GESTACAO E PARTO.

² ARTEMIS. **Violência Obstétrica**. Disponível em:<<https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>> Acesso: 29/09/2018.

Há várias situações, como a cesariana sem indicação clínica. Às vezes, acontece uma violência psicológica junto – a equipe ameaça, diz que se a mulher ‘não colaborar’ ela e o filho vão morrer(...). Há uma linha muito tênue. Eventualmente, se a mulher se coloca contra um procedimento, ela realmente pode correr risco de vida, mas esse tipo de argumento costuma ser usado de maneira equivocada, como pressão”, alega Raquel.

Até mesmo a separação do bebê saudável e da mãe no pós-parto pode ser considerada uma forma de violência obstétrica. Assim como ter a entrada de um acompanhante barrada no trabalho de parto ou não receber analgésico quando solicitada.

2.1 Abordagem histórica e a institucionalização do parto

O parto é um fenômeno mobilizador, é o dom da vida concedido a mulher. As primeiras civilizações acrescentaram a este fato inúmeros significados culturais que através de gerações passaram por várias transformações resultantes da regularização do parto, dos avanços industriais e tecnológicos e do desenvolvimento (ou não) da medicina.

Antigamente, o parto era considerado uma etapa única na vida da mulher, que realizava sem nenhum auxílio ou ajuda vinda de outras pessoas, ou seja, nessa época o parto possuía uma natureza íntima e privada.

No entanto, as experiências adquiridas durante o trabalho de parto foram sendo compartilhadas entre as mulheres, com o objetivo de passar os conhecimentos acerca do nascimento, surgindo, daí as mulheres conhecidas popularmente como parteiras, comadres ou mesmo de curandeiras.

Insta ressaltar que a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente da mulher, não sendo admitido qualquer tipo de participação do homem. Estas assistentes detinham conhecimento prático e, por conta disso, auxiliavam a parturiente em todo o seu trabalho de parto que era realizado em ambiente domiciliar.

Com o avanço da medicina, em especial na área da obstetrícia e não obstante a área da ginecologia, o parto natural, que nada mais é que a valorização da parturiente na condução do processo, foi sendo, drasticamente, substituído por procedimentos médicos. Então, a profissão de parteira praticamente desapareceu, em razão da utilização de instrumentos que não eram apropriados com suas condições econômicas, bem como não detinham conhecimento sobre as novas técnicas médicas.

Consequentemente foi admitida a intervenção masculina e a troca do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, tornando-se um evento médico-institucional.

Quando se deparavam com situações complicadas e perigosas havia a intervenção médica, e, tais profissionais por se julgarem detentores do conhecimento científico assumiram o controle da assistência ao parto, sendo cada vez mais comum a intervenção médica e a utilização de instrumentos considerados invasivos durante o trabalho de parto.

É indiscutível que a mulher passou a ser submissa a tais condutas, pois cética com a sua vocação biológica, passou a se submeter às técnicas institucionais, renunciando sua autonomia no processo gestacional. Tudo isso em decorrência das falsas “seguranças” dos procedimentos intervencionistas.

No Brasil, durante a década de 40, foi desenvolvido o primeiro processo de iniciativa de saúde pública dirigida à mulher, baseada no papel social de mãe e mulher doméstica, responsável pela casa, pelo marido e pela criação dos filhos.

Na década de 50 foi criada uma cartilha denominada “Melhores Mães”³, com o objetivo de fazer as mulheres serem mães melhores, visando que o papel da maternidade desempenhado pela mulher era o mais importante na sociedade, devendo a criação dos filhos ser o papel mais significativo para mulher em relação ao desenvolvimento econômico do país.

Na década de 70 há um foco maior na equidade, sendo o tema na Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985). O objetivo era incluir as mulheres no processo de desenvolvimento, atentando à sua autonomia política e econômica e com a atenuação da desigualdade com os homens.

³ Anexo 2: Cartilha das mães. Publicada por Livraria Francisco Alves, 1938.

No ano de 1975 é criado o Programa Materno-Infantil onde planejava integrar cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério, porém assim como todo programa desarticulado apresentou um baixo impacto na saúde da mulher.

Todavia, apesar da contribuição da tecnologia na área da obstetrícia, fica evidente que as ações intervencionistas e medicalizadoras disponíveis no cenário hospitalar, geralmente utilizadas para justificar a ação de tais condutas, não têm se mostrado satisfatória no tocante a redução da mortalidade materna e perinatal.

Na década de 80, onde o movimento feminista brasileiro estava no auge, os programas destinados à saúde mulher são fortemente reprovados, dado que as mulheres tinham acesso à alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem auxílio na maior parte da vida.

De princípio, a preocupação baseava-se na assistência do parto, posteriormente, em decorrência da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciou-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal de reduzir a mortalidade infantil.

No ano de 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.⁴

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de articular com outras áreas técnicas e de propor novas ações para a atenção das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.⁵

⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, Brasília, 1984. Disponível em:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf?fbclid=IwAR0QLoAL4S4fGtyVj-RCzHqciJevrRTb0cxQAcvsjrty3PePkRACGeXGK0>> acesso 02/10/2018.

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf?fbclid=IwAR2C7K MSid6c MHom63GNy56EYxCmaJNwwyKXGgloT6SvJF7 uSJccR0g7U> acesso 29/09/2018

Nesse sentido no ano de 2011, o Ministério da Saúde em parceria com diversos setores presentes na sociedade, passou a defender o movimento em prol das mulheres além da humanização do parto, estendendo-se a prioridade do processo fisiológico da mulher com a diminuição da intervenção médica, pois os aspectos científicos e tecnológicos não são descartados, pelo contrário, são incentivados, desde que não sejam utilizados de forma indiscriminada, elaborando desta maneira a reimpressão da antiga política trazendo uma série de mudanças e dando o nome de “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes”.⁶

2.2 Legislação Estrangeira

Se até alguns anos atrás o tratamento rude e as invasões médicas eram aceitas pelas mulheres e famílias sem serem contestadas, nos dias de hoje, a situação está começando a mudar.

De acordo com a lei promulgada na Venezuela, em 2007, Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia⁷, que trata da violência cometida contra as mulheres e suas derivações, entendendo ser a violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional da saúde, que é expresso em um tratamento desumanizante, um abuso de medicalização⁸ e patologização⁹ de processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres:

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf acesso 29/09/2018.

⁷ Anexo 3 – Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

⁸ Medicalização- derivação fem. sing. de medicalizar - em Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.

⁹ Patologização - ato ou efeito de patologizar, de transformar em doença ou anomalia, mesmo que não seja- em Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.

Artículo 15. [...]

Violencia obstétrica: Se entiende por 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.

Neste sentido, com a finalidade de abordar e esclarecer o tema, o documento elaborado pela Rede Parto do Princípio, “Parirás com dor”,¹⁰ define a violência obstétrica como atos “praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnicos-administrativos de instituição pública e privada, bem como civis”.

Seguindo essa linha de raciocínio, conclui-se que a violência obstétrica é definida como qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, levando à apropriação indevida do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres seja direta ou indiretamente, sendo através do tratamento desumano e abuso que transforma o parto em uma experiência dolorosa, além da perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, abalando de forma negativa a qualidade de vida das mulheres, em vista de que nada mais é do que um processo natural.

No Brasil, uma em cada quatro mulheres já sofreram algum tipo de violência durante o trabalho de parto e pós-parto, ou seja, 25% (vinte e cinco por cento) das mulheres já sofreram a violência obstétrica durante toda a sua gestação, conforme

¹⁰ SENADO. **Violência Obstétrica**. Parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres. 2012. p.60 Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso: 05/11/2018.

pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado¹¹”, realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC (Serviço Social do Comércio). Assim, a pesquisa mostra que várias gestantes brasileiras foram desrespeitadas com repreensões, humilhações e gritos, além da recusa de alívio de dor, algumas ainda foram obrigadas a passar por procedimentos indevidos ou realizações de exames dolorosos e contraindicados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já se posicionou a respeito do tema e publicou um documento sobre a prevenção e erradicação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto. A discussão é importante porque, ainda hoje, muitas mulheres continuam sendo vítimas de violência justamente no momento em que estão mais vulneráveis.

No momento em que está parindo, é muito difícil reagir. A mulher já está fragilizada e com dor. Eventualmente há mulheres que conseguem ser firmes, mas são casos raros. Por isso é importante ter sempre um acompanhante no momento do parto. Uma pessoa ao lado da gestante já inibe alguns tipos de violência, só pelo fato de estar ali.¹²

O direito de ter um acompanhante está assegurado pela Lei 11.108¹³, que existe desde 2005. Mesmo assim, ainda há vários hospitais que continuam não permitindo a entrada e afirmam não ter condição de receber esse acompanhante. Esse tipo de instituição nem deveria estar aberta, porque não atende os requisitos da lei.

A mulher tem direito à livre escolha de quem vai acompanhá-la. Pode ser homem ou mulher. Barrar o acompanhante já é uma forma de violência, porque é um direito sendo negado.

¹¹ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf> – Acesso: 05/11/2018.

¹² WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=507E9245D8B6263C0AAFD74A1947B949?sequence=1>> - Acesso: 05/11/2018

¹³ BRASIL. **Lei Nº 11.108**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso: 05/11/2018.

Segundo relatos no dossiê violência obstétrica é violência contra a mulher

[...]

“Todos os funcionários disseram: ‘Acompanhante só para quem paga quarto’”

[...]

“A maternidade alegou que o SUS não pode ter acompanhante. Mas se eu quisesse muito, eu poderia pagar o parto todo particular para ter acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Disseram que é só R\$ 1.500,00. Pagar 1.500,00 para ter acompanhante entendeu?”

[...]

“Quando o médico chegou, pedi para deixar meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse: ‘Então eu vou embora e você faz o parto’.

[...]

“Eu fiquei lá, sem acompanhante. Fiquei internada 5 dias, não tinha ninguém pra ajudar. Ainda lembro das coisas horríveis que disseram para mim. Não desejo isso para ninguém”.¹⁴

2.3 Procedimentos de caráter físico

Os procedimentos de caráter físico são aqueles atos exercidos diretamente sobre o corpo da mulher.

Exemplos: privação de alimentos, impedindo à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando indicada.

Desses, podemos citar a manobra de Kristeller, como sendo um procedimento prejudicial e lesivo ao corpo da mulher e ao bebê. Trata-se de uma ação obstétrica executada durante o trabalho de parto que consiste em prensar com força a parte superior do útero com a finalidade de agilizar a saída do bebê pelo canal vaginal.

A manobra, no entanto, quando foi desenvolvida não havia e nem há uma comprovação científica aprovando o uso e benefício.

Atualmente, há estudos que demonstram as consequências da realização desta técnica a parturiente e ao bebê, sendo recomendada a extinção da prática na realização dos partos. Porém, a manobra ainda é frequentemente realizada.

¹⁴ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. Disponível em:< <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

Quando foi desenvolvida sem embasamento científico, essa manobra era executada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Nos dias de hoje, dispomos de diversos estudos que comprovam as graves complicações da prática desse procedimento e ainda assim essa técnica é regularmente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho.

De acordo com uma pesquisa realizada pela Fiocruz, “Nascer no Brasil”¹⁵, Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, a manobra de Kristeller foi praticada em 36% (trinta e seis por cento) dos partos vaginais, demonstrando um desacordo entre as recomendações sugeridas.

O Ministério Público Federal em São Paulo (MPF/SP) recebeu uma denúncia de uma gestante que deu à luz no hospital de Pedreira, relatou ter sofrido dores extremas ao ser submetida à “manobra de Kristeller”. Segundo a mulher, um dos médicos que a atendeu subiu duas vezes sobre suas costelas para fazer peso e tentou empurrar o bebê com os punhos fechados.

O Hospital Geral de Pedreira OSS, na Vila Campo Grande, zona sul da capital paulista, reconheceu que a chamada manobra de Kristeller, como uma forma de violência contra as parturientes e extinguiu a prática na realização de partos, atendendo a recomendação do Ministério Público Federal em São Paulo (MPF/SP).

A técnica causava lesões graves à mãe e ao bebê, como fratura de costelas, deslocamento de placenta e traumas encefálicos.

No que diz respeito à cesariana eletiva sem uma indicação clínica, também denominada de cesariana desnecessária, também é considerado procedimento negativo à parturiente.

A cesárea eletiva é uma intervenção cirúrgica realizada sem necessidade, podendo ser agendada e normalmente realizada antes do início do trabalho de parto ou durante o trabalho de parto, sem qualquer tipo de urgência ou emergência.

¹⁵ NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Disponível em:<<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>> Acesso: 07/11/2018.

O Brasil ocupou, até há pouco, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas¹⁶, perdendo lugar para a República Dominicana que alcança a margem de 58,1% enquanto o Brasil apresenta 55,5%.

A diferença é gritante quando observamos a porcentagem das cesárias eletivas na região da África Subsaariana com 4,1% em relação a região da América Latina e Caribe com 44,3%.

Além dos países já mencionados, destaca-se também a Venezuela com 52,4%, Chile com 46%, Colômbia com 45,9%, Paraguai com 45,9%, Equador com 45,5%, México com 40,7% e Cuba com 40,4 %.

Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas realmente fundadas tem um grande potencial de reduzir a mortalidade materna e perinatal, o exagero de sua prática tem efeito contrário, inclusive por consumir recursos do sistema de saúde.

Segundo indicações da Organização Mundial da Saúde¹⁷, a cesárea deveria ser uma intervenção utilizada somente para salvar a vida de mães e de bebês e/ou quando indicada por motivos clínicos. No entanto, não é o cenário apresentado no Brasil, a utilização de cirurgias cesarianas sofreu um grande aumento, sendo que muitas das vezes não seria indicada clinicamente, ignorando o índice recomendado de 15% pela OMS. Analisando de maneira quantitativa a taxa de cesáreas, a pesquisa realizada pela Agência Nacional de Saúde, registrou que 55% (cinquenta e cinco por cento) dos partos realizados no país são cesárias eletivas, bem como na saúde suplementar, chegando ao índice de 88%, e na rede pública de 46%.

Além disso, a pesquisa “Nascer no Brasil”¹⁸ afirma, que a cirurgia cesariana aumenta o risco de morbidade respiratória leve e grave, aumenta também o risco de internação, além do óbito da gestante bem como do bebê. Para a gestante, esta cirurgia é um fator de risco quando não recomendado, sendo acometido pela ocorrência de

¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3> Acesso 07/11/2018.

¹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3> Acesso 07/11/2018.

¹⁸ NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>> Acesso: 07/11/2018.

hemorragia, infecção e óbito materno e nas gestações subsequentes para o desenvolvimento de uma placentação anormal e ocorrência de óbito fetal.

Neste sentido, o dossiê “Parirás com dor” indica que:

[...] existe uma alta proporção de cesáreas eletivas sendo realizadas antes das 39 semanas. E que pode ser atribuída a uma série de fatores, incluindo o desejo da mulher em retirar o bebê assim que atingisse o tempo de ser considerado “a termo” e o desejo do obstetra em agendar a cirurgia à sua própria conveniência. Esses nascimentos foram associados com um aumento evitável de mortalidade neonatal e internação em UTIn, que demanda um alto custo financeiro.¹⁹

Outra justificativa para a realização do parto cesáreo é no alto índice de falta de informação para as mulheres sobre as possíveis consequências desta intervenção cirúrgica. A falta de informação é um problema social, as mulheres estão extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas questionáveis, submetendo-se a uma cirurgia de grande porte com riscos e complicações.

Por razões evidentes e reguladas no próprio Código de Ética Médica, os médicos têm o dever esclarecer as gestantes sobre os riscos de se submeter a uma cesárea eletiva, em relação ao parto normal.

2.4 Procedimentos de caráter psicológico

Os procedimentos de caráter psicológico, por sua vez, consistem em “toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”.²⁰

¹⁹ SENADO. **Violência Obstétrica**. Parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres. 2012.p.112 Disponível em:<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso: 05/11/2018.

²⁰ SENADO. **Violência Obstétrica**. Parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres. 2012.p.60 Disponível em:<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso: 05/11/2018.> Acesso: 07/11/2018.

Por exemplo: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Porém esse tipo de conduta é despercebida aos olhos da própria mulher que sofreu referida violência, não se reconhecendo como vítima.

A falta de esclarecimentos ou informações a parturiente integra esse rol de violência obstétrica de caráter psicológico, em vista de que a realização de determinados atos sem o consentimento da mulher.

O dossiê elaborado pela rede “Parto do Princípio”²¹ e a Cartilha Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher²² trazem diversos relatos de mulheres que foram subordinadas a diversos exames sem serem avisadas e informadas sobre sua necessidade:

“Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: ‘na hora de fazer tava gostoso, né?’. Nessa hora me senti abusada”.

[...]

“Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para ‘pegar’. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer”.

[...]

“Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.”

[...]

“Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: ‘Tchau! Até o ano que vem!’. Estranhei, e

²¹ SENADO. **Violência Obstétrica**. Pariras com dor. Dossiê elaborado pela Rede do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres. 2012. Disponível em:<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso: 05/11/2018.> Acesso: 07/11/2018.

²² Anexo 4 - SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. Disponível em:< <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: ‘Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.’ Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa.”

[...]

“Não chora não, porque ano que vem você está aqui de novo.”

[...]

“Cala a boca! Se continuar gemendo, ninguém vai vir te atender.”

[...]

“Você não sabe nem se limpar?”

[...]

“Se gritar, seu filho vai nascer surdo!”

[...]

“Não sabia que doía? Por que não pediu uma cesárea?”

[...]

“E esses peitos ninguém merece!”

[...]

“No ultrassom estava tudo normal. Mas a médica disse que tinha que marcar a cesárea porque ‘pode ser que não tenha mais nenhuma gota de líquido lá dentro’. Eu não entendi, e ela só explicou que ela estudou muitos anos de medicina”.

[...]

“Eles não explicam nada. Até agora eu não sei como vou saber quando é hora de ir para a maternidade”.

[...]

“Eles fazem o trabalho deles, mas eu não sei nem explicar. É como se a gente fosse uma coisa, um trabalho e não um ser humano que precisa de informação, que precisa saber o que está acontecendo com ele”.

[...]

“Mãezinha, o que adianta eu explicar? Por acaso você vai entender?” foi o que o médico me respondeu quando eu pedi explicação do procedimento que iam fazer em mim.”

2.5 Procedimentos de caráter sexual

Quanto aos procedimentos de caráter sexual são ações que violam a intimidade ou o pudor da mulher, “incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.”²³

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

Dentre esses exemplos de procedimentos agressivos à sexualidade da mulher, a episiotomia merece ter uma atenção em especial.

[...]

“Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relações sexuais.”²⁴

A episiotomia, também denominada de “pique”, ou ainda de ponto do marido é procedimento realizado na região do períneo, cortando uma área muscular entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto e “prevenir que ocorra uma laceração irregular durante a passagem do bebê”. A incisão é feita durante o parto normal, com indicação de utilização de uma anestesia local, porém não é o que realmente ocorre.

²³ SENADO. **Violência Obstétrica**. Pariras com dor. Dossiê elaborado pela Rede do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres. 2012.p.60. Disponível em:<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso: 05/11/2018.

²⁴ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.5. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

[...]

“Chorei na hora do corte e depois chorei do primeiro ao último ponto. Depois que nasceu, aplicaram anestesia. A anestesia não pegou e costuraram mesmo assim.”²⁵

[...]

“Se for para fazer analgesia de parto, o anestesista não vem. Ele mora a 30 km daqui”.²⁶

Esse procedimento é realizado diariamente, sem a orientação da Organização Mundial de Saúde²⁷, ou seja, é considerado um procedimento cirúrgico comum, tornando-se uma manobra seletiva e não sistemática, que ainda vem sendo realizada sem qualquer tipo de avaliação sobre os critérios científicos necessários e sua real segurança. É o que fica evidente no relato histórico da finalidade da intervenção da episiotomia, pela Dra. Melania Maria Ramos de Amorim e a Dra. Leila Katz, em “O papel da episiotomia na obstetrícia moderna”²⁸, no XIII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia:

A episiotomia consiste na incisão do períneo para ampliar o canal de parto e sua prática foi historicamente introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould (1742), obstetra irlandês, para ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. Em 1847, Dubois sugeriu a realização de uma incisão oblíqua no períneo, modernamente conhecida como

²⁵ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.8. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

²⁶ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.8. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

²⁷ SNS – Serviço Nacional de Saúde. **Parto Novas recomendações da OMS**. Disponível em:<<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>> - Menos interferência no trabalho de parto por forma a acelerá-lo. - Acesso: 09/11/2018.

²⁸ AMORIM, Melania Maria Ramos; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna**. Disponível em:<<http://livrozilla.com/doc/1190907/o-papel-da-episiotomia-na-obstetr%C3%ADcia-moderna>> - Acesso:07/11/2018.

episiotomia médio-lateral. Entretanto, o procedimento não ganhou popularidade no século XIX, em função da falta de disponibilidade de anestesia e das altas taxas de infecção.

O procedimento tornou-se conhecido no século XX em diversos países, sobretudo nos Estados Unidos da América e países latino-americanos, entre eles o Brasil. Foi o momento em que o nascimento, como um processo normal requerendo o mínimo de intervenção foi substituído pelo parto como um processo cirúrgico e hospitalar, requerendo intervenção médica para prevenir lesões maternas e fetais.

A popularidade da episiotomia se deu a partir das recomendações de obstetras famosos, como Pomeroy e DeLee²⁹. Sendo que na década de 1920, apresentou um tratado (The Prophylactic Forceps Operation³⁰) em que propõe a episiotomia sistemática e fórceps de alívio a todas as parturientes. A partir dessa época até os dias de hoje, se tem a ideia de que a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do “assoalho” pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto.

Alguns escritores mencionam que a prática da episiotomia aumentou consideravelmente a partir da década de 1950 pois muitos médicos realizavam tal procedimento, reduzindo significativamente o período expulsivo, permitindo-lhes atender rapidamente à grande demanda de partos hospitalares, às vezes simultâneos.

[...]

“Meu médico me disse: ‘você não queria um parto normal? Agora aguenta. Se você não queria sentir dor, tinha que ter pedido uma cesariana’”.³¹

²⁹ SÃO BENTO, Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão.** Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027> - Realization of the episiotomy in the current days to the light of the scientific production: a revision - Acesso: 07/11/2018.

³⁰ MD, Joseph B. DeLee. **The prophylactic forceps operation.** Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802001175>> - American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 187, Issue 1, July 2002, Pages 254-255 - Acesso: 07/11/2018.

³¹ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher.** Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.8. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

O uso se tornou bem mais frequente com o parto em posição horizontal e da prática do uso do fórceps de alívio, pedindo um “espaço extra” para a manipulação vaginal. O uso de fórceps também se tornou agressivamente mais frequente nos partos hospitalares, em função do uso de analgesias que prejudicavam os esforços musculares expulsivos maternos. Popularizou-se também a posição de talha litotômica, ou mais conhecida como a posição do frango assado, apesar de todos os seus inconvenientes, afirmam garantir o melhor acesso do obstetra ao canal de parto.

[...]

“Eu falei que queria ter meu parto de cócoras. Ele respondeu que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico”.³²

O número de episiotomias só passou a se reduzir a partir da década de 70, quando os movimentos e as campanhas pró-parto passaram a ir contra o procedimento. Em seguida, foram publicados os primeiros estudos clínicos sobre o tema, em que se questionava o uso episiotomia de maneira corriqueira.

Destaca-se a importante revisão de Thacker e Banta³³, publicada no ano de 1983, em foi demonstrada, além da inexistência de sua eficácia, evidências consideráveis dos riscos na realização do procedimento: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia³⁴.

Apesar de ter tido pouco impacto na comunidade médica na época da publicação, esse estudo despertou o interesse de se aprofundar os conhecimentos sobre o procedimento da episiotomia e como consequência, posteriormente houveram ensaios clínicos, dos quais o maior foi um estudo argentino publicado em 1993.

³² SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.8. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

³³ NCBI. **Benefits and risks of episiotomy**: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6346168>> - Acesso: 09/11/2018.

³⁴ **Dispareunia**: é o nome que se dá a uma condição que promove uma dor genital ou pélvica durante o contato íntimo ou durante o clímax, que embora possa ocorrer em homens, é mais comum entre as mulheres. Esta disfunção pode acontecer em qualquer fase da vida causando sofrimento e dificuldade no relacionamento amoroso.- <https://www.tuasaude.com/causas-da-dispareunia/> - Acesso em: 09/11/2018

A Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁵ recomenda que a realização do procedimento da episiotomia não ultrapasse 10% dos partos. Contudo, no Brasil há uma alta frequência de realização da episiotomia que é de 53,5%, conforme Pesquisa Nascer no Brasil, realizada em junho de 2014, revelando o uso desta prática intervencionista de forma rotineira e como consequência, a predominância intervencionismo no parto normal, ou seja, quando não se corta por cima, se corta por baixo.

Uma das alegações para a realização da episiotomia é a possível laceração do períneo, com possível comprometimento da função anal, ou seja, caso ocorra a ruptura do períneo, esta pode ser grave ou não. Entretanto, não há um diagnóstico objetivo e certo, além de clinicamente não estar bem definido o que caracteriza essa ruptura.

Eu sei que não deveria fazer a episiotomia como rotina. Conheço a evidência científica. Mas quando vejo a cabeça do bebê na vulva... minha mão vai sozinha.” (Médico, S. Paulo) “É difícil observar o treinamento de episiotomia sem sentir pena da mulher. Ela está deitada ali tendo contrações e eles têm que tentar várias vezes com a agulha até achar o lugar certo para a anestesia. E depois do nascimento, há uma longa espera até que se faça a sutura, alguns mal sabem segurar os instrumentos cirúrgicos ou dar o nó de sutura.” (Médico, Rio de Janeiro) [...]A episiotomia vem sendo usada como rotina desde meados do século XX na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher. No entanto, desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina. Seu uso é hoje recomendado, no máximo, entre 15 e 30% dos casos, ou menos[...]. Os médicos não fazem a episiotomia de rotina por serem indiferentes ao sofrimento feminino, ou por ignorarem as evidências científicas. Trata-se de uma questão de crenças. Se eles acreditam que a vulva e vagina são passivas, fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais. A imagem sugerida pelo discurso médico é que, após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida. Assim, o parto é percebido como estupro, o bebê sendo causador de um dano definitivo à função sexual da mulher, e está como tendo que ser restituída a seu “estado virginal”.³⁶

³⁵ SNS – Serviço Nacional de Saúde. **Parto Novas recomendações da OMS**. Disponível em:<<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>> - Menos interferência no trabalho de parto por forma a acelerá-lo. - Acesso: 09/11/2018.

³⁶ DINIZ, S. G.;CHACHAM, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. I, n. 1,2006, p. 80-91.

Uma das principais indicações para a realização da episiotomia é a iminência de laceração de 3º e 4º graus (lesões que afetam esfíncter externo do ânus e mucosa retal respectivamente) - estado de rigidez perineal que causa lacerações se não for realizada a episiotomia.

Podemos afirmar que essa indicação é vaga, já que não há instrumentos que possam avaliar a elasticidade perineal. É de se refletir e repensar como os médicos, estudiosos, podem afirmar com precisão e certeza que a rigidez perineal de determinada paciente pode acarretar laceração de 3º grau e não de 2º?

Enquanto não há um consenso razoável sobre a utilização de tal procedimento, e suas vantagens, as complicações da episiotomia são óbvios, podendo acarretar uma série de consequências negativas como: infecção, hematoma, ruptura do períneo de 3º e 4º graus, celulite, deiscência, abscesso, incontinência de gases e fezes, fístula retovaginal, lesão do nervo pudendo, fascíte necrosante e morte³⁷.

No Brasil, além do uso descontrolado da episiotomia é, também, um dos procedimentos que são realizados sem o consentimento da parturiente, devendo ressaltar este fato, pois como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizado com o consentimento após a devida informação da parturiente. No entanto, muitas gestantes ficam sabendo que foi realizado tal procedimento após o término do trabalho de parto ou não são informadas sobre essa intervenção.

Visando erradicar, ou ainda diminuir, a prática desse procedimento cirúrgico é dever do médico obstetra orientar a gestante para a prática de alguns procedimentos terapêuticos para o alongamento e massagem perineal para conduzir o aumento da elasticidade muscular, visando a não necessidade de qualquer tipo de intervenção.

Como se não bastasse todo o sofrimento experimentado pela mulher ao ter sua região perianal lacerada violentamente, em alguns casos é realizado uma sutura denominada de “ponto do marido”³⁸, que, nada mais é além de um ponto dado durante a episiorrafia (costura da episiotomia) para deixar a vagina mais “apertada” e preservar o prazer masculino.

³⁷ Anexo 5 - Projeto 1:4 - Retratos da Violência Obstétrica

³⁸ Ponto do marido: durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto.

Essa denominação surgiu de uma cultura, sem qualquer fundamento, que a vagina ficaria larga com a gestação e o parto e que, ao realizar tal procedimento o órgão feminino ficaria mais apertado, à relação sexual seria mais prazerosa, o que, consequentemente, acarreta mais dor durante a relação sexual para a mulher e infecção.

[...]

“O médico disse que tinha que cortar (episiotomia) porque se ele não cortasse, eu ia ficar com a vagina larga e meu marido ia me trocar por outra na rua”.³⁹

Por esses motivos e tantos outros não ditos, a episiotomia indiscriminada e de rotina, o uso do fórceps e todas as outras manobras, se configuram como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sendo considerada por inúmeros autores como uma modalidade de “mutilação genital” e uma violação da integridade corporal feminina, sendo evidente o desrespeito aos direitos humanos na área da saúde.

2.6 Procedimentos de Caráter Institucional

Em relação aos procedimentos de caráter institucional entende-se por práticas realizadas nas instituições prestadoras de serviços hospitalares, pelos funcionários, sendo executada por agentes que deveriam proteger as mulheres. As mais graves são em relação as instituições estaduais, porque o Estado deve ser o maior protetor e garantidor dos direitos fundamentais dos cidadãos, garantindo-lhes uma cautela humanizada, preventiva e corretiva de danos.

É o que relata o dossiê da Rede Parto do Princípio, quando entende serem aquelas “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso

³⁹ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.9. Disponível em:<
<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada”.⁴⁰

Exemplos: impedimento o acesso a serviços de atendimento à saúde, omissão, impedimento à amamentação, violação dos direitos da mulher durante seu período gestacional, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e os demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Um exemplo de violência obstétrica de caráter institucional, extremamente comum é a peregrinação por vaga em hospitais/clínicas para que possam receber os serviços necessários e tenham a oportunidade de serem internadas, sendo assegurado esse direito de assistência hospitalar na lei nº:11.634/ 2007. ⁴¹

[...]

“A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações.”⁴²

[...]

“Eu queria muito um parto normal e o meu médico sabia. Ele disse: ‘melhor fazer cesárea para não passar da hora, ou você quer colocar a vida do seu filho em risco?’. Eu comecei a chorar e aceitei, lógico! [...] E marcou para a semana antes do natal.”⁴³

⁴⁰ SENADO. **Violência Obstétrica**. Pariras com dor. Dossiê elaborado pela Rede do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres. 2012.p.61. Disponível em:<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso: 05/11/2018.

⁴¹BRASIL. **Lei Nº 11.634**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> – Acesso: 08/12/2018.

⁴² SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.10. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

⁴³ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.10. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

[...]

“Ele disse: ‘melhor agendar [a cesárea] para não correr o risco de não ter vaga no hospital’.”⁴⁴

Em alguns estados brasileiros, durante o pré-natal existe o ingresso da gestante aos serviços que a atenderá no parto, caso haja leito hospitalar. (Lei Federal 11.634/2007⁴⁵).

É evidente que não há amparo legal para oferecer “procurar vaga sozinha” quando uma gestante chega a um serviço de saúde em busca de atendimento que “não tem vaga para você”, sendo essa peregrinação por um leito, que muitas das vezes ocorrem no momento do aborto espontâneo.

As mulheres são deixadas à deriva, sangrando e aos prantos em situações de urgência e emergência, os serviços de saúde deveriam receber essas mulheres e cuidar de modo rápido, respeitoso, ágil e de visando acima de tudo as normas do ministério da saúde no tocante as condutas a serem ministradas em situações de abortamento.

Não devendo se observar no primeiro momento se a situação ali presente foi provocada, natural ou espontânea. Devendo focar no atendimento humanizado as mulheres em situação de abortamento, sendo um direito das mesmas e um dever do médico.

[...]

“Ele disse: ‘Agora você vai ficar curtindo a sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã’.”⁴⁶

⁴⁴ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher.** Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.10. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018

⁴⁵ BRASIL. **Lei Nº 11.634.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso: 08/12/2018.

⁴⁶ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher.** Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.7. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

[...]

“O médico deu tapas no rosto dela, chamou de ‘vagabunda’, disse que ela tinha que morrer. Depois veio uma enfermeira e disse que ela tinha que ter ficado em casa, xingou ela e foi todo o resto nesse jeito.”⁴⁷

[...]

“Aí, eles deixam a mulher sangrando esperando e ligam pra polícia. É um absurdo.”⁴⁸

[...]

“Eu estava tendo um aborto e o médico achou que eu tinha provocado por causa da minha idade. Aí, ele fez a curetagem sem anestesia. Processei ele.”⁴⁹

A lei venezuelana⁵⁰, oportunamente, conceitua violência institucional como sendo as ações ou omissões de autoridades, funcionários, profissionais e agentes pertencentes a qualquer órgão, entidade ou instituição pública cujo objetivo seja atrasar ou impedir que as mulheres tenham acesso a políticas públicas e exercem os direitos fornecido se assegurados pelo Estado:

Artículo 15. Violencia institucional: Son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tengan como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas

⁴⁷ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.7. Disponível em:<
<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

⁴⁸ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.7. Disponível em:<
<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

⁴⁹ SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher**. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.p.7. Disponível em:<
<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

⁵⁰ Anexo 3: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley para asegurar les una vida libre de violencia.

A referida espécie de violência é corriqueira, contudo, de difícil diagnóstico e combate, por ser fruto de uma relação hierárquica e privada, no caso médico-paciente, há certa relutância em denunciá-la e reconhecê-la.

A legislação argentina e a venezuelana são bastante parecidas em relação à definição da violência obstétrica. No caso da lei venezuelana, está se caracteriza mais complementa pois traz no corpo de sua lei possibilidades de ocorrência desta violência: a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Algumas diferenças, no entanto, podem ser levantadas quando analisamos o corpo integral dos dispositivos legais vigentes. A Lei Nacional Argentina nº 26.485⁵¹, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, vigente desde na Argentina desde 1 de abril de 2009, declara a violência contra a mulher, classificando cinco tipos, que se manifestam em cinco modalidades:

ARTICULO 4º — Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

⁵¹ Anexo 11: Ley de Protección Integral a Las Mujeres -Ley 26.485 Argentina.

ARTICULO 5º — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;

b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;

c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;

d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

A lei argentina é bastante semelhante, em sua formação, à Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família⁵², da Venezuela de 1998, onde define-se, além da violência contra a mulher, a violência psicológica, física e sexual, além da violência contra a família.

A norma venezuelana expõe os delitos como: violência física, sexual e psicológica, ameaça, acesso carnal violento, assédio sexual.

Não há, na lei argentina, a tipificação dos delitos, tampouco as penas a serem aplicadas. Já na lei venezuelana, o delito é caracterizado, bem como as respectivas punições, tornando o dispositivo mais claro e sua execução, mais efetiva.

No Brasil, apenas apresentamos como forma de proteção as parturientes os seguintes projetos buscam em algum momento da história futura se tornar lei, para a humanização do atendimento:

PLS 75/2012, da senadora Maria do Carmo Alves (SE), no qual proíbe que a detenta quando gestante, seja algemada durante o parto. PEC 100/2015 (na Câmara),

⁵² Anexo 3: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

do deputado Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB), disponibiliza equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS.

PLS 8/2013, do ex-senador Gim, onde obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas, além do oferecimento de condições dignas que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS. Já aprovado no Senado e remetido à Câmara, sendo motivado pelo Rehuna (coletivo de profissionais de saúde em Rede pela Humanização do Parto e Nascimento).

PL 7.633/2014 (na Câmara dos Deputados), do deputado Jean Wyllys, onde pretende estabelecer que médicos e profissionais de saúde deverão dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Os hospitais deverão respeitar o limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde, sendo este de 15% de cesáreas.

PL 359/2015 (na Câmara dos Deputados), da deputada Janete Capiberibe (PSB-AP), onde propõe medidas para fornecer curso de qualificação básica para as parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS.

PL 7.867/2017 (na Câmara dos Deputados), da deputada Jô Moraes (PC do B), onde propõe medidas contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a obtenção de uma gravidez saudável e uma atenção voltada para a mulher no momento do parto, nascimento, abortamento e puerpério.

3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dentre os direitos adquiridos das mulheres no decorrer dos tempos, é importante haver uma comunicação entre o combate à violência e as garantias já adquiridas, garantias essas que evitam a violência contra a mulher num âmbito mundial.

No Brasil existem algumas políticas públicas tais como a lei federal n 11.340/06 denominada Lei Maria da Penha, que acrescentou no código penal o inciso IV no artigo 121 §2º, o denominado feminicídio, conhecido como o homicídio contra a mulher, além do acréscimo do § 2-a, explicando o enquadramento de tal crime.

Infelizmente no Brasil ainda faltam inúmeras políticas públicas nacionais e internacionais, e legislações específicas para a garantia da proteção da mulher, com a finalidade de dar maior destaque aos crimes cometidos contra a vida das mulheres sendo elas brasileiras ou não.

É de se observar que muitas das vezes em que nos deparamos no cenário jurídico com situações das mais diversas no tocante as violências contra as mulheres, há uma dificuldade enorme para se debater e chegar a um consenso, e muitas das vezes, tais assuntos não são debatidos e não possuem um reconhecimento judicial, em vista que as mulheres que tem seus direitos lesados não sabem como buscar a reparação do mesmo.

O Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher no ano de 1996⁵³, definiu a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual, ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Todavia o Brasil já ratificou tratados que prevê a prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher, na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher⁵⁴, que foi realizada em Belém do Pará em 1994, *in verbis*:

⁵³ Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p.6

⁵⁴ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”**. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso: 11/01/2019.

Artigo 5º Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos.

Artigo 6º. O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros:

- a. o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação; e*
- b. 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.*

Apesar de não haver uma legislação específica em todo território nacional, apenas o estado de São Paulo legislou sobre o assunto, Projeto de Lei Nº 1130, de 2017, entretanto nada impede que a parturiente ingresse com uma demanda judicial visando garantir seus direitos, e a reparação.

Apesar disso o direito brasileiro pode garantir a essas mulheres a possibilidade de denunciar e proteger-se, sendo uma forma de amparo á parturiente sob a ótica da responsabilidade civil.

3.1 A Violência Obstétrica e a Constituição Federal

A Constituição Federal de 1998, apresenta em seu texto o princípio da igualdade, além do direito à plena assistência à saúde. A Lei Maior exterioriza o dever do Estado de reprimir a violência contra as mulheres, abrangendo o dever de prevenir e punir a violência obstétrica.

Como sujeito de direitos, a mulher na condição de parturiente, detém uma serie de direitos e garantias: a dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III, CF/88) com

base no Estado democrático de direito; princípio da igualdade (artigo 5º, I, CF/88) visando a proteção de todas as formas de discriminação; princípio da legalidade (artigo 5º, II, CF/88) assegurando a autonomia da mulher, a proteção a vida, a saúde, acesso a segurança, maternidade e a infância baseado no princípio da beneficência.

A proteção à maternidade é um direito social (art. 6º, caput CF/88), direitos dos trabalhadores urbanos e rurais a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias (art. 7º, XVIII CF/88). O art. 10, II, 'b', CF/88 traz restrições severas à dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. Não bastasse, a previdência social atenderá, nos termos da lei, a proteção à maternidade, especialmente à gestante (art. 201, II CF/88).

O Brasil é signatário da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, Convenção CEDAW⁵⁵, além da Convenção de Belém do Pará possui uma esfera constitucional, de acordo com o entendimento da doutrina majoritária.

A cada quatro anos, os países que fazem parte da CEDAW apresentam um relatório periódico, submetendo-se às observações do Comitê, que elabora observações e/ou recomendações.

No ano de 2012, mais precisamente em fevereiro, o Brasil apresentou seus relatórios em Genebra, na 51ª Reunião do Comitê. Onde foi determinado que o país apresentasse em 2014 informações sobre saúde e tráfico de mulheres. Em fevereiro de 2014 o Governo brasileiro apresentou seu relatório que foi analisado em outubro/novembro de 2014.

As observações e recomendações do comitê colocaram o Brasil numa situação preocupante, em relação à saúde da mulher, em especial, o parto.

⁵⁵ ONU MULHERES. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulher.** Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf> - Acesso: 18/01/2019.

Ocorre que houve uma queda do Brasil no IDH de gênero⁵⁶, em vista de que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres não são absolutos além da atenção dada à saúde da mulher deixa a desejar.

A violência obstétrica impede que o Brasil conquiste os 4º e 5º Objetivos do Milênio: reduzir a mortalidade na infância e melhorar a saúde materna⁵⁷. Além do Brasil não atingir o propósito da redução de morte materna para os níveis de 10 a 20 mortes maternas por 100 mil nascituros, conforme prevê a Organização Mundial de Saúde. Atualmente estima-se que há em torno de 50 a 60 mortes maternas por 100 mil nascituros.

É preciso que todas as mulheres saibam dos seus direitos. A Constituição é por elas, não contra; defendendo-as, não as acusando; amenizando seus sofrimentos, não os intensificando.

3.2 Responsabilidade Civil

Primeiramente, vale frisar, que a responsabilidade civil é divindade em: contratual, extracontratual, objetiva, subjetiva, podendo ser aplicável as mais diversas relações de consumo.

Neste sentido Sergio Cavalieri Filho

É com base nessa dicotomia que a doutrina divide a responsabilidade civil em contratual e extracontratual, isto é, de acordo com a qualidade da violação. Se preexistente um vínculo obrigacional, e o dever de indenizar é consequência do inadimplemento, temos a responsabilidade contratual, também chamada de ilícito contratual ou relativo; se esse dever surge em virtude de lesão a direito subjetivo, sem que entre o ofensor e a vítima preexista qualquer relação jurídica que o possibilite, temos a responsabilidade extracontratual, também chamada de ilícito aquiliano ou absoluto.⁵⁸

A responsabilidade civil é a dever de reparar o dano causado a outrem. No âmbito jurídico a teoria da responsabilidade civil determina em que certos momentos

⁵⁶ Monitoramento permanente CEDAW, <http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/Publicedaw-3-Parte-1-OK.pdf> Acesso: 18/01/2019.

⁵⁷ SOUZA, Valéria. **Notas Técnicas de Violência Obstétrica**, Editora Artemis, 2015. Acesso 18/01/2019.

⁵⁸ FILHO, Sergio Cavalieri. **Programa de responsabilidade civil**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.p.15.

uma pessoa será responsabilizada pelo dano causado a outrem, além da medida cabível para repará-lo.

Os danos abarcados pela responsabilidade civil são: dano a integridade física, a honra, ou aos bens de determinada pessoa, tendo como contraprestação a restauração ao *status quo ante*.

Segundo Carlos Roberto Gonçalves:

A responsabilidade civil tem, pois, como um de seus pressupostos a violação do dever jurídico e o dano. Há um dever jurídico originário, cuja violação gera um dever jurídico sucessivo ou secundário, que é o de indenizar o prejuízo.⁵⁹

3.2.1 Responsabilidade Civil Objetiva e Subjetiva

O código civil brasileiro de 2002, prevê a responsabilidade baseada na culpa, além de definir o que é o ato ilícito, *in verbis*:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.⁶⁰

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou

⁵⁹ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. 3. Ed 5. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2018.p.43.

⁶⁰ BRASIL. **Lei Nº 10.406**. Institui o Código Civil. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm> - Acesso: 25/03/2019.

*quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.*⁶¹

O legislador optou por um meio mais rigoroso e avançado para suprir as lacunas antes existentes no código civil de 1916, além de não revogar nenhuma lei especial que trate de tema existente, abriu margem para que a jurisprudência possa considerar posteriormente atividades já existentes ou a que vierem existir como atividade de risco ou até mesmo perigosas.

Dependendo da maneira como se dê a responsabilidade, poderá a culpa ser ou não elemento da obrigação de reparação do dano.

É determinada como responsabilidade subjetiva aquela cuja a responsabilidade é baseada na culpa, sendo pressuposto necessário do dano indenizável, desta forma a responsabilidade do agente danoso apenas se caracteriza se houve dolo ou culpa.

Entretanto, a lei estabelece para determinados agentes, em certas situações, o dever de reparação independente de culpa, sendo esta a responsabilidade objetiva, pois apenas se satisfaz com o dolo e o nexo de causalidade, independente de culpa, bastando apenas a relação de causalidade entre a ação e o dano.

Nesse sentido Rui Stoco:

Do que se infere que a responsabilização é meio e modo de exteriorização da própria Justiça, e a responsabilidade é a tradução para o sistema jurídico do dever moral de não prejudicar outra pessoa, ou seja, o *neminem laedere*⁶². A ninguém é permitido lesar o seu semelhante. O sistema de Direito positivo estabelecido repugna tanto a ofensa ou agressão física como moral, seja impondo sanção de natureza pessoal, ou de natureza civil, também sancionatória, mas de caráter pecuniário, ainda que se cuide de ofensa moral. A primeira visa à pacificação social e à defesa da sociedade; a segunda tem caráter individual ou unitário e tem por escopo a proteção da pessoa.

⁶¹ BRASIL. Lei Nº 10.406. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm> - Acesso: 25/03/2019.

⁶² “Os princípios do *neminem laedere* (não lesar ninguém) e do *alterum non laedere* (não lesar outrem) dão a exata dimensão do sentido de responsabilidade”. STOCO, Rui. **Tratado de Responsabilidade Civil**. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.p.114.

3.3 Aplicações do Direito do Consumidor

O Código de defesa do consumidor, traz consigo o princípio da transparência, assegurando ao consumidor a ciência de forma exata das obrigações do fornecedor e suas extensões, prevista no artigo 6º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor⁶³, *in verbis*:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; (Redação dada pela Lei nº 12.741, de 2012) Vigência.

Obrigando desta maneira o fornecedor a fornecer todas as informações acerca do atendimento prestado à gestante e ao recém-nascido. Devendo essas informações serem claras, corretas, ostensivas, e precisas em relação ao serviço médico e/ou hospitalar, sobretudo em relação as condições particulares da parturiente, não obstante aos riscos existentes no tratamento (parto/pós-parto) e nos medicamentos e drogas administrados na gestante e/ou no recém-nascido.

Neste sentido o referido código dispõe em relação a responsabilidade subjetiva, no qual deverá ser apurada mediante a verificação de culpa dos médicos, caracterizados como profissionais liberais, conforme o artigo 14 § 4º, do Código de Defesa do Consumidor⁶⁴, *in verbis*:

⁶³ BRASIL. **Lei Nº 8.078**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm. Acesso:23/03/2019.

⁶⁴ BRASIL. **Lei Nº 8.078**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm. Acesso:23/03/2019.

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.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

É importante lembrar que não importa qual a modalidade de culpa exercida pelo médico, seja ela grave ou leve, para que haja sua responsabilização, sendo ainda mais severo quando falamos nos médicos especialistas.

A responsabilização do hospital ocorrerá quando o médico tem vínculo empregatício, ou seja, integra a equipe médica, o estabelecimento responderá de forma objetiva, devendo ser provada a culpa da prestadora de serviços à saúde, nos termos do artigo 14, *caput*, do Código de Defesa do Consumidor⁶⁵, *in verbis*:

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.

Entretanto, se o médico apenas utilizou o hospital para internar seus pacientes, responderá exclusivamente por seus erros, ficando a responsabilidade do hospital afastada.

Em relação aos planos de saúde, o código de defesa do consumidor deverá ser aplicado de forma subsidiária, como garantidor dos usuários, em vista da existência

⁶⁵ BRASIL. **Lei Nº 8.078**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm. Acesso:23/03/2019.

da Lei 9656/1998⁶⁶, que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde, *in verbis*:

*Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei as disposições da Lei no 8.078, de 1990. (Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*⁶⁷

Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PREVENÇÃO DA CÂMARA NÃO ESPECIALIZADA. MORTE DE PARTURIENTE. GRAVES SEQUELAS CAUSADAS NO RECÉM-NASCIDO QUE CULMIRARAM COM SEU FALECIMENTO AOS DOIS ANOS DE VIDA. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DA OBSTETRA. IMPERÍCIA E NEGLIGÊNCIA DO PROFISSIONAL MÉDICO DURANTE O PARTO E APÓS O PROCEDIMENTO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO HOSPITAL. EVIDENCIADA A CADEIA DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO. CLÍNICA INDICADA PELA PRÓPRIA MÉDICA. PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DANO MORAL CARACTERIZADO. QUANTUM ARBITRADO QUE SE MERECE SER MAJORADO. AFASTAMENTO DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DAS NORMAS CONSUMERISTAS. SENTENÇA PARCIALMENTE MODIFICADA. Sentença que julgou procedentes os pedidos autorais formulados contra médica obstetra, hospital e operadora de plano de saúde com a finalidade de obter a indenização devida tendo em vista a morte de parturiente e a gravidade das sequelas deixadas em recém-nascido, que finalmente faleceu aos dois anos de idade, em decorrência da gravidade de seu estado de saúde, ao fundamento de que houve erro médico pela atuação imperita e negligente da médica obstetra durante e após o parto. Recursos

⁶⁶ BRASIL. **Lei Nº 9.656**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm> Acesso: 23/03/2019.

⁶⁷ BRASIL. **Lei Nº 9.656**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm> Acesso: 23/03/2019.

interpostos por todos os réus com a finalidade de obter o afastamento da condenação que não comportam provimento. Conjunto probante colacionado ao processo que, de fato, evidenciou que a intervenção médica realizada se distanciou do procedimento adequado ao caso, de modo a evitar o resultado infrutífero, razão por que se impõe o reconhecimento da omissão e da atuação negligente da profissional médica, ora primeira apelante. Manobra realizada pela médica, relacionada à reinserção do feto cuja cabeça já se encontrava profundamente inserida na pelve para a realização de cirurgia cesariana que se mostrou com a pior opção naquele momento, sobretudo porque constatada em laudo pericial a possibilidade de extração do feto com o uso do fórceps e o intenso sofrimento fetal suportado. Evidenciada, também, a demora da médica na solicitação de exames que constatassem a necessidade de submissão da parturiente à transfusão sanguínea, bem como na solicitação das bolsas de sangue. Retardo injustificado, ainda, no tocante à não realização da retirada do útero da parturiente, já que seria o procedimento mais adequado ao caso para se obter a cessação da hemorragia uterina. Elementos da responsabilidade civil subjetiva do profissional médico, descrita no §4º do artigo 14 do Código de Processo Civil, que resultaram devidamente caracterizados na hipótese sub examen. Atuação direta do hospital, ora segundo apelante, que concorreu para os eventos danosos, haja vista que a demora na infusão sanguínea decorreu, também, de conduta sua. Assim, embora não houvesse obrigatoriedade de a segunda apelante manter bolsas de sangue estocadas em suas dependências, o fato de manter convênio com estabelecimento situado em local relativamente distante foi opção sua, de forma que deve se sujeitar aos riscos inerentes a tal escolha. Maternidade que não possuía a integralidade das condições necessárias para o atendimento da menor, logo após o nascimento, e, diante dos graves problemas de saúde apresentados, de modo a prestar a contento os serviços a que se propôs. Demora sem justificativa, também, na transferência da menor Luiza, logo após o seu nascimento, para a Clínica Perinatal, onde poderia receber o adequado tratamento, tendo em vista a gravidade de seu estado de saúde. Responsabilidade do hospital que, além de direta, deriva, no caso, também, do princípio da solidariedade existente entre os integrantes da cadeia de fornecimento do serviço, que devem responder solidariamente por eventual defeito ou vício. In casu, a escolha da clínica foi feita pela médica obstetra, que já realizara diversos partos naquele local anteriormente. Entendimento pacificado no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, por ocasião do julgamento do REsp 1.285.483/PB pela Segunda Seção da referida Corte, no sentido da

inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde geridos por autogestão. Sentença, portanto, que comporta ligeiro reparo no tocante ao reconhecimento da responsabilidade solidária da CASSI, já que não há como se aplicar o disposto nos artigos 7º, parágrafo único, e 25, §1º, ambos do Estatuto Consumerista. Dano moral, na hipótese, que se relaciona diretamente com os prejuízos ocasionados a direitos da personalidade, como a honra, a imagem, a integridade psicológica, a liberdade, e tantos outros, de forma que a violação de quaisquer dessas prerrogativas, afetas diretamente à dignidade do indivíduo, constitui motivação suficiente para fundamentar a compensação pleiteada. Inequívoco o sofrimento dos apelados, diante da morte da parturiente e das sequelas suportadas pela recém-nascida nos dois anos em que conseguiu sobreviver, já que fatalmente veio também a falecer, diante da gravidade do quadro apresentado. Com relação ao quantum da verba reparatória, cumpre registrar que ela não visa à restituição integral do prejuízo pela própria impossibilidade de retorno ao estado anterior, de maneira que atuará apenas como forma de compensação. Valor arbitrado na sentença para a compensação do dano moral suportado apelante adesivo, diante da morte da filha recém-nascida e da esposa, em decorrência do atuar ilícito da médica obstetra e da clínica, que, de fato não se mostrou suficiente, tendo em conta as peculiaridades do caso e os parâmetros estabelecidos pela jurisprudência pátria, já que não há como se olvidar que suportou enorme sofrimento, uma vez que perdeu a esposa imediatamente após o parto, acompanhou todos os percalços e dificuldades enfrentados pela filha recém nascida para sobreviver às sequelas adquiridas e, finalmente, viu-a morrer aos dois anos de idade, após intensa luta. Assim, sem dúvida, o valor da reparação por dano moral destinado a ele na sentença comporta majoração ao patamar de R\$300.000,00 (trezentos mil) e R\$400.000,00 (quatrocentos mil reais). Legitimidade do único herdeiro de Luiza, seu pai, ora primeiro apelado, devidamente habilitado, para pleiteá-lo neste processo, tendo em vista que o direito à indenização não se extingue com a morte da parte, podendo o feito ter sequência independentemente de seu falecimento pela transmissibilidade do direito em questão. Ressarcimento do dano material e concessão de pensão mensal vitalícia que, igualmente, mostraram-se corretos no caso em apreço, de modo que a sentença deve ser mantida em tais pontos. Respaldo para a elevação do termo final do pensionamento de cunho indenizatório até a data em que a vítima completaria 75 anos de idade, em atenção aos indicadores do IBGE diante da mais recente pesquisa realizada em 2015. CONHECIMENTOS DE TODOS OS RECURSOS.

DESPROVIMENTO DOS PRIMEIRO E SEGUNDO APELOS E PROVIMENTO DO TERCEIRO E DA APELAÇÃO ADESIVA. (Apelação Cível n. 0140810-47.2005.8.19.0001- Relator: DESEMBARGADOR ALCIDES DA FONSECA NETO)⁶⁸

⁶⁸ TJ-RJ - Apelação Cível n. 0140810-47.2005.8.19.0001- Relator: DESEMBARGADOR ALCIDES DA FONSECA NETO.

4. RESPONSABILIDADE CIVIL NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

4.1 Entre o Médico e a Paciente

*“O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.”*⁶⁹

Quando há o atendimento feito pelo médico, automaticamente há a formação de um contrato autêntico, desta forma, havendo a inexecução de uma obrigação, fica o médico responsável.

Entretanto, segundo Aguiar Dias: *“o fato de se considerar como contratual a responsabilidade médica não tem, ao contrário do que poderia parecer, o resultado de presumir a culpa”*⁷⁰

Verdadeiramente a obrigação que estes profissionais assumem é uma obrigação de meio e não de resultado. A obrigação destes profissionais é a prestação de cuidado devendo ser conscientes e com a devida atenção, tratando os pacientes com zelo, usando os meios adequados, contudo, ficando isento da obrigação de curar o doente.

Nesse sentido, Sergio Cavalieri Filho:

Nenhum médico, por mais competente que seja, pode assumir a obrigação de curar o doente e salvá-lo, mormente quando em estado grave ou terminal. A ciência médica, apesar de todo o seu desenvolvimento, tem inúmeras limitações, que só os poderes divinos poderão suprir. A obrigação que o médico assume, a toda evidência, é a de proporcionar ao paciente todos os cuidados conscienciosos e atentos, de acordo com as aquisições da ciência (...). Não se compromete a curar, mas a prestar os seus serviços de acordo com as regras e os métodos da profissão, incluindo aí cuidados e conselhos. Logo, a obrigação assumida pelo médico é de meio, e não de resultado (...).⁷¹

⁶⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICIAN. **Código de Ética Médica**, capítulo I, PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS, inciso IV. Disponível em:< <http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra.asp>> Acesso:26/03/2019.

⁷⁰ DIAS, José de Aguiar. **Da responsabilidade civil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1960. Apud FILHO, Sergio Cavalieri. **Programa de responsabilidade civil**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

⁷¹ FILHO, Sergio Cavalieri. **Programa de responsabilidade civil**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.p. 403.

Os médicos serão responsabilizados na esfera civil quando provado que agiu com qualquer uma das modalidades de culpa: imprudência, negligência e imperícia. Ficando a cargo do prejudicado a produção da prova de que o médico agiu com culpa, nos termos do artigo 951 do Código Civil, *in verbis*:

*Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.*⁷²

Ao analisarmos determinados tratamentos, existem aqueles que demandam maior risco, a regra geral determina que os médicos são obrigados a não atuarem sem que haja prévio consentimento do paciente, que tem a opção de se recusar a se submeter a esses tratamentos considerados perigosos, visando a inviolabilidade do corpo humano.

Além da necessidade do paciente de ser informado sobre seu real estado de saúde e o possível tratamento a ser executado, devendo essas informações serem detalhadas, para que haja uma possível autorização sobre o tratamento, devendo sempre haver o pleno conhecimento dos riscos existentes.

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho

⁷² BRASIL. Lei Nº 10.406. Institui o Código Civil. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm> Acesso: 25/03/2019.

negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido.”⁷³

Não obstante o Código de Ética Médica também destaca os direitos da parturiente e veda essas atitudes do médico, *in verbis*:

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

⁷³ TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator: Fábio Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime⁷⁴.

⁷⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICIAN. **Código de Ética Médica**, capítulo IV, DIREITOS HUMANOS, artigo 22 ao 30. Disponível em:< <http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra.asp>> Acesso:26/03/2019.

4.2 Entre o Médico, o Hospital e a Paciente

Responderá objetivamente o hospital que tiver vínculo empregatício com médico que integra o quadro da equipe médica do estabelecimento.

Responsabilidade Civil Falha na prestação e serviços médicos hospitalares que resultou na morte do filho dos autores, horas após o falecimento, vítima de secção total da coluna cervical, em razão de manobras vigorosas praticadas pelo médico que optou pelo parto normal, mesmo após constatar que o bebê estava sentado (parto pélvico) e ter recursos disponíveis para realizar o parto cesáreo - Bebê que nasceu pelos pés e ficou com a cabeça presa no corpo da mãe (cabeça derradeira) Prova pericial que revelou que o médico poderia aplicar o “fórcipe Piper”, mas a paciente não tinha recebido as anestésias convencionais, tendo tomado apenas anestesia local para a realização da episiotomia Perito que também explicou que em caso de parto pélvico, há necessidade da presença de mais um obstetra auxiliar, anestesista, neonatologista, equipe de enfermagem e retaguarda da maternidade e berçário Médico que resolveu atuar sozinho, buscando o auxílio de uma técnica de enfermagem após perceber a ocorrência de “cabeça derradeira”, ou seja, quando a situação já estava incontrolável Imprudência, imperícia e negligência grave, configuradas Hospital que também tem responsabilidade pelo ocorrido, porque além do médico fazer parte de seu corpo clínico, o nosocômio não realizou os exames pré-parto, não monitorou o feto e ainda não tinha estrutura de UTI para atender o recém-nascido, que precisou ser transferido de hospital - Dever de indenizar os danos sofridos pelos autores, pais da criança falecida Indenização fixada com razoabilidade em R\$ 250.000,00 Dano material consubstanciado em pensão mensal no valor equivalente a 2/3 do salário mínimo,

com termo inicial na data em que o menor completaria 16 anos e termo final aos 24 anos, mantidos Idade em que comumente os jovens começam a trabalhar para auxiliar no sustento da família
Decisão mantida Recursos improvidos.⁷⁵

Nesse sentido:

Responsabilidade civil. Erro médico. Esquecimento de corpo estranho no organismo da paciente em cesárea. Responsabilidade do Hospital. Cerceamento de defesa.1. Já decidiu a Corte que o Juiz pode e deve apreciar a necessidade da produção de prova. Todavia, configura cerceamento de defesa se o hospital é impedido de provar, na cobertura do art. 14, § 3º, II, do Código de Defesa do Consumidor, a culpa exclusiva de terceiro, no caso, a médica responsável pela cirurgia, que com ele não mantém relação de emprego.2. Recurso especial conhecido e provido. REsp 419026 / DF. RECURSO ESPECIAL.2002/0027101-3.Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES.⁷⁶

Não obstante, sendo responsabilizados também objetivamente e tendo o dever de resultado os bancos de sangue, os laboratórios de análises clínicas e os centros de radiologia, como prestadores de serviços para o hospital. No entanto não se vê nos tribunais um entendimento pacífico de que há ou não a aceitação da denúncia da lide ao hospital.

⁷⁵ TJ-SP -APL 00001478220068260659 SP 0000147-82.2006.8.26.0659, Relator: Luis Mario Galbetti, data de julgamento: 06/02/2017, 7 câmara de Direito Privado, Data da Publicação: 06/02/2017.

⁷⁶ TJ-DF - REsp 419026 / DF. RECURSO ESPECIAL.2002/0027101-3.Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES.

Nesse sentido:

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PARTO POR CESÁREA. TRANSFUSÃO DE SANGUE. TRANSMISSÃO DE HIV. DEFEITO NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. JANELA IMUNOLÓGICA. ROMPIMENTO DO NEXO DE CAUSALIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. MANTIDA. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. SIMILITUDE FÁTICA NÃO DEMONSTRADA. 1. Ação ajuizada em 30/12/2008. Recurso especial interposto em 17/09/2015 e concluso ao Gabinete em 06/12/2016. Julgamento: CPC/73. 2. O propósito recursal consiste em afastar a responsabilidade objetiva do hospital, basicamente por dois fundamentos: i) a inexistência de serviço defeituoso, devido à adoção de todas as técnicas disponíveis quanto à qualidade do sangue doado e ii) a ausência de nexo de causalidade entre a prestação do serviço de saúde e a contaminação pelo vírus HIV em transfusão de sangue realizada durante o parto cesáreo. 3. Considera-se o serviço como defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais o modo de seu fornecimento; o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam; a época em que foi fornecido (art. 14, §1º, do CDC). 4. Não se questiona acerca do intrínseco risco ao receptor de transfusão sanguínea, que atualmente ainda não foi eliminado do ambiente médico-científico. Em vez disso, a questão jurídica relevante está em verificar se a transfusão ocorreu com defeito, ou seja, identificar em concreto se o serviço foi prestado sem a

segurança que o consumidor pôde esperar. 5. O defeito na prestação do serviço consiste justamente em, apesar de saber do risco da janela imunológica, ainda assim, o hospital optar por realizar a transfusão de sangue. Este cálculo diz respeito à conduta do Hospital, como risco adquirido no desenvolvimento de sua atividade, e não do paciente que se submete ao procedimento. 6. Em análise do conjunto fático-probatório dos autos, o Tribunal de origem decidiu que houve efetivo dano a partir da internação, diretamente relacionado ao préstimo dos serviços hospitalares na transfusão de sangue em favor da paciente no momento do parto cesáreo. Rever esse entendimento esbarra no óbice da Súmula 7/STJ. 7. O dissídio jurisprudencial deve ser comprovado mediante o cotejo analítico entre acórdãos que versem sobre situações fáticas idênticas. 8. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, não provido.⁷⁷

4.3 Responsabilidade dos Enfermeiros, Prepostos e outros Empregados do Estabelecimento Hospitalar

Aos danos causados por prepostos, pelos enfermeiros ou outros empregados do hospital são de sua responsabilidade.

Quando o médico se utiliza do enfermeiro do hospital apenas para tratar seus pacientes, e o dano for causado por este enfermeiro, surge a dúvida de quem é a responsabilidade: do hospital ou do médico.

Existem dois posicionamentos, o primeiro aponta o médico como responsável pelos atos do enfermeiro, pois existe uma subordinação do enfermeiro ao médico, pois esta transmite ordens técnicas de competência exclusiva, configurando a subordinação, além de ser dele a responsabilidade do paciente.

⁷⁷ TJ-PR - REsp 1645786 / PR. RECURSO ESPECIAL.2016/0317187-9.Ministra NANCY ANDRIGHI (1118)

O segundo posicionamento, baseia-se na legislação consumerista, apontando a responsabilidade dos atos danosos praticados pelos enfermeiros, é do próprio hospital e não do médico que ocupa suas dependências.

Nesse sentido:

CIVIL. INDENIZAÇÃO. MORTE. CULPA. MÉDICOS. AFASTAMENTO. CONDENAÇÃO. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE. OBJETIVA. IMPOSSIBILIDADE. 1 - A responsabilidade dos hospitais, no que tange à atuação técnico-profissional dos médicos que neles atuam ou a eles sejam ligados por convênio, é subjetiva, ou seja, dependente da comprovação de culpa dos prepostos, presumindo-se a dos preponentes. Nesse sentido são as normas dos arts. 159, 1521, III, e 1545 do Código Civil de 1916 e, atualmente, as dos arts. 186 e 951 do novo Código Civil, bem com a súmula 341 - STF (É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto.). 2 - Em razão disso, não se pode dar guarida à tese do acórdão de, arrimado nas provas colhidas, excluir, de modo expresso, a culpa dos médicos e, ao mesmo tempo, admitir a responsabilidade objetiva do hospital, para condená-lo a pagar indenização por morte de paciente. 3 - O art. 14 do CDC, conforme melhor doutrina, não conflita com essa conclusão, dado que a responsabilidade objetiva, nele prevista para o prestador de serviços, no presente caso, o hospital, circunscreve-se apenas aos serviços única e exclusivamente relacionados com o estabelecimento empresarial propriamente dito, ou seja, aqueles que digam respeito à estadia do paciente (internação), instalações, equipamentos, serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia), etc e não aos serviços técnicos-profissionais dos médicos que ali atuam, permanecendo estes na relação subjetiva de preposição (culpa). 4 - Recurso especial conhecido e provido para julgar improcedente o pedido⁷⁸.

⁷⁸TJ-SP - REsp 258.389/SP, Rel Ministro FERNANDO GONÇALVES, QUARTA TURMA, JULGADO 16.06.2005, DJ 22.08.2005. p.275.

4.4 Empresas de Assistência Médica (Convênios Médicos e Planos de Saúde)

O plano de saúde quando não autoriza a realização de determinados procedimentos para não onerar o valor do parto; demandar longo período para autorizar procedimentos necessários para realizar o parto; exigir determinado hospital, mesmo em situações de urgência, responderá solidariamente na modalidade objetiva, por se tratar de fornecedor de serviços no qual a gestante/ parturiente se utiliza como destinatária final, havendo assim uma relação resguardada pelo Código de Defesa do Consumidor⁷⁹.

A responsabilidade solidária e objetiva do plano de saúde e do hospital, na figura de fornecedores, por serem considerados agentes envolvidos diretamente na prestação de serviços, equiparando a gestante/parturiente ao consumidor, sendo facultado a ela o direito e as medidas reparatorias contra todos que lhe causarem danos.

Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PREVENÇÃO DA CÂMARA NÃO ESPECIALIZADA. MORTE DE PARTURIENTE. GRAVES SEQUELAS CAUSADAS NO RECÉM-NASCIDO QUE CULMINARAM COM SEU FALECIMENTO AOS DOIS ANOS DE VIDA. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DA OBSTETRA. IMPERÍCIA E NEGLIGÊNCIA DO PROFISSIONAL MÉDICO DURANTE O PARTO E APÓS O PROCEDIMENTO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO HOSPITAL. EVIDENCIADA A CADEIA DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO. CLÍNICA INDICADA PELA PRÓPRIA MÉDICA. PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DANO MORAL CARACTERIZADO. QUANTUM ARBITRADO QUE SE MERECE SER MAJORADO. AFASTAMENTO DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DAS NORMAS CONSUMERISTAS. SENTENÇA PARCIALMENTE MODIFICADA. Sentença que julgou procedentes os pedidos autorais formulados contra médica obstetra, hospital e operadora de plano de

⁷⁹ BRASIL. **Lei Nº 8.078**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm. Acesso:23/03/2019.

saúde com a finalidade de obter a indenização devida tendo em vista a morte de parturiente e a gravidade das sequelas deixadas em recém-nascido, que finalmente faleceu aos dois anos de idade, em decorrência da gravidade de seu estado de saúde, ao fundamento de que houve erro médico pela atuação imperita e negligente da médica obstetra durante e após o parto. Recursos interpostos por todos os réus com a finalidade de obter o afastamento da condenação que não comportam provimento. Conjunto probante colacionado ao processo que, de fato, evidenciou que a intervenção médica realizada se distanciou do procedimento adequado ao caso, de modo a evitar o resultado infrutífero, razão por que se impõe o reconhecimento da omissão e da atuação negligente da profissional médica, ora primeira apelante. Manobra realizada pela médica, relacionada à reinserção do feto cuja cabeça já se encontrava profundamente inserida na pelve para a realização de cirurgia cesariana que se mostrou com a pior opção naquele momento, sobretudo porque constatada em laudo pericial a possibilidade de extração do feto com o uso do fórceps e o intenso sofrimento fetal suportado. Evidenciada, também, a demora da médica na solicitação de exames que constatassem a necessidade de submissão da parturiente à transfusão sanguínea, bem como na solicitação das bolsas de sangue. Retardo injustificado, ainda, no tocante à não realização da retirada do útero da parturiente, já que seria o procedimento mais adequado ao caso para se obter a cessação da hemorragia uterina. Elementos da responsabilidade civil subjetiva do profissional médico, descrita no §4º do artigo 14 do Código de Processo Civil, que resultaram devidamente caracterizados na hipótese sub examen. Atuação direta do hospital, ora segundo apelante, que concorreu para os eventos danosos, haja vista que a demora na infusão sanguínea decorreu, também, de conduta sua.

Assim, embora não houvesse obrigatoriedade de a segunda apelante manter bolsas de sangue estocadas em suas dependências, o fato de manter convênio com estabelecimento situado em local relativamente distante foi opção sua, de forma que deve se sujeitar aos riscos inerentes a tal escolha. Maternidade que não possuía a integralidade das condições necessárias para o atendimento da menor, logo após o nascimento, e, diante dos graves problemas de saúde apresentados, de modo a prestar a contento os serviços a que se propôs. Demora sem justificativa, também, na transferência da menor Luiza, logo após o seu nascimento, para a Clínica Perinatal, onde poderia receber o adequado tratamento, tendo em vista a gravidade de seu estado de saúde. Responsabilidade do hospital que, além de direta, deriva, no caso, também, do princípio da solidariedade existente entre os integrantes da cadeia de fornecimento do serviço, que devem responder solidariamente por eventual defeito ou vício. In casu, a escolha da clínica foi feita pela médica obstetra, que já realizara diversos partos naquele local anteriormente. Entendimento pacificado no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, por ocasião do julgamento do REsp 1.285.483/PB pela Segunda Seção da referida Corte, no sentido da inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde geridos por autogestão. Sentença, portanto, que comporta ligeiro reparo no tocante ao reconhecimento da responsabilidade solidária da CASSI, já que não há como se aplicar o disposto nos artigos 7º, parágrafo único, e 25, §1º, ambos do Estatuto Consumerista. Dano moral, na hipótese, que se relaciona diretamente com os prejuízos ocasionados a direitos da personalidade, como a honra, a imagem, a integridade psicológica, a liberdade, e tantos outros, de forma que a violação de quaisquer dessas prerrogativas, afetas diretamente à dignidade do indivíduo, constitui motivação suficiente para

fundamentar a compensação pleiteada. Inequívoco o sofrimento dos apelados, diante da morte da parturiente e das sequelas suportadas pela recém-nascida nos dois anos em que conseguiu sobreviver, já que fatalmente veio também a falecer, diante da gravidade do quadro apresentado. Com relação ao quantum da verba reparatória, cumpre registrar que ela não visa à restituição integral do prejuízo pela própria impossibilidade de retorno ao estado anterior, de maneira que atuará apenas como forma de compensação. Valor arbitrado na sentença para a compensação do dano moral suportado apelante adesivo, diante da morte da filha recém-nascida e da esposa, em decorrência do atuar ilícito da médica obstetra e da clínica, que, de fato não se mostrou suficiente, tendo em conta as peculiaridades do caso e os parâmetros estabelecidos pela jurisprudência pátria, já que não há como se olvidar que suportou enorme sofrimento, uma vez que perdeu a esposa imediatamente após o parto, acompanhou todos os percalços e dificuldades enfrentados pela filha recém nascida para sobreviver às sequelas adquiridas e, finalmente, viu-a morrer aos dois anos de idade, após intensa luta. Assim, sem dúvida, o valor da reparação por dano moral destinado a ele na sentença comporta majoração ao patamar de R\$300.000,00 (trezentos mil) e R\$400.000,00 (quatrocentos mil reais). Legitimidade do único herdeiro de Luiza, seu pai, ora primeiro apelado, devidamente habilitado, para pleiteá-lo neste processo, tendo em vista que o direito à indenização não se extingue com a morte da parte, podendo o feito ter sequência independentemente de seu falecimento pela transmissibilidade do direito em questão. Ressarcimento do dano material e concessão de pensão mensal vitalícia que, igualmente, mostraram-se corretos no caso em apreço, de modo que a sentença deve ser mantida em tais pontos. Respaldo para a elevação do termo final do pensionamento de

cunho indenizatório até a data em que a vítima completaria 75 anos de idade, em atenção aos indicadores do IBGE diante da mais recente pesquisa realizada em 2015. CONHECIMENTOS DE TODOS OS RECURSOS. DESPROVIMENTO DOS PRIMEIRO E SEGUNDO APELOS E PROVIMENTO DO TERCEIRO E DA APELAÇÃO ADESIVA.⁸⁰

4.5 Responsabilidade da Administração Pública como garantidor de Direitos

A Constituição Federal prevê o direito a saúde e dever do estado, garantir políticas sociais e econômicas visando a redução de doenças.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁸¹

A lei federal nº 8.080/1990, prevê as condições para a proteção, recuperação e promoção da saúde em território nacional, além de dispor:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.⁸²

⁸⁰ TJ-RJ - Apelação Cível n. 0140810-47.2005.8.19.0001- Relator: DESEMBARGADOR ALCIDES DA FONSECA NETO.

⁸¹ BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988**. Seção II, DA SAÚDE, artigo 196. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> – Acesso : 30/03/2019

⁸² BRASIL. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Título I, DAS DISPOSIÇÕES GERAIS, artigo 2º- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm - Acesso:30/03/2019.

Desta forma, é dever do Estado proporcionar todos os meios necessários para que haja o efetivo acesso das gestantes/parturientes nos tratamentos gestacionais não lhe devendo nenhum deles causar dano moral ou físico.

No tocante da violência obstétrica, o Estado deve promover campanhas com a finalidade de erradicar tal violência, que vem sendo praticada nos hospitais brasileiros, em vista da Constituição Federal/88 prever em seu texto a promoção de políticas públicas visando a redução de riscos de doenças.

Visando a responsabilização e a indenização do Estado, nos casos de violência obstétrica nas maternidades públicas, a Constituição Federal/88 prevê, *in verbis*:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.⁸³

Nesse sentido:

RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO PODER PÚBLICO.ELEMENTOS
ESTRUTURAIS.PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO

⁸³ BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988**. CAPÍTULO VII, DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - SEÇÃO I, DISPOSIÇÕES GERAIS. Artigo:37§6º. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> – Acesso : 30/03/2019

ART.37§ 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA. TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO. HOSPITAL PUBLICO QUE INTEGRAVA, Á ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESPONSABILIDADE CIVIL ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE DA INFLAÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO. LESÃO ESFINCTERIANA OSTÉTRICA GRAVE.FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO. OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO. DANOS MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS. RESSARCIBILIDADE. JURISPRUDÊNCIA. RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO.⁸⁴

⁸⁴ STF -Al.852.37 – AgR, Rel Min Celso de Mello, Segunda Turma, Dje 9.9.2013.

5. DO DEVER DE INDENIZAR

5.1 Lesão Corporal Leve

O dever de indenizar surge quando há a lesão, sendo de natureza leve o Código Civil/2002⁸⁵ prevê, *in verbis*:

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Em relação as despesas da parturiente, caso haja lesões corporais de natureza leve, deveram estas serem pagas pelo agente causador, podendo estas despesas serem: médicas, hospitalares, de medicamentos, cabendo ao juiz definir os parâmetros.

Englobando ainda os lucros cessante, ou seja, o que a parturiente deixou de ganhar em virtude da ação danosa do agente, devendo ser prestados até que se tenha condições para retornar ao trabalho ou até que haja a alta médica, como prevê o Código Civil/2002⁸⁶, *in verbis*:

Art. 402. Salvo as exceções expressamente previstas em lei, as perdas e danos devidas ao credor abrangem, além do que ele efetivamente perdeu, o que razoavelmente deixou de lucrar.

⁸⁵ BRASIL. Lei Nº 11.634. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso: 08/04/2019.

⁸⁶ BRASIL. Lei Nº 11.634. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso: 08/04/2019

Em relação aos danos morais, as situações vexatórias na qual as parturientes são colocadas, sendo possível pleitear a reparação deste dano injusto e injuriosa agressão, sendo arbitrada judicialmente, em relação a cada caso.

Nesse sentido:

Plano de saúde. Contrato de assistência médica e/ou hospitalar. Gratuidade judiciária. Pessoa jurídica. Aplicabilidade do disposto na Súmula nº 481 do STJ. Possibilidade condicionada à comprovação da situação inviabilizadora dos ônus decorrentes do ingresso em juízo. Elementos que denotam a situação deficitária da apelante. Caracterizada a hipossuficiência. Tese de ilegitimidade passiva dos sócios da operadora de saúde. Desconsideração de personalidade jurídica para a extensão da excussão à esfera patrimonial dos sócios. Operadora de saúde teve sua falência decretada. Aplicabilidade da teoria menor de desconsideração da personalidade jurídica (art. 28, caput e § 5º, do CDC). Preliminar rejeitada. Negativa de atendimento. Segurada, grávida, com diagnóstico parto prematuro e sofrimento fetal. Necessária internação hospitalar de urgência. Recusa da operadora de saúde, sob fundamento de que os serviços neonatais necessitam de autorização prévia de 48h. Negativa que restringe obrigação inerente à natureza do contrato (art. 51, IV, e § 1º, II, do CDC). Abusividade evidenciada. Conduta que implica na concreta inutilidade do negócio protetivo. Quebra do dever de lealdade. Malferimento dos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato (arts. 421 e 422 do Cód. Civil). Danos morais configurados. Recusa à cobertura de internação. Negativa que amplifica a aflição psíquica e causa situação de impotência, ferindo o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), vértice básico do dano moral. Indenização devida.

Quantum indenizatório. Quantia adequada aos parâmetros jurisprudenciais. Valor que se mostra proporcional e compatível com a extensão do dano (art. 944 do Cód. Civil). Sentença mantida. Recurso da operadora de saúde parcialmente provido. Recurso dos corréus desprovido.⁸⁷

5.2 Lesão Corporal Grave

A lesão corporal de natureza grave se caracteriza quando a lesão deixa marcas, ou seja, quando há deformidade ou aleijão.

Segundo Carlos Roberto Gonçalves: Aleijão é a perda de um braço, de uma perna, de um movimento ou de sentidos. Para que se caracterize deformidade é necessário que haja um dano estético, que o ofendido cause impressão penosa ou desagradável.⁸⁸

O Código Civil ⁸⁹prevê tal lesão, *in verbis*:

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Por óbvio que tratando-se de lesões de natureza grave, os lucros cessantes, as despesas com os tratamentos e a fixação do dano moral serão mais elevadas, em

⁸⁷ TJ-SP 00063086220118260068 SP 0006308-62.2011.8.26.0068, Relator: Rômulo Russo, Data de Julgamento: 04/06/2018, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 04/06/2018.

⁸⁸ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. 3. Ed 5. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2018.p. 265.

⁸⁹ BRASIL. **Lei** **Nº** **11.634**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso: 08/04/2019.

virtude da gravidade do dano, ficando a cargo do competente magistrado fixar o *quantum* indenizatório.

Nesse sentido:

RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. Cabe indenização por danos morais e materiais quando demonstrado pelo conjunto probatório que houve falha na atuação médica pelas consequências da episiotomia realizada no parto, que levou à corte extenso que atingiu musculatura anal e na prestação das advertências quanto à situação causada, aos riscos de lesão e cuidados inerentes, vindo a parturiente a padecer de incontinência fecal pós-parto. Montante indenizatório fixado por arbitramento pelo julgador, considerando inexistirem critérios legais ou doutrinários de tarifamento do dano. Observação da intensidade da ofensa, necessária compensação à vítima e reprimenda ao ofensor. Danos materiais a serem apurados em fase de liquidação. Apelação provida para julgar procedente a ação. Decisão unânime.⁹⁰

5.3 Dano Estético

O ponto central do dano estético é a deformidade, causando na vítima uma impressão desagradável, tendo como consequência o vexame. Nos casos da parturiente o ponto do marido.

O dano moral como consequência da deformidade, tendo como objeto da indenização nestes casos é o vexame, a tristeza, a humilhação.

⁹⁰ Apelação Cível Nº 70019587369, Décima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Alberto Schreiner Pestana, Julgado em 08/11/2007.

Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MATERIAIS E MORAIS. LUCROS CESSANTES. PARTO NORMAL. EPISIOTOMIA. LACERAÇÃO PERINEAL DE 4º GRAU. SUTURA. DESCONTROLE NA ELIMINAÇÃO DOS DEJETOS. INSUCESSO NA TENTATIVA DE CORREÇÃO. DANOS EVIDENTES. ERRO GROSSEIRO. IMPERÍCIA. NEGLIGÊNCIA. NEXO CAUSAL. CULPA RECONHECIDA. DEVER DE INDENIZAR 1. Responsabilidade do médico: A relação de causalidade é verificada em toda ação do requerido, evidente o desencadeamento entre o parto, a alta prematura e os danos físicos e morais, causando situação deplorável à apelante, originada de dilaceração perineal de 4º grau. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado nefasto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido. Dever de indenizar. 2. Danos morais: evidentes, procedimento realizado de forma a técnica, causando sofrimento físico e moral, constrangimento, humilhação, angústia, impossibilidade de levar uma vida normal, desemprego, alto estresse familiar. Procedência 3. Danos materiais: comprovados através de recibos e notas fiscais. Procedência 4. Pensionamento: paralisação da atividade produtiva da vítima, enquanto perdurou o tratamento para reconstrução do períneo. Parcial procedência. DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO APELO. ⁹¹

⁹¹ Apelação Cível Nº 70021336938, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Artur Arnildo Ludwig, Julgado em 13/08/2009.

5.4 Indenização em caso de Homicídio

O Código Civil/2002⁹² determinou para algumas espécies de danos critérios para sua liquidação, no caso do homicídio deverá o agente causador do fato indenizar todo e qualquer prejuízo sofrido e demonstrado, *in verbis*:

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I - no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II - na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Nesse sentido:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO). PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do

⁹²

BRASIL.

Lei

Nº

11.634.

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso: 08/04/2019.

delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. ⁹³

5.4.1 Indenização nos casos de morte do filho menor

De acordo com a súmula 491 do STF, in verbis:

*“É indenizável o acidente que cause a morte de filho menor, ainda que não exerça trabalho remunerado.”*⁹⁴

A indenização neste caso tem finalidade moral, não podendo ser pleiteada nova verba em relação a esse assunto.

Nesse sentido:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. FALHA NO ATENDIMENTO MÉDICO PRESTADO NO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO. ERRO NO DIAGNÓSTICO DE PREMATURIDADE DO FETO E NA DECISÃO DE INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO. MORTE DO FETO NO INTERIOR DO ÚTERO DA PARTE AUTORA. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. MANUTENÇÃO DO VALOR. 1 - O artigo 37, § 6º, da Constituição Federal, consagrou a responsabilidade civil objetiva do Estado, tendo por fundamento a teoria do risco administrativo, ou seja, para a aferição da

⁹³ Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013.

⁹⁴ Súmula 491 STF -<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=3055> – Acesso: 15/04/2019.

responsabilidade civil do Estado e consequente reconhecimento do direito à reparação pelos prejuízos causados, basta a prova do nexo de causalidade entre o prejuízo sofrido e o fato danoso e injusto ocasionado pelo poder público, sendo dispensável, portanto, a demonstração do elemento subjetivo culpa. 2 - Do acurado exame dos autos, sobretudo do laudo pericial produzido em juízo, verifica-se que houve falha no atendimento prestado à parte autora pela equipe médica do Hospital Geral de Bonsucesso, que interpretou erroneamente a sua idade gestacional, tendo indicado, em razão da suposta prematuridade do feto, medicação analgésica e antiespasmódica para inibir o trabalho de parto, quando deveria ter sido interrompida a gestação por meio de realização de cirurgia cesariana. 3 - Sobre o valor da indenização a ser fixado em caso de condenação por danos morais, cumpre destacar que ele não deve ser inexpressivo de modo a ser considerado como inócuo, nem proporcionar o enriquecimento sem causa do ofendido, devendo-se levar em consideração a extensão do dano, a reprovabilidade da conduta do agente, a natureza punitivo-pedagógica do ressarcimento e a situação econômica do ofendido e do autor do fato. 4 - Em hipóteses semelhantes, em que a conduta imputada à administração pública tenha gerado a morte de recém-nascidos, o Superior Tribunal de Justiça e este Tribunal Regional Federal têm fixado a quantia indenizatória a valores próximos a R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). 5 - Considerando especialmente as circunstâncias do caso, em que a parte autora não foi submetida, de forma imediata, como deveria, à cirurgia de cesariana, ocasionando a morte do feto no interior de seu útero, revela-se razoável a manutenção do valor da indenização em R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). 6 - Muito embora o demandado EDUARDO EUGÊNIO BITTENCOURT DE GOMENSORO, membro da equipe médica de

plantão no dia 20 de maio de 1998, tenha participado da decisão de adiamento da realização do parto, a impor a sua responsabilização, constata-se, do acurado exame dos autos, principalmente do laudo pericial produzido em juízo, que o erro na determinação de inibição do trabalho de parto foi provocado por toda a equipe médica de plantão, tendo sido a parte autora examinada por pelo menos outros quatro médicos obstetras, razão pela qual deve ser mantida a condenação da UNIÃO ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) e de EDUARDO EUGÊNIO BITTENCOURT DE GOMENSORO no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), a totalizar R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). 7 - Remessa necessária e recursos de apelação desprovidos.⁹⁵

5.4.2 Indenização nos casos de morte da parturiente

É evidente que a morte da parturiente gera o direito de indenização, conforme previsto na Constituição Federal/88⁹⁶, in verbis:

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

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

⁹⁵ TRF-2 - AC: 199951010120834, Relator: Desembargador Federal ALUISIO GONÇALVES DE CASTRO MENDES, Data de Julgamento: 29/07/2014, QUINTA TURMA ESPECIALIZADA, Data de Publicação: 07/08/2014.

⁹⁶ BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> – Acesso: 15/04/2019.

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Podendo ainda ser fixada pensão, com base nos salários, tendo ela emprego ou sendo ela encarregada dos afazeres domésticos, tendo como base o valor pago para pessoas que exercem essa profissão, sendo devidos ao marido e aos filhos menores.

Em qualquer dos casos, poderão estes pleitear em juízo a indenização por morte da parturiente por danos morais e materiais cumulativamente.

Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL. INDENIZATÓRIA. PARTO NORMAL INDUZIDO. USO DE FÓRCEPS. LESÕES PERMANENTES NO INFANTE. MORTE DA PARTURIENTE. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DO MÉDICO OBSTETRA NÃO VERIFICADA. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO HOSPITAL CARACTERIZADA. AUSÊNCIA DE EQUIPAMENTOS PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA. DANO MORAL CONFIGURADO. PENSIONAMENTO MENSAL DEVIDO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. Em se tratando de responsabilidade civil, é necessário o atendimento a três requisitos para a configuração da obrigação de indenizar: conduta omissa ou comissiva do agente, nexo causal e dano. 2. Ausente a comprovação do nexo de causalidade entre a conduta do parto, pelo obstetra, a morte da parturiente e as sequelas irreversíveis sofridas pela criança, afastada a responsabilidade civil do médico. 3. É objetiva a responsabilidade do hospital em relação às falhas estruturais e de assistência médica no atendimento do paciente. 4. A reparação do dano moral constitui sansão civil ao ofensor ou reparação da ofensa e será arbitrada de acordo com as condições econômicas do agente e a gravidade da falta cometida. 4. É devida

a pensão mensal aos filhos por morte de genitor, independentemente do exercício de atividade remunerada pela vítima à época do óbito. A pensão mensal é cabível até o dia em que os beneficiários completarem 25 anos de idade, quando se presume a sua formação escolar, inclusive universitária. Precedentes do STJ. 5. De igual modo, também é devido o pensionamento mensal ao cônjuge supérstite, desde o evento danoso até a data em que a vítima completaria 70 anos de idade, considerando a expectativa média de vida do brasileiro na época do falecimento, ou até o seu decesso. 8. Apelo parcialmente provido. Sobre a responsabilidade do Hospital, no entanto, tenho que se encontra caracterizada, ante a verificação de que o estabelecimento não dispunha de estrutura adequada para a realização do atendimento à gestante. (Classe: Apelação, Número do Processo: 0000044-85.2002.8.05.0211, Relator (a): Rosita Falcão de Almeida Maia, Terceira Câmara Cível, Publicado em: 30/04/2016)⁹⁷

⁹⁷ TJ-BA - APL: 00000448520028050211, Relator: Rosita Falcão de Almeida Maia, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 30/04/2016.

CONCLUSÃO

O estudo a respeito da Violência Obstétrica permitiu constatar a frequência e as suas diversas maneiras na gestação, antes, durante e após o parto e no momento do aborto.

Detectou-se ainda que muitas destas violências não são compreendidas pelas parturientes, sejam elas usuárias das redes públicas de saúde ou não.

Infelizmente e de forma repugnante a violência obstétrica institucional é aceita pela sociedade, e praticada em alguns casos pelos médicos como “uma prática necessária ao bem-estar das próprias mulheres”⁹⁸.

A falta de proteção as parturientes e de medidas mais severas para erradicar essa violência contra a mulher, faz com que as parturientes retratem como “lucro” ou “sorte”, ao receberem o devido atendimento gestacionais e obstétricos ficando demonstrado mais uma vez que o bom atendimento médico brasileiro, seja ele geral, seja específico como o obstétrico é cada vez mais raro.

Reiteramos mais uma vez que deve sim existir políticas públicas mais eficientes, para que haja respeito, dignidade, empatia e amor, seja através das medidas assistenciais no pré-natal, no devido zelo no parto, e um pós-parto humanizado. Visando garantir a cada mulher a beleza, o amor e a autonomia da gestação, os benefícios dos avanços científicos da medicina, para que a mesma tenha liberdade em escolher o seu parto sem nenhum tipo de represália, além de um pós-parto seguro e próximo ao seu filho.

"Me programei para ter o filho em casa. Porém, quando comecei a sentir dores, a família me levou a uma maternidade pública. Optei pelo parto normal. Mas a doula que estava comigo não pôde entrar na maternidade. Tive que ficar deitada na maca do hospital com outras gestantes ao meu lado. Duas médicas passaram por mim para fazer o 'toque' enquanto meu marido massageava minhas costas. A bolsa foi estourada pela cirurgia obstetra com um palito. E passei pelo que mais temia, a episiotomia. Deitei, coloquei os pés no apoio e quando vi que a médica ia me cortar, questionei. Mas ela afirmou que como era meu primeiro filho o procedimento era necessário. Mesmo anestesiada, notei a força que ela fazia para fazer o corte. Foram 20 pontos, tive uma hemorragia".⁹⁹

O recém-nascido da gestante violentada também sofreu a violência, “Ele chorava muito e no terceiro dia uma pediatra constatou que ele estava com a clavícula fraturada porque ele foi ‘puxado’ com muita força. Ela ainda disse que isso normalmente

⁹⁸ SOUZA, K. J. De. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

⁹⁹ <https://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/outras-dores-do-parto-maes-relatam-novo-tipo-de-violencia-obstetrica-em-hospitais> - Acesso: 25/04/2019

acontece quando eles fazem a manobra para tirar o bebê”, contou. - Tayana Guimarães, em depoimento ao jornal A Crítica, de Manaus.¹⁰⁰

Sendo cabível quando constatada a violência obstétrica o dever de indenizar: a parturiente, o recém-nascido e nos casos mais extremos a família da parturiente.

¹⁰⁰ <https://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/outras-dores-do-parto-maes-relatam-novo-tipo-de-violencia-obstetrica-em-hospitais> - Acesso: 25/04/2019

REFERÊNCIA

AMORIM, Melania Maria Ramos; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna**. Disponível em:<<http://livrozilla.com/doc/1190907/o-papel-da-episiotomia-na-obstetr%C3%ADcia-moderna>> - Acesso:07/11/2018.

ARTEMIS. **Violência Obstétrica**. Disponível em:<<https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>> Acesso: 29/09/2018.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> – Acesso : 30/03/2019.

BRASIL. **Lei Nº 10.406**. Institui o Código Civil. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm> - Acesso: 25/03/2019.

BRASIL. **Lei Nº 11.108**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso: 05/11/2018.

BRASIL. **Lei Nº 11.634**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso: 08/04/2019.

BRASIL. **Lei** **Nº** **11.634**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso: 08/12/2018.

BRASIL. **Lei Nº 8.078**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm. Acesso:23/03/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso:30/03/2019.

BRASIL. **Lei Nº 9.656**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm> Acesso: 23/03/2019.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Violência obstétrica e violação dos direitos humanos diz OMS**. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>> Acesso: 05/11/2018.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”**. Disponível em:<<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso: 11/01/2019.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”.** Disponível em:<<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso: 11/01/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICIAN. **Código de Ética Médica.** Disponível em:<<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>> Acesso:26/03/2019.

CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER. Disponível em:<http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf> Acesso:18/01/2019.

DIAS, José de Aguiar. **Da responsabilidade civil.** 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1960.

DINIZ, S. G.;CHACHAM, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”:** o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. I, n. 1,2006.

FEREY, Marie Pierre; PELEGRI, Anna. **Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas no mundo.** Disponível em:<<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>> Acesso: 07/11/2018.

FILHO, Sergio Cavalieri. **Programa de responsabilidade civil.** 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**,2010. Disponível em:https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf – Acesso: 05/11/2018.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. 3. Ed 5. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2018.

GOVERNO DO BRASIL. **Defensoria Pública orienta mulheres sobre violência obstétrica**. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/03/defensoria-publica-orienta-mulheres-sobre-violencia-obstetrica>> Acesso: 29/09/2018.

MD, Joseph B. DeLee. **The prophylactic forceps operation**. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802001175>> - American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 187, Issue 1, July 2002, Pages 254-255 - Acesso: 07/11/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2011. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf acesso 29/09/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas,2004. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf?fbclid=IwAR2C7K_MSid6cMHom63GNy56EYxCmaJNwwyKXGgloT6SvJF7_uSJccR0g7U> acesso 29/09/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, Brasília, 1984. Disponível em:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf?fbclid=IwAR0QLoAL4S4fGtyVj-RCzHqciJevrRTb0cxQAcvsjrqtY3PePkRACGeXGK0>> acesso 02/10/2018.

Monitoramento permanente CEDAW, <http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/PubliCedaw-3-Parte-1-OK.pdf> Acesso: 18/01/2019.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto**. Disponível em:<<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-diretrizes-para-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias-no-parto/>> Acesso: 29/09/2018.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Disponível em:<<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>> Acesso: 07/11/2018.

NCBI. **Benefits and risks of episiotomy**: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6346168>>- - Acesso: 09/11/2018.

ONU MULHERES. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulher**. Disponível em:< http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf> - Acesso: 18/01/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3> Acesso 07/11/2018.

PAES, Fabiana, **Violência Obstétrica, Por que as Mulheres Ficam Sozinhas na hora do Parto?**, Revista Época, <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/violencia-obstetrica-por-quemulheres-ficam-sozinhas-no-parto.html> Acesso: 18/01/2019.

SÃO BENTO, Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão.** Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027> - Realization of the episiotomy in the current days to the light of the scientific production: a revision - Acesso: 07/11/2018.

SENADO. **Violência Obstétrica.** Pariras com dor. Dossiê elaborado pela Rede do Princípio para a CPMI da Violência contra as mulheres. Disponível em:<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso: 05/11/2018.

SENTIDO DO NASCER. **Violência Obstétrica é violência contra a mulher.** Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. Disponível em:<<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso: 07/11/2018.

SNS – Serviço Nacional de Saúde. **Parto Novas recomendações da OMS.** Disponível em:<<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>> - Menos interferência no trabalho de parto por forma a acelerá-lo. - Acesso: 09/11/2018.

SOUZA, Valéria. **Notas Técnicas de Violência Obstétrica**, Editora Artemis, 2015. Acesso 18/01/2019.

STOCO, Rui. **Tratado de Responsabilidade Civil.** 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

TEMOS QUE FALAR SOBRE ISSO. **Violência obstétrica.** Disponível em:<<https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2015/05/15/violencia-obstetrica-o-que-e-como-denunciar-e-declaracao-da-oms/>> Acesso: 29/09/2018.

TUA SAÚDE. **O que causa e como curar a dor durante o contato íntimo.** Disponível em:<<https://www.tuasaude.com/causas-da-dispareunia/>> Acesso em: 09/11/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.** Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=507E9245D8B6263C0AAFD74A1947B949?sequence=1> - Acesso: 05/11/2018.

WYLLWS, Jean. **Projeto de Lei Federal.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 27 de maio de 2014. Disponível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785. Acesso: 29/04/2019.

JURISPRUDÊNCIA

Apelação Cível Nº 70019587369, Décima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Alberto Schreiner Pestana, Julgado em 08/11/2007.

Apelação Cível Nº 70021336938, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Artur Arnildo Ludwig, Julgado em 13/08/2009.

Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013.

STF -AI.852.37 – AgR, Rel Min Celso de Mello, Segunda Turma, Dje 9.9.2013.

Súmula 491 STF -
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=3055> -
Acesso: 15/04/2019.

TJ-BA - APL: 00000448520028050211, Relator: Rosita Falcão de Almeida Maia, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 30/04/2016.

TJ-DF - REsp 419026 / DF. RECURSO ESPECIAL.2002/0027101-3.Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES.

TJ-PR - REsp 1645786 / PR. RECURSO ESPECIAL.2016/0317187-9.Ministra NANCY ANDRIGHI (1118).

TJ-RJ - Apelação Cível n. 0140810-47.2005.8.19.0001- Relator: DESEMBARGADOR ALCIDES DA FONSECA NETO.

TJ-SP - REsp 258.389/SP,Rel Ministro FERNANDO GONÇALVES,QUARTA TURMA, JULGADO 16.06.2005, DJ 22.08.2005.

TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator: Fábio Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017.

TJ-SP 00063086220118260068 SP 0006308-62.2011.8.26.0068, Relator: Rômolo Russo, Data de Julgamento: 04/06/2018, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 04/06/2018.

TJ-SP -APL 00001478220068260659 SP 0000147-82.2006.8.26.0659, Relator: Luis Mario Galbetti, data de julgamento: 06/02/2017, 7 câmara de Direito Privado, Data da Publicação: 06/02/2017.

TRF-2 - AC: 199951010120834, Relator: Desembargador Federal ALUISIO GONÇALVES DE CASTRO MENDES, Data de Julgamento: 29/07/2014, QUINTA TURMA ESPECIALIZADA, Data de Publicação: 07/08/2014.

**Anexo 1: Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo –
VIOLÊNCIA OBSTETRICA, GESTACAO E PARTO**

A violência obstétrica existe

e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres*.

Em países como Argentina e Venezuela, a violência obstétrica é reconhecida como um crime cometido contra as mulheres, e como tal deve ser prevenido, punido e erradicado.

Para que a realidade da violência obstétrica mude, é necessário compreendê-la e denunciá-la, bem como assegurar que os casos em que ela aconteceu sejam acolhidos, apurados e julgados.

É também necessário que se cumpram as leis e normas vigentes no país, que garantem às mulheres o pleno exercício de sua cidadania, liberdade sexual e reprodutiva e direito à saúde.

* definição dada pelas leis venezuelana e argentina, onde a VO é tipificada

ENDEREÇOS e TELEFONES ÚTEIS:

Defensoria Pública do Estado de São Paulo

www.defensoria.sp.def.br

Telefone (na capital): 0800 773 4340

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher

Rua Boa Vista, nº 103, 4º andar -
Centro, São Paulo/ SP.

Telefone: (11) 3101.0155 ramais 233/238

e-mail: nucleo.mulher@defensoria.sp.def.br

Texto: Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis

Diagramação: EDEPE - Escola da Defensoria Pública do Estado

Impressão: EDEPE - Escola da Defensoria Pública do Estado

abril de 2017

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA **VOCÊ SABE O QUE É?**

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos
Direitos da Mulher

EDEPE Escola
da Defensoria Pública
do Estado de São Paulo

artemis

A violência obstétrica na gestação

Toda mulher tem direito a um pré-natal de qualidade, e este é um direito que visa à saúde e ao bem-estar não apenas da mulher, mas também da criança.

A violência obstétrica durante a gestação pode se caracterizar por:

- negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;
- comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc.;
- ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família;
- negligenciar o atendimento de qualidade;
- agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo aos interesses e conveniência do médico.

O Brasil é o país campeão em operações cesarianas no mundo, resultado de uma prática indiscriminada da cirurgia e contra as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Reduzir a taxa de cesáreas no país é essencial para a melhoria dos índices de morbimortalidade materna e infantil.

Exemplos de mitos ditos às mulheres, para justificar uma cesariana sem indicação clínica:

bebê muito grande, muito pequeno ou “passando da hora”, mulher com baixa estatura, ou quadril estreito (“não tem passagem”), cordão enrolado no pescoço, pé do bebê “preso na costela” da mãe, pouco líquido amniótico, mulher que apresenta cesariana anterior, deficiência ou mobilidade reduzida, falta de contrações ou dilatação (fora do trabalho de parto), hemorróidas, hepatite, cardiopatia, etc.

A violência obstétrica no parto

No Brasil, toda mulher tem direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós-parto, além de ser tratada com dignidade e ter garantida sua integridade física e psicológica.

As formas mais comuns de violência obstétrica no parto são:

- recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito);
- impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher;
- procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso). Exemplos: soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas, privação de alimentos, episiotomia (corte da vagina), imobilização (braços e pernas), etc.;
- toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acusação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio;
- cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;
- impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;
- impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

A violência obstétrica no atendimento em situações de abortamento

A complicação de aborto é uma das principais causas de morte de mulheres registradas no Brasil e considerada garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

Em casos de abortamento, a violência obstétrica caracteriza-se por:

- negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento;
- questionamento à mulher quanto à causa do abortamento (se intencional ou não);
- realização de procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento e, frequentemente, sem anestesia;
- ameaças, acusação e culpabilização da mulher;
- coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia da mulher em situação de abortamento.

Denuncie a violência obstétrica

Exija cópia do seu prontuário junto à instituição de saúde onde foi atendida. Esta documentação pertence à paciente, podendo ser cobrado apenas o valor referente aos custos das cópias.

Procure a Defensoria Pública, independentemente se você usou o serviço público ou o privado.

Ligue para o 180 (Violência contra a Mulher) ou para o 136 (Disque Saúde).

Anexo 2 - Cartilha das mães – Arnaldo Barreto. Ano de 1896

Cartilha das Mães. Arnaldo Barreto

49 e. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1938. [A Cartilha das Mães só começou a ser editada pela Livraria Francisco Alves a partir da 12ª edição, em 1911. É provável que as primeiras edições tenham saído pela Tipografia Siqueira, de São Paulo, fornecedora dos livros de escrituração da Escola Normal de São Paulo e editora que publicou em 1896 as Leituras Moraes de Arnaldo Barreto, antes portanto da Livraria Francisco Alves. Sendo assim, é possível que a Cartilha das Mães tenha sido publicada também por volta de 1896.

Fonte: <https://pedagogiaaopedaletra.com/historia-das-cartilhas-de-alfabetizacao-as-mais-antigas/> - Acesso: 20/11/2018.

**Anexo 3 - Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre
de violência**

LEY ORGANICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

G. O. (38668 de 23 /4/2007)

LA ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA DECRETA

la siguiente,

LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

objeto Artículo 1. La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.

principios rectores Artículo 2. A través de esta Ley se articula un conjunto integral de medidas para alcanzar los siguientes fines:

1. Garantizar a todas las mujeres, el ejercicio efectivo de sus derechos exigibles ante los órganos y entes de la administración pública, y asegurar un acceso rápido, transparente y eficaz a los servicios establecidos al efecto.
2. Fortalecer políticas públicas de prevención de la violencia contra las mujeres y de erradicación de la discriminación de género. Para ello, se dotarán a los Poderes Públicos de instrumentos eficaces en el ámbito educativo, laboral, de servicios sociales, sanitarios, publicitarios y mediáticos.
3. Fortalecer el marco penal y procesal vigente para asegurar una protección integral a las mujeres víctimas de violencia desde las instancias jurisdiccionales.
4. Coordinar los recursos presupuestarios e institucionales de los distintos Poderes Públicos para asegurar la atención, prevención y erradicación de los hechos de violencia contra las mujeres, así como la sanción adecuada a los culpables de los mismos y la implementación de medidas socioeducativas que eviten su reincidencia.
5. Promover la participación y colaboración de las entidades, asociaciones y organizaciones que actúan contra la violencia hacia las mujeres.
6. Garantizar el principio de transversalidad de las medidas de sensibilización, prevención, detección, seguridad y protección, de manera que en su aplicación se tengan en cuenta los derechos, necesidades y demandas específicas de todas las mujeres víctimas de violencia de género.
7. Fomentar la especialización y la sensibilización de los colectivos profesionales que intervienen en el

proceso de información, atención y protección de las mujeres víctimas de violencia de género.

8. Garantizar los recursos económicos, profesionales, tecnológicos, científicos y de cualquier otra naturaleza, que permitan la sustentabilidad de los planes, proyectos, programas, acciones, misiones y toda otra iniciativa orientada a la prevención, castigo y erradicación de la violencia contra las mujeres y el ejercicio pleno de sus derechos.
9. Establecer y fortalecer medidas de seguridad y protección, y medidas cautelares que garanticen los derechos protegidos en la presente ley y la protección personal, física, emocional, laboral y patrimonial de la mujer víctima de violencia de género.
10. Establecer un sistema integral de garantías para el ejercicio de los derechos desarrollados en esta Ley.

derechos protegidos Artículo 3. Esta Ley abarca la protección de los siguientes derechos:

1. El derecho a la vida.
2. La protección a la dignidad e integridad física, psicológica, sexual, patrimonial y jurídica de las mujeres víctimas de violencia, en los ámbitos público y privado.
3. La igualdad de derechos entre el hombre y la mujer.
4. La protección de las mujeres particularmente vulnerables a la violencia basada en género.
5. El derecho de las mujeres víctimas de violencia a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal, a través de los servicios, organismos u oficinas que están obligadas a crear la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal. Dicha información comprenderá las medidas contempladas en esta Ley relativas a su protección y seguridad, y los derechos y ayudas previstos en la misma, así como lo referente al lugar de prestación de los servicios de atención, emergencia, apoyo y recuperación integral.
6. Los demás consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en todos los convenios y tratados internacionales en la materia, suscritos por la República Bolivariana de Venezuela, tales como la Ley Aprobatoria de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de

Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará).

CAPÍTULO II DE LAS GARANTÍAS PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS

e las garantías Artículo 4. Todas las mujeres con independencia de su nacionalidad, origen étnico, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal, jurídica o social, dispondrán de los mecanismos necesarios para hacer efectivos los derechos reconocidos en esta Ley:

1. La información, la asistencia social integral y la asistencia jurídica a las mujeres en situación de violencia de género son responsabilidad del estado venezolano.
2. En el caso de las mujeres que pertenezcan a los grupos especialmente vulnerables, el Instituto Nacional de la Mujer, así como los institutos regionales y municipales, debe asegurarse de que la información que se brinde a los mismos se ofrezca en formato accesible y comprensible, asegurándose el uso del castellano y de los idiomas indígenas, de otras modalidades u opciones de comunicación, incluidos los sistemas alternativos y aumentativos. En fin, se articularán los medios necesarios para que las mujeres en situación de violencia de género que por sus circunstancias personales y sociales puedan tener una mayor dificultad para el acceso integral a la información, tengan garantizado el ejercicio efectivo de este derecho.
3. Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de protección, de apoyo y acogida y de recuperación integral. En cada estado y municipio se crearán dichos servicios, con cargo al presupuesto anual. La atención que presten dichos servicios deberá ser: permanente, urgente, especializada y multidisciplinaria profesionalmente y los mismos serán financiados por el Estado.
4. Los servicios enunciados en el numeral anterior actuarán coordinadamente y en colaboración con los órganos de seguridad ciudadana, los jueces y las juezas, los y las fiscales, los servicios sanitarios y la Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer. También tendrán derecho a la asistencia social integral a través de estos servicios sociales los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo la potestad parental o responsabilidad de crianza de las mujeres víctimas de violencia.
5. El ente rector de las políticas públicas dirigidas hacia las mujeres, los institutos regionales y municipales de la mujer, así como las otras organizaciones, asociaciones o formas comunitarias que luchan por los derechos de las mujeres, orientarán y evaluarán los planes, proyectos, programas y acciones que se ejecuten, y emitirán recomendaciones para su mejora y eficacia.
6. La Defensoría del Pueblo, el Instituto Nacional de la Mujer y los institutos estatales, metropolitanos y municipales, velarán por la correcta aplicación de la presente Ley y de los instrumentos cónsonos con la misma. Corresponderá a la Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer y a las defensorías estatales, metropolitanas y municipales velar por el respeto y ejercicio efectivo del derecho a la justicia de las mujeres víctimas de violencia de género que acrediten insuficiencia de recursos para litigar, teniendo éstas derecho a la representación judicial y

extrajudicial, y a que se les brinde el patrocinio necesario para garantizar la efectividad de los derechos aquí consagrados. Este derecho asistirá también a los y las causahabientes en caso de fallecimiento de la mujer agredida.

7. Los colegios de abogados y abogadas, de médicos y médicas, de psicólogos y psicólogas, de enfermeros y enfermeras de los distintos estados y distritos metropolitanos, deben establecer servicios gratuitos de asesoría especializada integral a las mujeres víctimas de violencia de género.
8. La trabajadora en situación de violencia de género tendrá derecho a la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo, a ser movilizad^Da geográficamente o al cambio de su centro de trabajo. Si su estado requiriere una suspensión laboral, la misma deberá ser acreditada con la orden de protección del juez o de la jueza, previo informe y solicitud del Ministerio Público, bastando la acreditación de indicios.
9. El Estado desarrollará políticas públicas dirigidas a las mujeres víctimas de violencia que carezcan de trabajo, pudiendo ser insertadas en los programas, misiones y proyectos de capacitación para el empleo, según lo permitan las condiciones físicas y psicológicas en las cuales se encuentre. Si la mujer agredida tuviera una discapacidad reconocida oficialmente que le impida u obstaculice el acceso al empleo, recibirá una atención especial que permita su inserción laboral y su capacitación. Para ello se establecerán programas, proyectos y misiones. El Estado creará exenciones tributarias a las empresas, cooperativas y otros entes que promuevan el empleo, la inserción y reinserción en el mercado laboral y productivo de las mujeres víctimas de violencia de género.
10. Las mujeres víctimas de violencia de género tendrán prioridad para las ayudas y asistencias que cree la Administración Pública, Nacional, Estatal o Municipal.
11. Las mujeres víctimas de violencia de género tendrán prioridad en el acceso a la vivienda, a la tierra, al crédito y a la asistencia técnica en los planes gubernamentales.

bligación del Estado Artículo 5. El Estado tiene la obligación indeclinable de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, judiciales y de cualquier otra índole que sean necesarias y apropiadas para asegurar el cumplimiento de esta Ley y garantizar los derechos humanos de las mujeres víctimas de violencia.

Participación de la sociedad Artículo 6. La sociedad tiene el derecho y el deber de participar de forma protagónica para lograr la vigencia plena y efectiva de la presente Ley, a través de las organizaciones comunitarias y sociales.

ducación y prevención Artículo 7. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar programas permanentes de educación y prevención sobre la violencia de género.

incipios procesales Artículo 8. En la aplicación e interpretación de esta Ley, deberán tenerse en cuenta los siguientes principios y garantías procesales:

1. Gratuidad: las solicitudes, pedimentos, demandas y demás actuaciones relativas a los asuntos a que se refiere esta ley, así como las copias certificadas que se expidan de las mismas se harán

en papel común y sin estampillas. los funcionarios y las funcionarias de los poderes públicos que en cualquier forma intervengan, los tramitarán con toda preferencia y no podrán cobrar emolumento ni derecho alguno.

2. **Celeridad:** Los órganos receptores de denuncias, auxiliares de la administración de justicia en los términos del artículo 111 del Código Orgánico Procesal Penal y los tribunales competentes, darán preferencia al conocimiento y trámite de los hechos previstos en esta Ley, sin dilación alguna, en los lapsos previstos en ella, bajo apercibimiento de la medida administrativa que corresponda al funcionario o a la funcionaria que haya recibido la denuncia.
3. **Inmediación:** El juez o la jueza que ha de pronunciar la sentencia, debe presenciar la audiencia y la incorporación de las pruebas de las cuales obtiene su convencimiento, salvo en los casos que la Ley permita la comisión judicial para la evacuación de algún medio probatorio necesario para la demostración de los hechos controvertidos, cuyas resultas serán debatidas en la audiencia de juicio. Se apreciarán las pruebas que consten en el expediente debidamente incorporadas en la audiencia.
4. **Confidencialidad:** Los funcionarios y las funcionarias de los órganos receptores de denuncias, de las unidades de atención y tratamiento, y de los tribunales competentes, deberán guardar la confidencialidad de los asuntos que se sometan a su consideración.
5. **Oralidad:** Los procedimientos serán orales y sólo se admitirán las formas escritas previstas en esta Ley y en el Código Orgánico Procesal Penal.
6. **Concentración:** Iniciada la audiencia, ésta debe concluir en el mismo día. Si ello no fuere posible, continuará durante el menor número de días consecutivos.
7. **Publicidad:** El juicio será público, salvo que a solicitud de la mujer víctima de violencia el tribunal decida que éste se celebre total o parcialmente a puerta cerrada, debiendo informársele previa y oportunamente a la mujer, que puede hacer uso de este derecho.
8. **Protección de las víctimas:** Las víctimas de los hechos punibles aquí descritos tienen el derecho a acceder a los órganos especializados de justicia civil y penal de forma gratuita, expedita, sin dilaciones indebidas o formalismos inútiles, sin menoscabo de los derechos de las personas imputadas o acusadas. La protección de la víctima y la reparación del daño a las que tenga derecho serán también objetivo del procedimiento aquí previsto.

Medidas de Seguridad

y Protección y Medidas Cautelares Artículo 9. Las medidas de seguridad y protección, y las medidas cautelares son aquellas que impone la autoridad competente señalada en esta Ley, para salvaguardar la vida, proteger la integridad física, emocional, psicológica y los bienes patrimoniales de las de las mujeres víctimas de violencia.

Preeminencia de esta Ley Artículo 10. Las disposiciones de esta Ley serán de aplicación preferente por ser Ley Orgánica.

Uso de la fuerza Artículo 11. En todos los delitos previstos en esta Ley no se reconocerá fuero especial, salvo los expresamente contenidos en la Constitución de la

República Bolivariana de Venezuela y leyes de la República.

Preeminencia del Procedimiento Especial Artículo 12.

El juzgamiento de los delitos de que trata esta Ley se seguirá por el procedimiento especial aquí previsto, salvo el supuesto especial contenido en el párrafo único del artículo 65, cuyo conocimiento corresponde a los tribunales penales ordinarios.

Intervención de equipo interdisciplinario Artículo 13.

En la recepción de las denuncias y en la investigación procesal de los hechos de que trata esta Ley, se utilizará personal debidamente sensibilizado, concientizado y capacitado en violencia de género. Los respectivos despachos estarán dotados de salas de espera para personas imputadas, separadas de las destinadas para las víctimas.

CAPÍTULO III

DEFINICIÓN Y FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Definición Artículo 14. La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado.

Formas de violencia Artículo 15. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes:

1. **Violencia psicológica:** Es toda conducta activa u omisiva ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, marginalización, negligencia, abandono, celotipia, comparaciones destructivas, amenazas y actos que conllevan a las mujeres víctimas de violencia a disminuir su autoestima, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, a la depresión e incluso al suicidio.
2. **Acoso u hostigamiento:** Es toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer que pueda atentar contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que puedan poner en peligro su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él.
3. **Amenaza:** Es el anuncio verbal o con actos de la ejecución de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él.
4. **Violencia física:** Es toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.
5. **Violencia doméstica:** Es toda conducta activa u omisiva, constante o no, de empleo de fuerza física o violencia psicológica, intimidación, persecución o amenaza contra la mujer por parte del cónyuge, el

- concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantiene o mantuvo relación de afectividad, ascendientes, descendientes, parientes colaterales, consanguíneos y afines.
6. Violencia sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha.
 7. Acceso carnal violento: Es una forma de violencia sexual, en la cual el hombre mediante violencias o amenazas, constriñe a la cónyuge, concubina, persona con quien hace vida marital o mantenga unión estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos sea cual fuere su clase, por alguna de estas vías.
 8. Prostitución forzada: Se entiende por prostitución forzada la acción de obligar a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza, o mediante coacción como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la opresión psicológica o el abuso del poder, esperando obtener o haber obtenido ventajas o beneficios pecuniarios o de otro tipo, a cambio de los actos de naturaleza sexual de la mujer.
 9. Esclavitud sexual: Se entiende por esclavitud sexual la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque con la obligación de realizar uno o más actos de naturaleza sexual.
 10. Acoso sexual: Es la solicitud de cualquier acto o comportamiento de contenido sexual, para sí o para un tercero, o el procurar cualquier tipo de acercamiento sexual no deseado que realice un hombre prevaleciendo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, y con la amenaza expresa o tácita de causarle a la mujer un daño relacionado con las legítimas expectativas que ésta pueda tener en el ámbito de dicha relación.
 11. Violencia laboral: Es la discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo: públicos o privados que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, tales como exigir requisitos sobre el estado civil, la edad, la apariencia física o buena presencia, o la solicitud de resultados de exámenes de laboratorios clínicos, que supeditan la contratación, ascenso o la permanencia de la mujer en el empleo. Constituye también discriminación de género en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual salario por igual trabajo.
 12. Violencia patrimonial y económica: Se considera violencia patrimonial y económica toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en los ámbitos público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles en menoscabo del patrimonio de las mujeres víctimas de violencia o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos; o la privación de los medios económicos indispensables para vivir.
 13. Violencia obstétrica: Se entiende por 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.
 14. Esterilización forzada: Se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.
 15. Violencia mediática: Se entiende por violencia mediática la exposición, a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.
 16. Violencia institucional: Son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tengan como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley para asegurarles una vida libre de violencia.
 17. Violencia simbólica: Son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.
 18. Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes: Son todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, coerción o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material de carácter ilícito.
 19. Trata de mujeres, niñas y adolescentes: es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza o de otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes, con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

CAPÍTULO IV DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

definición y contenido Artículo 16. Las políticas públicas de prevención y atención son el conjunto de orientaciones y directrices dictadas por los órganos competentes, a fin de guiar las acciones dirigidas a asegurar los derechos y garantías consagrados en esta Ley.

programas Artículo 17. Los programas son un conjunto

articulado de acciones desarrolladas por personas naturales o jurídicas de naturaleza pública o privada, con fines de prevenir, detectar, monitorear, atender y erradicar la violencia en contra de las mujeres.

corresponsabilidad Artículo 18. El Estado y la sociedad son corresponsables por la ejecución, seguimiento y control de las políticas de prevención y atención de la violencia contra las mujeres de conformidad con esta Ley. Corresponde al Instituto Nacional de la Mujer, como ente rector, formular las políticas de prevención y atención de la violencia contra las mujeres.

El Ejecutivo Nacional dispondrá de los recursos necesarios para financiar planes, programas, proyectos y acciones de prevención y atención de la violencia de género, promovidos por los Consejos Comunales, las organizaciones de mujeres y otras organizaciones sociales de base.

carácter vinculante Artículo 19. Las políticas públicas adoptadas conforme a esta Ley tienen carácter vinculante para todos los órganos de la Administración Pública, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.

Clasificación de los programas Artículo 20. Con el objeto de desarrollar políticas públicas y permitir la ejecución de las medidas a que se refiere la presente Ley, se establecen con carácter indicativo, los siguientes programas:

1. De prevención: para prevenir la ocurrencia de formas de violencia en contra de las mujeres, sensibilizando, formando y capacitando en derechos humanos e igualdad de género a la sociedad en su conjunto.
2. De sensibilización, adiestramiento, formación y capacitación: para satisfacer las necesidades de sensibilización y capacitación de las personas que se dediquen a la atención de las víctimas de violencia, así como las necesidades de adiestramiento y formación de quienes trabajen con los agresores.
3. De apoyo y orientación a las mujeres víctimas de violencia y su familia: para informarla, apoyarla en la adopción de decisiones asertivas y acompañamiento en el proceso de desarrollo de sus habilidades, para superar las relaciones interpersonales de control y sumisión, actuales y futuras.
4. De abrigo: para atender a las mujeres víctimas de violencia de género u otros integrantes de su familia que lo necesiten, en caso de la existencia de peligro inminente o amenaza a su integridad física.
5. Comunicacionales: para la difusión del derecho de la mujer a vivir libre de violencia.
6. De orientación y atención a la persona agresora: para promover cambios culturales e incentivar valores de respeto e igualdad entre hombres y mujeres que eviten la reincidencia de las personas agresoras.
7. Promoción y defensa: para permitir que las mujeres y los demás integrantes de las familias conozcan su derecho a vivir libres de violencia y de los medios para hacer efectivo este derecho.
8. Culturales: para la formación y respeto de los valores y la cultura de igualdad de género.

Atribuciones del Instituto Nacional de la Mujer Artículo 21. El Instituto Nacional de la Mujer, como órgano encargado de las políticas y programas de prevención y atención de la violencia contra las mujeres, tendrá las siguientes atribuciones:

1. Formular, orientar, ejecutar, coordinar e instrumentar las políticas públicas de prevención y atención para ser implementadas en los diferentes órganos del Poder Público Nacional, Estatal y Municipal, a los fines de conformar y articular el sistema integral de protección al que se refiere esta Ley.
2. Diseñar, conjuntamente con el ministerio con competencia en materia del interior y justicia y el Tribunal Supremo de Justicia, planes y programas de capacitación de los funcionarios y las funcionarias pertenecientes a la administración de justicia y al sistema penitenciario, y demás entes que intervengan en el tratamiento de los hechos de violencia que contempla esta Ley.
3. Diseñar, conjuntamente con los ministerios con competencia en materia de Salud y de Participación Popular y Desarrollo Social, planes, proyectos y programas de capacitación e información de los funcionarios y las funcionarias que realizan actividades de apoyo, servicios y atención médica y psicosocial para el tratamiento adecuado de las mujeres víctimas de violencia y de sus familiares, así como para el agresor.
4. Diseñar, conjuntamente con los ministerios con competencia en materia de Educación, Deporte, de Educación Superior, de Salud, de Participación y Desarrollo Social, de Comunicación e Información y con cualquier otro ente que tenga a su cargo funciones educativas, planes, proyectos y programas de prevención y educación dirigidos a formar para la igualdad, exaltando los valores de la no violencia, el respeto, la equidad de género y la preparación para la vida familiar con derechos y obligaciones compartidas y, en general, la igualdad entre el hombre y la mujer en la sociedad.
5. Promover la participación activa y protagónica de las organizaciones públicas y privadas dedicadas a la atención de la violencia contra las mujeres, así como de los Consejos Comunales y organizaciones sociales de base, en la definición y ejecución de las políticas públicas relacionadas con la materia regulada por esta Ley.
6. Llevar un registro de las organizaciones especializadas en la materia regulada por esta Ley, pudiendo celebrar con éstas convenios para la prevención, investigación y atención integral de las mujeres en situación de violencia y la orientación de los agresores.
7. Elaborar el proyecto de reglamento de esta ley.
8. Las demás que le señalan otras leyes y reglamentos.

Planes, programas y proyectos de capacitación del Tribunal Supremo de Justicia Artículo 22. El Tribunal Supremo de Justicia, a través de la Dirección Ejecutiva de la Magistratura y de la Escuela de la Magistratura, proveerá lo conducente para la ejecución de planes, programas y proyectos de capacitación en justicia de género de los funcionarios y las funcionarias de la administración de justicia y de todas aquellas personas que intervengan en el tratamiento de los hechos que contempla esta Ley. La sensibilización, capacitación y formación la realizará el Tribunal Supremo de Justicia en coordinación con el Instituto Nacional de la Mujer, pudiendo suscribir convenios con las áreas de estudios de las mujeres y de género de las universidades. En los procedimientos previstos en esta Ley, los jueces y las juezas de las distintas instancias y jerarquía, incluyendo al Tribunal Supremo de Justicia, podrán solicitar la opinión de personas expertas en justicia de género.

Planes, proyectos y programas de capacitación por el Ministerio Público Artículo 23. El Ministerio Público deberá ejecutar planes, proyectos y programas especiales de formación en prevención y atención de la violencia de género, y transversalizar dichos programas con la perspectiva de género, en consonancia con la visión de los derechos humanos que consagra la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Atribuciones de los ministerios con competencia en materia de Educación y Deporte Artículo 24. Los ministerios con competencia en materia de educación y deporte deberán incorporar en los planes, proyectos y programas de estudio, en todos sus niveles y modalidades, contenidos, dirigidos a transmitir a los alumnos y alumnas, al profesorado y personal administrativo, los valores de la igualdad de género, el respeto, la mutua tolerancia, la autoestima, la comprensión, la solución pacífica de los conflictos y la preparación para la vida familiar y ciudadana, con derechos y obligaciones domésticas compartidas entre hombres y mujeres y, en general, la igualdad de condiciones entre los hombres y mujeres, niños, niñas y adolescentes. Asimismo, los ministerios con competencia en materia de educación y deporte, tomarán las medidas necesarias para excluir de los planes de estudio, textos y materiales de apoyo, todos aquellos estereotipos, criterios o valores que expresen cualquier tipo de discriminación o violencia en contra de las mujeres.

Atribuciones del ministerio con competencia en materia de Educación Superior Artículo 25. El ministerio con competencia en materia de educación superior, desarrollará acciones para transversalizar los planes con la perspectiva de género y tomará las medidas necesarias para eliminar de los planes de estudio, textos, títulos otorgados, documentos oficiales y materiales de apoyo utilizados en las universidades, todos aquellos estereotipos, criterios o valores que expresen cualquier forma de discriminación.

Así mismo, tomará las medidas necesarias para que las universidades incluyan en sus programas de pregrado y postgrado materias que aborden el tema de la violencia basada en género y promoverá el desarrollo de líneas de investigación en la materia.

Atribuciones del ministerio con competencia en materia del interior y justicia Artículo 26. El ministerio con competencia en materia del interior y justicia proveerá lo conducente para la ejecución de los planes y programas de capacitación de los funcionarios y las funcionarias directamente involucrados e involucradas en la aplicación de la presente Ley. Dichos planes y programas deberán formularse y realizarse en coordinación con el Instituto Nacional de la Mujer y deben garantizar el adecuado trato y asistencia a las mujeres víctimas de violencia. Igualmente contemplará en sus planes, programas especiales para la atención y orientación de las personas agresoras. Establecerá además programas dirigidos a garantizar a las mujeres privadas de libertad el ejercicio de los derechos previstos en esta Ley.

Atribuciones del ministerio con competencia en materia de salud Artículo 27. El ministerio con competencia en materia de salud ejecutará los planes de capacitación e información, conjuntamente con el Instituto Nacional de la Mujer, para que el personal de salud que ejerce actividades de apoyo, de servicios y atención médica y psicosocial, actúe adecuadamente en la atención, investigación y prevención de los hechos previstos en esta Ley.

Programas de prevención en medios de difusión masiva Artículo 28. El ministerio con competencia en materia de infraestructura y el Consejo Nacional de Telecomunicaciones, de conformidad con la Ley de Responsabilidad Social en Radio y Televisión, supervisarán la efectiva inclusión de mensajes y programas destinados a prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres en las programaciones de los medios de difusión masiva. A tal efecto, podrá establecer a las emisoras radiales y televisivas un tiempo mínimo gratuito para la transmisión de mensajes en contra de la violencia basada en género y de promoción de valores de igualdad entre los sexos.

Obligaciones de estados y municipios Artículo 29. Los estados y municipios, conforme a esta Ley, deberán coordinar con el Instituto Nacional de la Mujer y con los institutos regionales y municipales, las políticas, planes y programas a ejecutar para el desarrollo de las funciones de prevención y atención de la violencia contra la mujer en sus respectivas jurisdicciones.

Unidades de prevención, atención y tratamiento Artículo 30. El Ejecutivo Nacional, a través del órgano rector, coordinará con los órganos estatales y municipales el establecimiento de unidades especializadas de prevención de la violencia, así como centros de atención y tratamiento de las mujeres víctimas. Igualmente desarrollarán unidades de orientación que cooperarán con los órganos jurisdiccionales para el seguimiento y control de las medidas que le sean impuestas a las personas agresoras.

Atribuciones del Instituto Nacional de Estadística Artículo 31. El Instituto Nacional de Estadística, conjuntamente con el Instituto Nacional de la Mujer, coordinará con los organismos de los Poderes Públicos, los censos, estadísticas y cualquier otro estudio, permanente o no, que permita recoger datos desagregados de la violencia contra las mujeres en el territorio nacional.

Asas de abrigo Artículo 32. El Ejecutivo Nacional, Estatal y Municipal, con el fin de hacer más efectiva la protección de las mujeres en situación de violencia, con la asistencia, asesoría y capacitación del Instituto Nacional de la Mujer y de los institutos regionales y municipales de la mujer, crearán en cada una de sus dependencias casas de abrigo destinadas al albergue de las mismas, en los casos en que la permanencia en el domicilio o residencia implique amenaza inminente a su integridad.

CAPÍTULO V DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Atención a las mujeres víctimas de violencia Artículo 33. Los órganos receptores de denuncias deberán otorgar a las mujeres víctimas de los hechos de violencia previstos en esta Ley, un trato digno de respeto y apoyo acorde a su condición de afectada, procurando facilitar al máximo su participación en los trámites en que deba intervenir.

En consecuencia, deberán:

1. Asesorar a las mujeres víctimas de violencia sobre la importancia de preservar las evidencias.
2. Proveer a las mujeres agredidas información sobre los derechos que esta Ley le confiere y sobre los servicios gubernamentales o no gubernamentales disponibles para su atención y tratamiento.
3. Elaborar un informe de aquellas circunstancias que sirvan al esclarecimiento

de los hechos, el cual deberá acompañar a la denuncia.

4. Cualquier otra información que los órganos receptores consideren importante señalarle a la mujer en situación de violencia para su protección.

erechos laborales Artículo 34. Las trabajadoras o funcionarias víctimas de violencia tendrán derecho, en los términos previstos en las leyes respectivas, a la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo, a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo y a la excedencia en los términos que se determinen.

Parágrafo Único. Las ausencias totales o parciales al trabajo motivadas por la condición física o psicológica derivada de la violencia de género sufridas por las trabajadoras o funcionarias, se considerarán justificadas cuando así lo determinen los centros de atención de salud públicos o privados, en los términos previstos en la legislación respectiva.

ertificado Médico Artículo 35. A los fines de acreditar el estado físico de la mujer víctima de violencia, ésta podrá presentar un certificado médico expedido por profesionales de la salud que presten servicios en cualquier institución pública. De no ser posible, el certificado médico podrá ser expedido por una institución privada; en ambos casos, el mismo deberá ser conformado por un experto o una experta forense, previa solicitud del Ministerio Público.

tención jurídica gratuita Artículo 36. En aquellos casos en que la víctima careciere de asistencia jurídica, podrá solicitar al juez o jueza competente la designación de un profesional o una profesional del derecho, quien la orientará debidamente y ejercerá la defensa de sus derechos desde los actos iniciales de la investigación. A tales efectos, el tribunal hará la selección de los abogados o las abogadas existentes, provenientes de la Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer, de las defensorías estatales y municipales, de los colegios de abogados y abogadas de cada jurisdicción o de cualquier organización pública o privada dedicada a la defensa de los derechos establecidos en esta Ley.

Intervención en el procedimiento Artículo 37. La persona agraviada, la Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer y las organizaciones sociales a que se refiere el numeral sexto del artículo 70 de esta Ley, podrán intervenir en el procedimiento aunque no se hayan constituido como querellantes.

De la solicitud de copias simples y certificadas Artículo 38. La mujer víctima de violencia podrá solicitar ante cualquier instancia copia simple o certificada de todas las actuaciones contenidas en la causa que se instruya por uno de los delitos tipificados en esta Ley, las que se le otorgarán en forma expedita, salvo el supuesto de reserva de las actuaciones a que se refiere el Código Orgánico Procesal Penal.

CAPÍTULO VI DE LOS DELITOS

iolencia psicológica Artículo 39. Quien mediante tratos humillantes y vejatorios, ofensas, aislamiento, vigilancia permanente, comparaciones destructivas o amenazas genéricas constantes, atente contra la estabilidad emocional o psíquica de la mujer, será sancionado con prisión de seis a dieciocho meses.

coso u hostigamiento Artículo 40. La persona que mediante comportamientos, expresiones verbales o escritas, o mensajes electrónicos ejecute actos de intimidación, chantaje, acoso u hostigamiento que atenten contra la estabilidad emocional, laboral, económica, familiar o educativa de la mujer, será sancionado con prisión de ocho a veinte meses.

menaza Artículo 41. La persona que mediante expresiones verbales, escritos o mensajes electrónicos amenace a una mujer con causarle un daño grave y probable de carácter físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial, será sancionado con prisión de diez a veintidós meses.

Si la amenaza o acto de violencia se realizare en el domicilio o residencia de la mujer objeto de violencia, la pena se incrementará de un tercio a la mitad. Si el autor del delito fuere un funcionario público perteneciente a algún cuerpo policial o militar, la pena se incrementará en la mitad.

Si el hecho se cometiere con armas blancas o de fuego, la prisión será de dos a cuatro años.

iolencia física Artículo 42. El que mediante el empleo de la fuerza física cause un daño o sufrimiento físico a una mujer, hematomas, cachetadas, empujones o lesiones de carácter leve o levisimo, será sancionado con prisión de seis a dieciocho meses.

Si en la ejecución del delito, la víctima sufre lesiones graves o gravísimas, según lo dispuesto en el Código Penal, se aplicará la pena que corresponda por la lesión infringida prevista en dicho Código, más un incremento de un tercio a la mitad.

Si los actos de violencia a que se refiere el presente artículo ocurren en el ámbito doméstico, siendo el autor el cónyuge, concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantenga relación de afectividad, aun sin convivencia, ascendiente, descendiente, pariente colateral, consanguíneo o afín de la víctima, la pena se incrementará de un tercio a la mitad. La competencia para conocer el delito de lesiones conforme lo previsto en este artículo corresponderá a los tribunales de violencia contra la mujer, según el procedimiento especial previsto en esta Ley.

iolencia Sexual Artículo 43. Quien mediante el empleo de violencias o amenazas constriña a una mujer a acceder a un contacto sexual no deseado que comprenda penetración por vía vaginal, anal u oral, aun mediante la introducción de objetos de cualquier clase por alguna de estas vías, será sancionado con prisión de diez a quince años.

Si el autor del delito es el cónyuge, concubino, ex conyuge, ex concubino, persona con quien la víctima mantiene o mantuvo relación de afectividad, aun sin convivencia, la pena se incrementará de un cuarto a un tercio.

El mismo incremento de pena se aplicará en los supuestos que el autor sea el ascendiente, descendiente, pariente colateral, consanguíneo o afín de la víctima. Si el hecho se ejecuta en perjuicio de una niña o adolescente, la pena será de quince a veinte años de prisión.

Si la víctima resultare ser una niña o adolescente, hija de la mujer con quien el autor mantiene una relación en condición de cónyuge, concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantiene o mantuvo

relación de afectividad, aún sin convivencia, la pena se incrementará de un cuarto a un tercio.

Acto carnal con víctima especialmente vulnerable Artículo 44.

Incurrir en el delito previsto en el artículo anterior y será sancionado con pena de quince a veinte años de prisión, quien ejecute el acto carnal, aun sin violencias o amenazas, en los siguientes supuestos:

1. En perjuicio de mujer vulnerable, en razón de su edad o en todo caso con edad inferior a trece años.
2. Cuando el autor se haya prevalido de su relación de superioridad o parentesco con la víctima, cuya edad sea inferior a los dieciséis años.
3. En el caso que la víctima se encuentre detenida o condenada y haya sido confiada a la custodia del agresor.
4. Cuando se tratare de una víctima con discapacidad física o mental o haya sido privada de la capacidad de discernir por el suministro de fármacos o sustancias psicotrópicas.

Actos lascivos Artículo 45. Quien mediante el empleo de violencias o amenazas y sin la intención de cometer el delito a que se refiere el artículo 43, constriña a una mujer a acceder a un contacto sexual no deseado, afectando su derecho a decidir libremente su sexualidad, será sancionado con prisión de uno a cinco años. Si el hecho se ejecuta en perjuicio de una niña o adolescente, la pena será de dos a seis años de prisión.

En la misma pena incurrirá quien ejecute los actos lascivos en perjuicio de la niña o adolescente, aun sin violencias ni amenazas, prevaleciendo de su relación de autoridad o parentesco.

rostitución forzada Artículo 46. Quien mediante el uso de la fuerza física, la amenaza de violencia, la coacción psicológica o el abuso de poder, obligue a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual con el objeto de obtener a cambio ventajas de carácter pecuniario o de otra índole, en beneficio propio o de un tercero, será sancionado con pena de diez a quince años de prisión.

slavitud sexual Artículo 47. Quien prive ilegítimamente de su libertad a una mujer con fines de explotarla sexualmente mediante la compra, venta, préstamo, trueque u otra negociación análoga, obligándola a realizar uno o más actos de naturaleza sexual, será sancionado con pena de quince a veinte años de prisión.

coso sexual Artículo 48. El que solicitare a una mujer un acto o comportamiento de contenido sexual para sí o para un tercero o procurare un acercamiento sexual no deseado, prevaleciendo de una situación de superioridad laboral o docente o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, con la amenaza de causarle un daño relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será sancionado con prisión de uno a tres años.

iolencia laboral Artículo 49. La persona que mediante el establecimiento de requisitos referidos a sexo, edad, apariencia física, estado civil, condición de madre o no, sometimiento a exámenes de laboratorio o de otra índole para descartar estado de embarazo, obstaculice o condicione el acceso, ascenso o la estabilidad en el empleo de las mujeres, será sancionado con multa de cien (100 U.T.) a mil unidades tributarias (1.000 U.T.), según la gravedad del hecho.

Si se trata de una política de empleo de una institución pública o empresa del Estado, la sanción se impondrá a la máxima autoridad de la misma. En el supuesto de empresas privadas, franquicias o empresas transnacionales, la sanción se impondrá a quien ejerza la máxima representación en el país.

La misma sanción se aplicará cuando mediante prácticas administrativas, engañosas o fraudulentas se afecte el derecho al salario legal y justo de la trabajadora o el derecho a igual salario por igual trabajo.

Violencia patrimonial y económica Artículo 50. El cónyuge separado legalmente o el concubino en situación de separación de hecho debidamente comprobada, que sustraiga, deteriore, destruya, distraiga, retenga, ordene el bloqueo de cuentas bancarias o realice actos capaces de afectar la comunidad de bienes o el patrimonio propio de la mujer, será sancionado con prisión de uno a tres años.

La misma pena se aplicará en el supuesto de que no exista separación de derecho, pero el autor haya sido sometido a la medida de protección de salida del hogar por un órgano receptor de denuncia o a una medida cautelar similar por el Tribunal de Control, Audiencia y Medidas competente.

En el caso de que los actos a que se refiere el presente artículo estén dirigidos intencionalmente a privar a la mujer de los medios económicos indispensables para su subsistencia, o impedirle satisfacer sus necesidades y las del núcleo familiar, la pena se incrementará de un tercio a la mitad.

Si el autor del delito a que se refiere el presente artículo, sin ser cónyuge ni concubino, mantiene o mantuvo relación de afectividad con la mujer, aun sin convivencia, la pena será de seis a doce meses de prisión.

En los supuestos a que se refiere el presente artículo podrán celebrarse acuerdos reparatorios según lo dispuesto en el Código Orgánico Procesal Penal.

iolencia obstétrica Artículo 51. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarla o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio

profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

sterilización forzada Artículo 52. Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de dos a cinco años.

El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

fensa pública por razones de género Artículo 53. El o la profesional de la comunicación o que sin serlo, ejerza cualquier oficio relacionado con esa disciplina, y en el ejercicio de ese oficio u ocupación, ofenda, injurie, denigre de una mujer por razones de género a través de un medio de comunicación, deberá indemnizar a la mujer víctima de violencia con el pago de una suma no menor a doscientas (200 U.T.) ni mayor de quinientas unidades tributarias (500 U.T.) y hacer públicas sus disculpas por el mismo medio utilizado para hacer la ofensa y con la misma extensión de tiempo y espacio.

iolencia institucional Artículo 54. Quien en el ejercicio de la función pública, independientemente de su rango, retarde, obstaculice, deniegue la debida atención o impida que la mujer acceda al derecho a la oportuna respuesta en la institución a la cual ésta acude, a los fines de gestionar algún trámite relacionado con los derechos que garantiza la presente Ley, será sancionado con multa de cincuenta (50 U.T.) a ciento cincuenta unidades tributarias (150 U.T.).

El tribunal competente remitirá copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al órgano de adscripción del o la culpable, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Tráfico

ilícito de mujeres, niñas y adolescentes Artículo 55. Quien promueva, favorezca, facilite o ejecute la entrada o salida ilegal del país de mujeres, niñas o adolescentes, empleando engaños, coerción o fuerza con el fin de obtener un beneficio ilícito para sí o para un tercero, será sancionado o sancionada con pena de diez a quince años de prisión.

Trata de mujeres, niñas y adolescentes Artículo 56. Quien promueva, favorezca, facilite o ejecute la captación, transporte, la acogida o la recepción de mujeres, niñas o adolescentes, mediante violencias, amenazas, engaño, rapto, coacción u otro medio fraudulento, con fines de explotación sexual, prostitución, trabajos forzados, esclavitud, adopción irregular o extracción de órganos, será sancionado con prisión de quince a veinte años.

bligación de aviso Artículo 57. El personal de salud que atiende a las mujeres víctimas de los hechos de violencia previstos en esta Ley, deberá dar aviso a cualesquiera de los organismos indicados en el artículo 71 de la misma, en el término de las veinticuatro horas siguientes por cualquier medio legalmente reconocido.

Este plazo se extenderá a cuarenta y ocho horas, en el caso que no se pueda acceder a alguno de estos órganos

por dificultades de comunicación. El incumplimiento de esta obligación se sancionará con multa de cincuenta (50 U.T.) a cien unidades tributarias (100 U.T.), por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa.

Obligación de tramitar debidamente la denuncia

Artículo 58. Serán sancionados o sancionadas con la multa prevista en el artículo anterior, los funcionarios y funcionarias de los organismos a que se refiere el artículo 71 de esta Ley, que no tramitaren debidamente la denuncia dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a su recepción.

En virtud de la gravedad de los hechos podrá imponerse como sanción, la destitución del funcionario o la funcionaria.

O

Obligación de implementar correctivos Artículo 59.

Toda autoridad jerárquica en centros de empleo, de educación o de cualquier otra índole, que en conocimiento de hechos de acoso sexual por parte de las personas que estén bajo su responsabilidad, no ejecute acciones adecuadas para corregir la situación y prevenir su repetición, será sancionada con multa de cincuenta (50 U.T.) a cien unidades tributarias (100 U.T.). El órgano jurisdiccional especializado competente estimará a los efectos de la imposición de la multa, la gravedad de los hechos y la diligencia que se ponga en la corrección de los mismos.

V

eincidencia Artículo 60. Se considerará que hay reincidencia cuando después de una sentencia condenatoria definitivamente firme o luego de haberse extinguido la condena, el agresor cometiere un nuevo hecho punible de los previstos en esta Ley.

CAPÍTULO VII DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL

ndemnización Artículo 61. Todos los hechos de violencia previstos en esta Ley acarrearán el pago de una indemnización por parte del agresor a las mujeres víctimas de violencia o a sus herederos y herederas en caso de que la mujer haya fallecido como resultado de esos delitos, el monto de dicha indemnización habrá de ser fijado por el órgano jurisdiccional especializado competente, sin perjuicio de la obligación del agresor de pagar el tratamiento médico o psicológico que necesitare la víctima.

Reparación

Artículo 62. Quien resultare condenado por los hechos punibles previstos en esta Ley, que haya ocasionado daños patrimoniales en los bienes muebles e inmuebles de las mujeres víctimas de violencia, estará obligado a repararlos con pago de los deterioros que hayan sufrido, los cuales serán determinados por el órgano jurisdiccional especializado competente. Cuando no sea posible su reparación, se indemnizará su pérdida pagándose el valor de mercado de dichos bienes.

indemnización por acoso sexual Artículo 63. Quien resultare responsable de acoso sexual deberá indemnizar a la mujer víctima de violencia en los términos siguientes:

1. Por una suma igual al doble del monto de los daños que el acto haya causado a la persona acosada en su acceso al empleo o posición que aspire, ascenso o desempeño de sus actividades.
2. Por una suma no menor de cien (100 U.T.) ni mayor de quinientas unidades tributarias (500 U.T.), en aquellos casos en que no se puedan determinar daños pecuniarios. Cuando la indemnización no

podiere ser satisfecha por el condenado motivado por estado de insolvencia debidamente acreditada, el tribunal de ejecución competente podrá hacer la conversión en trabajo comunitario a razón de un día de trabajo por cada unidad tributaria.

CAPÍTULO VIII DISPOSICIONES COMUNES

Supletoriedad y complementariedad de normas

Artículo 64. Se aplicarán supletoriamente las disposiciones del Código Penal y Código Orgánico Procesal Penal, en cuanto no se opongan a las aquí previstas.

En los casos de homicidio intencional en todas sus calificaciones, tipificados en el Código Penal y el supuesto especial a que se refiere el párrafo único del artículo 65 de la presente Ley, la competencia corresponde a los tribunales penales ordinarios conforme al procedimiento establecido en el Código Orgánico Procesal Penal. Sin embargo, los tribunales aplicarán las circunstancias agravantes aquí previstas cuando sean procedentes y, en general, observarán los principios y propósitos de la presente Ley.

circunstancias agravantes Artículo 65. Serán circunstancias agravantes de los delitos previstos en esta Ley, las que se detallan a continuación, dando lugar a un incremento de la pena de un tercio a la mitad:

1. Penetrar en la residencia de la mujer agredida o en el lugar donde ésta habite, cuando la relación conyugal o marital de la mujer víctima de violencia con el acusado se encuentre en situación de separación de hecho o de derecho, o cuando el matrimonio haya sido disuelto mediante sentencia firme.
2. Penetrar en la residencia de la mujer víctima de violencia o en el lugar donde ésta habite, valiéndose del vínculo de consanguinidad o de afinidad.
3. Ejecutarlo con armas, objetos o instrumentos.
4. Ejecutarlo en perjuicio de una mujer embarazada.
5. Ejecutarlo en gavilla o con grupo de personas.
6. Si el autor del delito fuere un funcionario público en ejercicio de sus funciones.
7. Perpetrarlo en perjuicio de personas especialmente vulnerables, con discapacidad física o mental.
8. Que el acusado haya sido sancionado con sentencia definitivamente firme por la comisión de alguno de los delitos previstos en esta Ley.
9. Transmitir dolosamente a la mujer víctima de violencia infecciones o enfermedades que pongan en riesgo su salud.
10. Realizar acciones que priven a la víctima de la capacidad de discernir a consecuencia del empleo de medios fraudulentos o sustancias narcóticas o excitantes.

Parágrafo Único: En los casos de homicidio intencional en todas sus calificaciones, tipificados en el Código Penal, cuando el autor sea el cónyuge, ex conyuge, concubino, ex concubino, persona con quien la víctima mantuvo vida marital, unión estable de hecho o relación de afectividad, con o sin convivencia, la pena a imponer será de veintiocho a treinta años de presidio.

penas accesorias Artículo 66. En la sentencia condenatoria se establecerán expresamente las penas accesorias que sean aplicables en cada caso, de acuerdo

con la naturaleza de los hechos objeto de condena. Son penas accesorias:

1. La interdicción civil durante el tiempo de la condena en los casos de penas de presidio.
2. La inhabilitación política mientras dure la pena.
3. La sujeción a la vigilancia de la autoridad por una quinta parte del tiempo de la condena, desde que ésta termine, la cual se cumplirá ante la primera autoridad civil del municipio donde reside.
4. La privación definitiva del derecho a la tenencia y porte de armas, sin perjuicio que su profesión, cargo u oficio sea policial, militar o de seguridad.
5. La suspensión o separación temporal del cargo o ejercicio de la profesión, cuando el delito se hubiese cometido en ejercicio de sus funciones o con ocasión de éstas, debiendo remitirse copia certificada de la sentencia al expediente administrativo laboral y al colegio gremial correspondiente, si fuera el caso.

programas de orientación Artículo 67. Quienes resulten culpables de hechos de violencia en contra de las mujeres deberán participar obligatoriamente en programas de orientación, atención y prevención dirigidos a modificar sus conductas violentas y evitar la reincidencia. La sentencia condenatoria establecerá la modalidad y duración, conforme los límites de la pena impuesta.

trabajo comunitario Artículo 68. Si la pena a imponer no excede de dieciocho meses de prisión y la persona condenada no es reincidente, el órgano jurisdiccional en funciones de ejecución, podrá sustituir la misma por trabajo o servicio comunitario, entendiéndose como tal, aquellas tareas de interés general que la persona debe realizar en forma gratuita, por un período que no podrá ser menor al de la sanción impuesta, cuya regularidad podrá establecer el tribunal sin afectar la asistencia de la persona a su jornada normal de trabajo o estudio. Las tareas a que se refiere este artículo deberán ser asignadas según las aptitudes ocupacionales de la persona que cumple la condena, en servicios comunitarios públicos, privados o mixtos. Si la persona condenada no cumple con el trabajo comunitario, el Tribunal de Ejecución, previa audiencia con las partes, podrá ordenar el cumplimiento de la pena impuesta en la sentencia condenatoria. La ausencia de la mujer víctima de violencia en dicha audiencia no impedirá su realización.

ugar de cumplimiento de la sanción Artículo 69. Los responsables por hechos de violencia cumplirán la sanción en el sitio de reclusión que designe el tribunal, el cual debe disponer de las condiciones adecuadas para el desarrollo de los programas de tratamiento y orientación previstos en esta Ley.

CAPÍTULO IX DEL INICIO DEL PROCESO

Sección Primera: De la Denuncia

egitimación para denunciar Artículo 70. Los delitos a que se refiere esta Ley podrán ser denunciados por:

1. La mujer agredida.
2. Los parientes consanguíneos o afines.
3. El personal de la salud de instituciones públicas y privadas que tuviere conocimiento de los casos de violencia previstos en esta Ley.

4. Las defensorías de los derechos de la mujer a nivel nacional, metropolitano, estatal y municipal, adscritas a los institutos nacionales, metropolitanos, regionales y municipales, respectivamente.
5. Los Consejos Comunales y otras organizaciones sociales.
6. Las organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres.
7. Cualquier otra persona o institución que tuviere conocimiento de los hechos punibles previstos en esta Ley.

Órganos receptores de denuncia Artículo 71. La denuncia a que se refiere el artículo anterior podrá ser formulada en forma oral o escrita, con o sin la asistencia de un abogado o abogada, ante cualesquiera de los siguientes organismos:

1. Ministerio Público.
2. Juzgados de Paz.
3. Prefecturas y jefaturas civiles.
4. División de Protección en materia de niño, niña, adolescente, mujer y familia del cuerpo de investigación con competencia en la materia.
5. Órganos de policía.
6. Unidades de comando fronterizas.
7. Tribunales de municipios en localidades donde no existan los órganos anteriormente nombrados.
8. Cualquier otro que se le atribuya esta competencia.

Cada uno de los órganos anteriormente señalados deberá crear oficinas con personal especializado para la recepción de denuncias de los hechos de violencia a que se refiere esta Ley.

Parágrafo Único: Los pueblos y comunidades indígenas constituirán órganos receptores de denuncia, integrados por las autoridades legítimas de acuerdo con sus costumbres y tradiciones, sin perjuicio de que la mujer agredida pueda acudir a los otros órganos indicados en el presente artículo.

Obligaciones del órgano receptor de la denuncia

Artículo 72. El órgano receptor de la denuncia deberá:

1. Recibir la denuncia, la cual podrá ser presentada en forma oral o escrita.
2. Ordenar las diligencias necesarias y urgentes, entre otras, la práctica de los exámenes médicos correspondientes a la mujer agredida en los centros de salud pública o privada de la localidad.
3. Impartir orientación oportuna a la mujer en situación de violencia de género.
4. Ordenar la comparecencia obligatoria del presunto agresor, a los fines de la declaración correspondiente y demás diligencias necesarias que permitan el esclarecimiento de los hechos denunciados.
5. Imponer las medidas de protección y de seguridad pertinentes establecidas en esta Ley.
6. Formar el respectivo expediente.
7. Elaborar un informe de aquellas circunstancias que sirvan al esclarecimiento de los hechos, el cual deberá acompañar a la denuncia, anexando

cualquier otro dato o documento que sea necesario a juicio del órgano receptor de la denuncia.

8. Remitir el expediente al Ministerio Público.

contenido del expediente Artículo 73. El expediente que se forme habrá de contar con una nomenclatura consecutiva y deberá estar debidamente sellado y foliado, debiendo además contener:

1. Acta de denuncia en la que se explique la forma en que ocurrieron los hechos de violencia, haciendo mención expresa del lugar, hora y fecha en que fue agredida la persona denunciante, así como la fecha y hora en que interpone la denuncia.
2. Datos de identidad de la persona señalada como agresora y su vínculo con la mujer víctima de violencia.
3. Información sobre hechos de violencia que le hayan sido atribuidos al presunto agresor, especificando si fuere posible, la fecha en que ocurrieron, y si hubo denuncia formal ante un órgano receptor competente.
4. Constancia del estado de los bienes muebles o inmuebles afectados de propiedad de la mujer víctima, cuando se trate de violencia patrimonial.
5. Boleta de notificación al presunto agresor.
6. Constancias de cada uno de los actos celebrados, pudiendo ser esto corroborado mediante las actas levantadas a tales efectos, debidamente firmadas por las partes y el funcionario o la funcionaria del órgano receptor.
7. Constancia de remisión de la mujer agredida al examen médico pertinente.
8. Resultado de las experticias, exámenes o evaluaciones practicadas a la mujer víctima de violencia y al presunto agresor.
9. Especificación de las medidas de protección de la mujer víctima de violencia con su debida fundamentación.

Responsabilidad del funcionario receptor o de la funcionaria receptora Artículo 74.

El funcionario o la funcionaria que actúe como órgano receptor iniciará y sustanciará el expediente, aun si faltare alguno de los recaudos, y responderá por su omisión o negligencia, civil, penal y administrativamente, según los casos, sin que les sirvan de excusa órdenes superiores.

Sección Segunda: De la Investigación

objeto Artículo 75. La investigación tiene por objeto hacer constar la comisión de un hecho punible, las circunstancias que incidan en su calificación, la recolección y preservación de las evidencias relacionadas con su perpetración, la identificación del presunto autor u autores del delito y los elementos que fundamentan su culpabilidad.

competencia Artículo 76. El o la Fiscal del Ministerio Público especializado o especializada dirigirá la investigación en casos de hechos punibles y será auxiliado o auxiliada por los cuerpos policiales. De la apertura de la investigación se notificará de inmediato al Tribunal de Violencia contra la Mujer en Funciones de Control, Audiencia y Medidas.

alcance Artículo 77. El Ministerio Público debe investigar y hacer constar tanto los hechos y circunstancias útiles para el ejercicio de la acción, como aquellos que favorezcan a la defensa del imputado o imputada.

Derechos del imputado

Artículo 78. Durante la investigación, el imputado tendrá los derechos establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el Código Orgánico Procesal Penal y la presente Ley.

lapso para la investigación Artículo 79. El Ministerio Público dará término a la investigación en un plazo que no excederá de cuatro meses. Si la complejidad del caso lo amerita, el Ministerio Público podrá solicitar fundadamente ante el Tribunal de Violencia Contra la Mujer con funciones de Control, Audiencia y Medidas, competente, con al menos diez días de antelación al vencimiento de dicho lapso, una prórroga que no podrá ser menor de quince ni mayor de noventa días.

El Tribunal decidirá, mediante auto razonado, dentro de los tres días hábiles siguientes a la solicitud fiscal.

La decisión que acuerde o niegue la prórroga podrá ser apelada en un solo efecto.

Parágrafo Único: En el supuesto de que el Tribunal de Control, Audiencia y Medidas haya decretado la privación de libertad en contra del imputado e imputada, el Ministerio Público presentará el acto conclusivo correspondiente dentro de los treinta días siguientes a la decisión judicial. Este lapso podrá ser prorrogado por un máximo de quince días, previa solicitud fiscal debidamente fundada y presentada con al menos cinco días de anticipación a su vencimiento. El juez o la jueza decidirá lo procedente dentro de los tres días siguientes. Vencido el lapso sin que el o la fiscal presente el correspondiente acto conclusivo, el Tribunal acordará la libertad del imputado o imputada e impondrá una medida cautelar sustitutiva o alguna de las medidas de protección y seguridad a que se refiere la presente Ley.

libertad de Prueba Artículo 80. Salvo prohibición de la ley, las partes pueden promover todas las pruebas conducentes al mejor esclarecimiento de los hechos, las cuales serán valoradas según la sana crítica, observando las reglas de la lógica, los conocimientos científicos y las máximas de experiencia. La prueba de careo sólo podrá realizarse a petición de la víctima.

juzgados de Control, Audiencia y Medidas Artículo 81. Los Juzgados de violencia contra la mujer en funciones de Control, Audiencia y Medidas son los competentes para autorizar y realizar pruebas anticipadas, acordar medidas de coerción personal, resolver incidencias, excepciones y peticiones de las partes durante esta fase y velar por el cumplimiento de los derechos y garantías previstos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el Código Orgánico Procesal Penal, la presente Ley y el ordenamiento jurídico en general.

Sección

Tercera: De la querella

querella Artículo 82. Podrán promover querella las mujeres víctimas de violencia de cualesquiera de los hechos señalados en esta Ley, o sus familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cuando ésta se encuentre legal o físicamente imposibilitada de ejercerla.

ormalidad Artículo 83. La querella se presentará por escrito ante el Tribunal de Violencia contra la Mujer en funciones de Control, Audiencia y Medidas.

Contenido

Artículo 84. La querella contendrá:

1. El nombre, apellido, edad, estado, profesión, domicilio o residencia de la persona querellante, y

sus relaciones de parentesco con la persona querellada.

2. El nombre, apellido, edad, domicilio o residencia de la persona querellada.
3. El delito que se le imputa, el lugar, día y hora aproximada de su perpetración.
4. Una relación especificada de todas las circunstancias esenciales del hecho.

iligencias del Querellante Artículo 85. La persona querellante podrá solicitar a el o a la fiscal las diligencias que estime necesarias para la investigación de los hechos.

incidencias de la Querella Artículo 86. La admisibilidad, rechazo, oposición, desistimiento y demás incidencias relacionadas con la querella se tramitarán conforme a lo dispuesto en el Código Orgánico Procesal Penal.

Sección Cuarta: De las Medidas de Protección y de Seguridad

Medidas de protección y de seguridad Artículo 87. Las medidas de protección y de seguridad son de naturaleza preventiva para proteger a la mujer agredida en su integridad física, psicológica, sexual y patrimonial, y de toda acción que viole o amenace a los derechos contemplados en esta Ley, evitando así nuevos actos de violencia y serán de aplicación inmediata por los órganos receptores de denuncias. En consecuencia, éstas serán:

1. Referir a las mujeres agredidas que así lo requieran, a los centros especializados para que reciban la respectiva orientación y atención.
2. Tramitar el ingreso de las mujeres víctimas de violencia, así como de sus hijos e hijas que requieran protección a las casas de abrigo de que trata el artículo 32 de esta Ley.
En los casos en que la permanencia en su domicilio o residencia, implique amenaza inminente o violación de derechos previstos en esta Ley. La estadía en las casas de de abrigo tendrá carácter temporal.
3. Ordenar la salida del presunto agresor de la residencia común, independientemente de su titularidad, si la convivencia implica un riesgo para la seguridad integral: física, psíquica, patrimonial o la libertad sexual de la mujer, impidiéndole que retire los enseres de uso de la familia, autorizándolo a llevar sólo sus efectos personales, instrumentos y herramientas de trabajo. En caso de que el denunciado se negase a cumplir con la medida, el órgano receptor solicitará al Tribunal competente la confirmación y ejecución de la misma, con el auxilio de la fuerza pública.
4. Reintegrar al domicilio a las mujeres víctimas de violencia, disponiendo la salida simultánea del presunto agresor, cuando se trate de una vivienda común, procediendo conforme a lo establecido en el numeral anterior.
5. Prohibir o restringir al presunto agresor el acercamiento a la mujer agredida; en consecuencia, imponer al presunto agresor la prohibición de acercarse al lugar de trabajo, de estudio y residencia de la mujer agredida.
6. Prohibir que el presunto agresor, por sí mismo o por terceras personas, no realice actos de persecución,

intimidación o acoso a la mujer agredida o algún integrante de su familia.

7. Solicitar al órgano jurisdiccional competente la medida de arresto transitorio.
8. Ordenar el apostamiento policial en el sitio de residencia de la mujer agredida por el tiempo que se considere conveniente.
9. Retener las armas blancas o de fuego y el permiso de porte, independientemente de la profesión u oficio del presunto agresor, procediendo a la remisión inmediata al órgano competente para la práctica de las experticias que correspondan.
10. Solicitar al órgano con competencia en la materia de otorgamiento de porte de armas, la suspensión del permiso de porte cuando exista una amenaza para la integridad de la víctima.
11. Imponer al presunto agresor la obligación de proporcionar a la mujer víctima de violencia el sustento necesario para garantizar su subsistencia, en caso de que ésta no disponga de medios económicos para ello y exista una relación de dependencia con el presunto agresor. Esta obligación no debe confundirse con la obligación alimentaria que corresponde a los niños, niñas y adolescentes, y cuyo conocimiento compete al Tribunal de Protección.
12. Solicitar ante el juez o la jueza competente la suspensión del régimen de visitas al presunto agresor a la residencia donde la mujer víctima esté albergada junto con sus hijos o hijas.
13. Cualquier otra medida necesaria para la protección de todos los derechos de las mujeres víctimas de violencia y cualquiera de los integrantes de la familia.

Subsistencia de las

Medidas de Protección y de Seguridad Artículo 88. En todo caso, las medidas de protección subsistirán durante el proceso y podrán ser sustituidas, modificadas, confirmadas o revocadas por el órgano jurisdiccional competente, bien de oficio o a solicitud de parte. La sustitución, modificación, confirmación o revocación de las medidas de protección procederá en caso de existir elementos probatorios que determinen su necesidad.

Aplicación preferente de las medidas de seguridad y protección y de las medidas cautelares Artículo 89. Las medidas de seguridad y protección y las medidas cautelares establecidas en la presente Ley, serán de aplicación preferente a las establecidas en otras disposiciones legales, sin perjuicio que el juez o la jueza competente, de oficio, a petición fiscal o a solicitud de la víctima, estime la necesidad de imponer alguna de las medidas cautelares sustitutivas previstas en el Código Orgánico Procesal Penal con la finalidad de garantizar el sometimiento del imputado o acusado al proceso seguido en su contra.

Trámite en caso de necesidad y urgencia Artículo 90. El órgano receptor, en casos de necesidad y urgencia, podrá solicitar directamente al Tribunal de Violencia contra la Mujer en Funciones de Control, Audiencia y Medidas la respectiva orden de arresto. La resolución que ordena el arresto será siempre fundada. El tribunal deberá decidir dentro de las veinticuatro horas siguientes a la solicitud.

Disposiciones Comunes sobre las Medidas de Protección y Seguridad Artículo 91. El Tribunal de Violencia contra la Mujer en funciones de Control, Audiencia y Medidas, podrá:

1. Sustituir, modificar, confirmar o revocar las medidas de protección impuestas por el órgano receptor.
2. Acordar aquellas medidas solicitadas por la mujer víctima de violencia o el Ministerio Público.
3. Imponer cualquier otra medida de las previstas en los artículos 87 y 92, de acuerdo con las circunstancias que el caso presente.

Parágrafo Primero: Si la urgencia del caso lo amerita no será requisito para imponer la medida, el resultado del examen médico correspondiente, pudiendo subsanarse con cualquier otro medio probatorio que resulte idóneo, incluyendo la presencia de la mujer víctima de violencia en la audiencia.

Medidas cautelares Artículo 92. El Ministerio Público podrá solicitar al Tribunal de Violencia contra la Mujer en funciones de Control, Audiencia y Medidas, o en funciones de juicio, si fuere el caso, las siguientes medidas cautelares:

1. Arresto transitorio del agresor hasta por cuarenta y ocho horas que se cumplirá en el establecimiento que el tribunal acuerde.
2. Orden de prohibición de salida del país del presunto agresor, cuyo término lo fijará el tribunal de acuerdo con la gravedad de los hechos.
3. Prohibición de enajenar y gravar bienes de la comunidad conyugal o concubinaria, hasta un cincuenta por ciento (50%).
4. Prohibición para el presunto agresor de residir en el mismo municipio donde la mujer víctima de violencia haya establecido su nueva residencia, cuando existan evidencias de persecución por parte de éste.
5. Allanamiento del lugar donde se cometieron los hechos de violencia.
6. Fijar una obligación alimentaria a favor de la mujer víctima de violencia, previa evaluación socioeconómica de ambas partes.
7. Imponer al presunto agresor la obligación de asistir a un centro especializado en materia de violencia de género.
8. Cualquier otra medida necesaria para la protección personal, física, psicológica y patrimonial de la mujer víctima de violencia.

Sección Quinta: De la Aprehensión en flagrancia

Definición y forma de proceder Artículo 93. Se tendrá como flagrante todo delito previsto en esta Ley que se esté cometiendo o el que acaba de cometerse. También se tendrá como flagrante aquél por el cual el agresor sea perseguido por la autoridad policial, por la mujer agredida, por un particular o por el clamor público, o cuando se produzcan solicitudes de ayuda a servicios especializados de atención a la violencia contra las mujeres, realizadas a través de llamadas telefónicas, correos electrónicos o fax, que permitan establecer su comisión de manera inequívoca, o en el que se sorprenda a poco de haberse cometido el hecho, en el mismo lugar o cerca del lugar donde se cometió, con armas, instrumentos u objetos que de alguna manera hagan presumir con fundamento que él es el autor.

En estos casos, toda autoridad deberá y cualquier particular podrá, aprehender al agresor.

Cuando la aprehensión la realizare un particular, deberá entregarlo inmediatamente a la autoridad más cercana, quien en todo caso lo pondrá a disposición del Ministerio Público dentro de un lapso que no excederá de doce horas a partir del momento de la aprehensión.

Se entenderá que el hecho se acaba de cometer cuando la víctima u otra persona que haya tenido conocimiento del hecho, acuda dentro de las veinticuatro horas siguientes a la comisión del hecho punible al órgano receptor y exponga los hechos de violencia relacionados con esta Ley. En este supuesto, conocida la comisión del hecho punible el órgano receptor o la autoridad que tenga conocimiento, deberá dirigirse en un lapso que no debe exceder de las doce horas, hasta el lugar donde ocurrieron los hechos, recabará los elementos que acreditan su comisión y verificados los supuestos a que se refiere el presente artículo, procederá a la aprehensión del presunto agresor, quien será puesto a la disposición del Ministerio Público, según el párrafo anterior.

El Ministerio Público, en un término que no excederá de las cuarenta y ocho horas contadas a partir de la aprehensión del presunto agresor, lo deberá presentar ante el Tribunal de Violencia Contra la Mujer en Funciones de Control, Audiencia y Medidas, el cual, en audiencia con las partes y la víctima, si ésta estuviere presente, resolverá si mantiene la privación de libertad o la sustituye por otra menos gravosa.

La decisión deberá ser debidamente fundada y observará los supuestos de procedencia para la privación de libertad contenidos en el Código Orgánico Procesal Penal, ajustados a la naturaleza de los delitos contenidos en la presente Ley, según el hecho de que se trate y atendiendo a los objetivos de protección de las víctimas, sin menoscabo de los derechos del presunto agresor.

Sección Sexta: Del Procedimiento Especial

trámite Artículo 94. El juzgamiento de los delitos de que trata esta Ley se seguirá por el procedimiento especial aquí estipulado, aun en los supuestos de flagrancia previstos en el artículo anterior, con la salvedad consagrada en el parágrafo único del artículo 79, para el supuesto en que haya sido decretada medida privativa de libertad en contra del presunto agresor.

Formas de inicio del procedimiento Artículo 95. La investigación de un hecho que constituya uno de los delitos previstos en esta Ley, se iniciará de oficio, por denuncia oral, escrita o mediante querrela interpuesta por ante el órgano jurisdiccional competente.

Todos estos delitos son de acción pública; sin embargo, para el inicio de la investigación en los supuestos a que se refieren los artículos 39, 40, 41, 48, 49 y 53 se requiere la denuncia del hecho por las personas o instituciones legitimadas para formularla.

Investigación del Ministerio Público Artículo 96. Cuando el Ministerio Público tuviere conocimiento de la comisión de un hecho punible de los previstos en esta Ley, sin pérdida de tiempo ordenará el inicio de la investigación y dispondrá que se practiquen todas las diligencias necesarias que correspondan para demostrar la comisión del hecho punible, así como la responsabilidad penal de las personas señaladas como autores o partícipes, imponiendo inmediatamente las medidas de protección y seguridad que el caso amerite.

Del inicio ante otro órgano receptor Artículo 97. Cuando la denuncia o averiguación de oficio es conocida

por un órgano receptor distinto al Ministerio Público, éste procederá a dictar las medidas de protección y seguridad que el caso amerite y a notificar de inmediato a el o a la Fiscal del Ministerio Público correspondiente, para que dicte la orden de inicio de la investigación, practicará todas las diligencias necesarias que correspondan para acreditar la comisión del hecho punible, así como los exámenes médicos psicofísicos pertinentes a la mujer víctima de violencia.

Remisión al Ministerio Público Artículo 98. Dictadas las medidas de protección y seguridad, así como practicadas todas las diligencias necesarias y urgentes, las cuales no podrán exceder de quince días continuos, el órgano receptor deberá remitir las actuaciones al Ministerio Público, para que continúe la investigación.

Violación de derechos y garantías constitucionales

Artículo 99. Cuando una de las partes no estuviere conforme con la medida dictada por el órgano receptor, podrá solicitar ante el Tribunal de Violencia contra la Mujer en funciones de Control, Audiencia y Medidas, su revisión, el cual requerirá las actuaciones al Ministerio Público o al órgano receptor correspondiente, si fuera el caso.

Si recibidas por el o la Fiscal del Ministerio Público, las actuaciones procedentes de otro órgano receptor, éste observare violación de derechos y garantías constitucionales, procederá de inmediato a solicitar motivadamente su revisión ante el juez o jueza de Control, Audiencia y Medidas; para ello remitirá las actuaciones originales, dejando en el Despacho Fiscal copia simple de las mismas para continuar con la investigación.

Revisión y decisión de las medidas Artículo 100. Dentro de los tres días de despacho siguientes a la recepción de las actuaciones, el juez o jueza de Control, Audiencia y Medidas revisará las medidas, y mediante auto motivado se pronunciará modificando, sustituyendo, confirmando o revocando las mismas.

Remisión de las actuaciones Artículo 101. Al siguiente día de publicada la decisión a que se refiere el artículo anterior, el Tribunal de Control, Audiencia y Medidas remitirá las actuaciones originales al Ministerio Público o al órgano receptor correspondiente si fuera el caso, para que continúe con el procedimiento.

in de la investigación Artículo 102. Concluida la investigación, conforme a lo previsto en el artículo 79 o el supuesto especial previsto en el artículo 103 de esta Ley, el Ministerio Público procederá a dictar el acto conclusivo correspondiente.

Prórroga extraordinaria por omisión fiscal Artículo 103. Si vencidos todos los plazos, el o la Fiscal del Ministerio Público no dictare el acto conclusivo correspondiente, el juez o la jueza de Control, Audiencia y Medidas notificará dicha omisión a el o la Fiscal Superior, quien dentro de los dos días siguientes deberá comisionar un nuevo o una nueva Fiscal para que presente las conclusiones de la investigación en un lapso que no excederá de diez días continuos contados a partir de la notificación de la comisión, sin perjuicio de las sanciones civiles, penales y administrativas que sean aplicables a el o a la Fiscal omisivo u omisiva.

Transcurrida la prórroga extraordinaria a que se refiere el presente artículo, sin actuación por parte del Ministerio Público, el Tribunal de Control, Audiencia y Medidas decretará el archivo judicial, conforme a lo dispuesto en el Código Orgánico Procesal Penal.

e la audiencia preliminar Artículo 104. Presentada la acusación ante el Tribunal de Violencia Contra la Mujer

en Funciones de Control, Audiencia y Medidas, éste fijará la audiencia para oír a las partes, dentro de los diez días hábiles siguientes.

Antes del vencimiento de dicho plazo, las partes procederán a ofrecer las pruebas que serán evacuadas en la audiencia de juicio oral y oponer las excepciones que estimen procedentes. El tribunal se pronunciará en la audiencia.

En este acto el imputado podrá admitir los hechos, pero la pena a imponerse sólo podrá rebajarse en un tercio.

Finalizada la audiencia, el juez o la jueza expondrá fundadamente su decisión respecto a los planteamientos de las partes. En caso de admitir la acusación, dictará el auto de apertura a juicio y remitirá las actuaciones al tribunal de juicio que corresponda.

El auto de apertura a juicio será inapelable.

Sección

Séptima: Del Juicio Oral

el juicio oral Artículo 105. Recibidas las actuaciones, el Tribunal de Juicio fijará la fecha para la celebración de la audiencia oral y pública, en un plazo que no podrá ser menor de diez días hábiles ni mayor de veinte.

e la audiencia de juicio oral Artículo 106. En la Audiencia de Juicio actuará sólo un juez o jueza profesional. El debate será oral y público, pudiendo el juez o jueza decidir efectuarlo, total o parcialmente a puerta cerrada, previa solicitud de la víctima. El juez o la jueza deberá informar a la víctima de este derecho antes del inicio del acto. La audiencia se desarrollará en un solo día; si no fuere posible, continuará en el menor número de días hábiles consecutivos. Se podrá suspender por un plazo máximo de cinco días, sólo en los casos siguientes:

1. Por causa de fuerza mayor.
2. Por falta de intérprete.
3. Cuando el defensor o la defensora o el Ministerio Público lo soliciten en razón de la ampliación de la acusación.
4. Para resolver cuestiones incidentales o la práctica de algún acto fuera de la sala de audiencia.
5. Cualquier otro motivo que sea considerado relevante por el tribunal.

e la decisión Artículo 107. Finalizado el debate se levantará acta de todo lo acontecido, la cual será leída a viva voz y firmada por los o las intervinientes.

El juez o la jueza pasará a sentenciar en la sala destinada a tal efecto, a la cual no tendrán acceso en ningún momento las partes. La sentencia será dictada el mismo día, procediéndose a su lectura y quedando así notificadas las partes. El documento original se archivará. Las partes podrán solicitar copia de la sentencia.

En caso que no sea posible la redacción de la sentencia en el mismo día, el juez o la jueza expondrá a las partes los fundamentos de la misma y leerá la parte dispositiva.

La publicación se realizará dentro de los cinco días hábiles siguientes al pronunciamiento de la dispositiva.

el recurso de apelación Artículo 108. Contra la sentencia dictada en la audiencia oral se interpondrá recurso de apelación ante el tribunal que la dictó y podrá

ser ejercido dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de la publicación del texto íntegro del fallo.

Formalidades

Artículo 109. El recurso sólo podrá fundarse en:

1. violación de normas relativas a la oralidad, intermediación y concentración del juicio.
2. Falta, contradicción o ilogicidad manifiesta en la motivación de la sentencia, o cuando ésta se funde en prueba obtenida ilegalmente o incorporada con violación a los principios de la audiencia oral.
3. Quebrantamiento u omisión de formas sustanciales de los actos que causen indefensión.
4. Incurrir en violación de la ley por inobservancia o errónea aplicación de una norma jurídica.

ontestación del recurso Artículo 110. Presentado el recurso, las otras partes lo contestarán dentro de los tres días hábiles siguientes al vencimiento del lapso para su interposición. Al vencimiento de este plazo, el tribunal remitirá las actuaciones a la Corte de Apelaciones para que ésta decida.

e la Corte de Apelaciones Artículo 111. Recibidas las actuaciones, la Corte de Apelaciones tendrá un lapso de tres días hábiles siguientes a la fecha de su recibo para decidir sobre la admisibilidad del recurso. Admitido éste, fijará una audiencia oral que debe realizarse dentro de un plazo no menor de tres días hábiles ni mayor de cinco, contados a partir de la fecha de la admisión.

e la audiencia Artículo 112. En la audiencia los jueces o las juezas podrán interrogar a las partes; resolverán motivadamente con las pruebas que se promuevan y sean útiles y pertinentes.

Al concluir la audiencia deberán dictar el pronunciamiento correspondiente. Cuando la complejidad del caso lo amerite, podrán decidir dentro de los cinco días hábiles siguientes.

asación Artículo 113. El ejercicio del Recurso de Casación se registrará por lo dispuesto en el Código Orgánico Procesal Penal.

Sección Octava: De los Órganos Jurisdiccionales y del Ministerio Público

Atribuciones de los y las Fiscales del Ministerio Público Artículo 114. Son atribuciones de los y las Fiscales del Ministerio Público especializados en violencia contra las mujeres:

1. Ejercer la acción penal correspondiente.
2. Velar por el cumplimiento de las disposiciones previstas en esta Ley.
3. Investigar los hechos que se tipifican como delitos en esta Ley.
4. Solicitar y aportar pruebas y participar en su producción.
5. Dirigir y supervisar el cumplimiento de las funciones de la Policía de Investigación.

6. Solicitar fundadamente al órgano jurisdiccional las medidas cautelares pertinentes.
7. Solicitar al órgano jurisdiccional la sustitución, modificación, confirmación o revocación de las medidas de protección dictadas por los órganos receptores o de las medidas cautelares que hubiere dictado.
8. Solicitar fundadamente al órgano jurisdiccional el decomiso definitivo del arma incautada por el órgano receptor. En los casos en que resultare procedente, solicitará también la prohibición del porte de armas.
9. Reunir los elementos de convicción conducentes a la elaboración del acto conclusivo, en cuyos trámites se observarán las normas dispuestas en el Código Orgánico Procesal Penal.
10. Cualquier otra actuación prevista en el ordenamiento jurídico.

jurisdicción Artículo 115. Corresponde a los tribunales de violencia contra la mujer y a la Sala de Casación Penal del Tribunal Supremo de Justicia, el ejercicio de la jurisdicción para la resolución de los asuntos sometidos a su decisión, conforme a lo establecido en esta Ley, las leyes de organización judicial y la reglamentación interna.

Creación de los tribunales de violencia contra la mujer Artículo 116. Se crean los tribunales de violencia contra la mujer que tendrán su sede en Caracas y en cada capital de estado, además de las localidades que determine el Tribunal Supremo de Justicia a través de la Dirección Ejecutiva de la Magistratura.

Constitución de los tribunales de violencia contra la mujer Artículo 117. Los tribunales de violencia contra la mujer se organizarán en circuitos judiciales, de acuerdo con lo que determine la Dirección Ejecutiva de la Magistratura, la cual podrá crear más de un circuito judicial en una misma circunscripción, cuando por razones de servicio sea necesario. Su organización y funcionamiento se regirán por las disposiciones establecidas en esta Ley, en las leyes orgánicas correspondientes y en el Reglamento Interno de los Circuitos Judiciales.

En cada circuito judicial los tribunales de violencia contra la mujer estarán constituidos en primera instancia por jueces y juezas de control, audiencia y medidas; jueces y juezas de juicio y jueces y juezas de ejecución. En segunda instancia lo conforman las Cortes de Apelaciones.

competencia Artículo 118. Los tribunales de violencia contra la mujer conocerán en el orden penal de los delitos previstos en esta Ley, así como del delito de lesiones en todas sus calificaciones tipificadas en el Código Penal en los supuestos establecidos en el artículo 42 de la presente Ley y conforme al procedimiento especial aquí establecido.

En el orden civil, conocerán de todos aquellos asuntos de naturaleza patrimonial.

asación Artículo 119. La Sala de Casación Penal del Tribunal Supremo de Justicia conocerá del Recurso de Casación.

Sección Novena: De los Servicios Auxiliares

servicios auxiliares Artículo 120. Los tribunales de violencia contra la mujer contarán con:

1. Equipos multidisciplinarios o la asignación presupuestaria para la contratación de los mismos.
2. Una sala de trabajo para el equipo multidisciplinario.
3. Una sala de citaciones y notificaciones.

Objetivos del equipo interdisciplinario Artículo 121. Cada Tribunal de Violencia Contra la Mujer debe contar con un equipo multidisciplinario que se organizará como servicio auxiliar de carácter independiente e imparcial, para brindar al ejercicio de la función jurisdiccional experticia bio-psico-social-legal de forma colegiada e interdisciplinaria. Este equipo estará integrado por profesionales de la medicina, de la psiquiatría, de la educación, de la psicología, de trabajo social, de derecho, de criminología y de otras profesiones con experticia en la materia. En las zonas en que sea necesario, se contará con expertos o expertas interculturales bilingües en idiomas indígenas.

J

Atribuciones del equipo interdisciplinario Artículo 122. Son atribuciones de los equipos interdisciplinarios de los tribunales de violencia contra la mujer:

1. Emitir opinión, mediante informes técnicos integrales sobre la procedencia de proteger a la mujer víctima de violencia, a través de medidas cautelares específicas.
2. Intervenir como expertos independientes e imparciales del Sistema de Justicia en los procedimientos judiciales, realizando experticias mediante informes técnicos integrales.
3. Brindar asesoría integral a las personas a quienes se dicten medidas cautelares.
4. Asesorar al juez o a la jueza en la obtención y estimación de la opinión o testimonio de los niños, niñas y adolescentes, según su edad y grado de madurez.
5. Auxiliar a los tribunales de violencia contra la mujer en la ejecución de las decisiones judiciales.
6. Las demás que establezca la ley.

otación Artículo 123. Los tribunales de violencia contra la mujer deben ser dotados de las instalaciones, equipo y personal necesario para el cumplimiento de sus funciones; entre otras áreas, deben contar con:

1. Un espacio dirigido especialmente a la atención de la mujer agredida, separado del destinado a la persona agresora.
2. Un espacio y dotación apropiada para la realización de las funciones del equipo interdisciplinario.

Parágrafo Único: El ministerio con competencia en materia del interior y justicia creará en el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, una unidad médico-forense conformada por expertos para la atención de los casos de mujeres víctimas de violencia que emitirán los informes y experticias correspondientes en forma oportuna y expedita.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA. Hasta tanto sean creados los tribunales especializados en materia de violencia contra la mujer, el Tribunal Supremo de Justicia proveerá lo conducente para que las funciones de éstos sean cumplidas por los tribunales penales en funciones de control, juicio y ejecución ordinarios a los cuales se les conferirá competencia exclusiva en materia de violencia contra las

mujeres por vía de resolución de la Dirección Ejecutiva de la Magistratura, para el momento de entrada en vigencia de esta Ley.

El Tribunal Supremo de Justicia, diligenciará lo necesario para que la creación de los tribunales especializados en violencia contra la mujer, se ejecute dentro de un año contado a partir de la vigencia de la presente Ley. En dicho lapso se procederá a capacitar a los jueces y juezas, así como a los funcionarios y funcionarias que hayan de intervenir como operadores u operadoras de justicia en materia de violencia contra la mujer, por profesionales adscritos o adscritas al Instituto Nacional de la Mujer, Defensoría del Pueblo, Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer, universidades, organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, y cualquier otro ente especializado en justicia de género.

SEGUNDA. Hasta tanto sean creadas las unidades de atención y tratamiento de hechos de violencia contra la mujer, los jueces y las juezas para sentenciar podrán considerar los informes emanados de cualquier organismo público o privado de salud.

Los estados y municipios proveerán lo conducente para crear y poner en funcionamiento las unidades de atención y tratamiento, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley. En dicho lapso procederán a capacitar a las funcionarias y funcionarios que conformarán los mismos. Los informes y recomendaciones emanados de las expertas y los expertos de las organizaciones no gubernamentales, especializadas en la atención de los hechos de violencia contemplados en esta Ley, podrán ser igualmente considerados por los jueces y juezas.

TERCERA. Hasta tanto sean creados los lugares de cumplimiento de la sanción de los responsables por hechos de violencia contra las mujeres, el ministerio con competencia en la materia tomará las provisiones para adecuar los sitios de reclusión y facilitar la reeducación de los agresores.

La creación de dichos centros deberá desarrollarse en un plazo máximo de un año, luego de la entrada en vigencia de esta Ley. En dicho lapso se procederá a capacitar a los funcionarios, funcionarias y todas aquellas personas que intervendrán en el tratamiento de los penados por los delitos previstos en esta Ley.

CUARTA. En un lapso no mayor de un año, contado a partir de la publicación de esta Ley, la Nación, los estados y municipios deben disponer lo conducente para la creación y adaptación de las unidades, entidades y órganos aquí previstos. En el mismo lapso debe dictarse la normativa necesaria a los efectos de ejecutar sus disposiciones.

QUINTA. De conformidad con el artículo 24 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, las disposiciones procesales previstas en esta Ley se aplicarán desde el mismo momento de entrar en vigencia, aun a los procesos que se hallaren en curso, sin menoscabo del principio de irretroactividad en cuanto favorezcan al imputado o a la imputada, al acusado o a la acusada, al penado o penada.

Los recursos ya interpuestos, la evacuación de las pruebas ya admitidas, así como los términos o lapsos que hayan comenzado a correr, se registrarán por las disposiciones anteriores.

El Ministerio Público proveerá lo conducente para que las causas que se encuentren en fase de investigación sean tramitadas en forma expedita y presentado el acto

conclusivo correspondiente dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.

SEXTA. El Ejecutivo Nacional incluirá en las leyes de presupuesto anuales, a partir del año inmediatamente siguiente a la sanción de esta Ley, los recursos necesarios para el funcionamiento de los órganos, entidades y programas aquí previstos.

SÉPTIMA. Las publicaciones oficiales y privadas de la presente Ley deberán ir precedidas de su exposición de motivos.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA. Se deroga la Ley Sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia de fecha tres de septiembre de 1998, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 36.531, así como las disposiciones contrarias a la presente Ley.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA. Esta Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Dada, firmada y sellada en el Palacio Federal Legislativo, sede de la Asamblea Nacional, en Caracas, a los veinticinco días del mes de noviembre de dos mil seis. Año 196° de la Independencia y 147° de la Federación.

CILIA FLORES

Presidenta de la Asamblea Nacional

DESIRÉE SANTOS AMARAL

ROBERTO HERNÁNDEZ WOHNSIEDLER

Primera Vicepresidenta

Segundo Vicepresidente

IVÁN ZERPA GUERRERO

Secretario

Palacio de Miraflores, en Caracas a los dieciséis días del mes de marzo de dos mil siete. Años 196° de la Independencia y 148° de la Federación.

Cumplase
(L.S.)

HUGO CHAVEZ FRIAS

Refrendado

El Vicepresidente Ejecutivo

(L.S.)

JORGE RODRÍGUEZ GOMEZ

Refrendado

El Ministro del Poder Popular del Despacho de la

Presidencia

(L.S.)

HUGO CABEZAS BRACAMONTE.

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para Relaciones Interiores

y Justicia

(L.S.)

PEDRO CARREÑO ESCOBAR

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para Relaciones Exteriores

(L.S.)

NICOLÁS MADURO MOROS

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para las Finanzas

(L.S.)

RODRIGO CABEZAS MORALES

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para la Defensa

(L.S.)

RAÚL ISAÍAS BADUEL

Refrendado

La Ministra del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio

(L.S.)

MARÍA CRISTINA IGLESIAS

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para las Industrias Básicas y Minería

(L.S.)

JOSÉ SALAMAT KHAN FERNÁNDEZ

Refrendado

La Ministra del Poder Popular para el Turismo

(L.S.)

OLGA CECILIA AZUAJE

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para la Agricultura y Tierras

(L.S.)

ELIAS JAUA MILANO.

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para la Educación Superior

(L.S.)

LUIS ACUÑA CEDEÑO

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para la Educación

(L.S.)

ADAN CHAVEZ FRIAS

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para la Salud

(L.S.)

ERICK RODRÍGUEZ MIEREZ

Refrendado

E
l
M
i
n
i
s
t
r
o
d
e
l
P
o
d
e
r
P
o
p
u
l
a
r
p

a
r
a
e
l
T
r
a
b
a
j
o
y
S
e
g
u
r
i
d
a
d
S
o
c
i
a
l
(L.S.)

JOSÉ RIVERO GONZÁLEZ

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para la Infraestructura

(L.S.)

JOSE DAVID CABELLO RONDON

Refrendado

El Ministro del Poder Popular para la Energía y Petróleo

(L.S.)

RAFAEL DARÍO RAMÍREZ CARREÑO

Refrendado

La Ministra del Poder Popular para el Ambiente

(L.S.)

YUVIRI ORTEGA LOVERA

Refrendado

E
l
M
i
n
i
s
t
r
o
d
e
l
P
o
d
e
r
P
o
p
u
l
a
r
p

a
r
a
l
a
P
l
a
n
i
f
i
c
a
c
i
ó
n
y
D
e
s
a
r
r
o
l
l
o
(
L
.
S
.
)

DAVID VELÁSQUEZ CARABALLO

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para el Deporte
(L.S.)

EDUARDO ÁLVAREZ CAMACHO.

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para las
Telecomunicaciones y la Informática
(L.S.)

JESSE CHACÓN ESCAMILLO

Refrendado
La Ministra del Poder Popular para los Pueblos
Indígenas
(L.S.)

NICIA MALDONADO MALDONADO.

JORGE GIORDANI.

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para la Ciencia y
Tecnología
(L.S.)

HÉCTOR NAVARRO DÍAZ

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para la Comunicación y la
Información
(L.S.)

WILLIAN RAFAEL LARA

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para la Economía Popular
(L.S.)

PEDRO MOREJÓN CARRILLO

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para la Alimentación
(L.S.)

RAFAEL JOSÉ OROPEZA

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para
la Cultura
(L.S.)

FRANCISCO DE ASIS SESTO NOVAS

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para la Vivienda y Habitat
(L.S.)

RAMON ALFONZO CARRIZALEZ RENGIFO

Refrendado
El Ministro del Poder Popular para la Participación y
Desarrollo Social
(L.S.)

**Anexo 4 - Cartilha Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher –
Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**

Esta publicação tem por objetivo dar visibilidade a diversas situações vividas por nós, mulheres, como usuárias do sistema de saúde brasileiro. Mulheres de todo o país relatam ter sofrido diversas formas de agressões na assistência à saúde, principalmente na gravidez, no parto, pós-parto e nos casos de abortamento. Essas agressões são tão comuns que se tornaram previsíveis e até mesmo esperadas, mas a realidade não deveria ser essa.

Desafios: fortalecer a articulação entre as mulheres, ampliar a reflexão sobre a atual situação de violação de direitos humanos, de direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e contribuir para a elaboração de estratégias de enfrentamento da violência no atendimento obstétrico.

Todas mulheres têm direito a uma vida sem violência

Realização:

Apoio:

Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher
Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica

2014 Parto do Princípio

Esta obra está disponível nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Realização:
Parto do Princípio
Fórum de Mulheres do Espírito Santo

Elaboração:
Cristiane Yukiko Kondo
Karime Marcenis Junqueira Silveira
Denise Yoshie Niy
Deborah Rachel Audebert Delage Silva
Georgia Bianca Martins Pinha Buzatto
Heloisa Oliveira Salgado

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Violência contra mulheres : Problemas sociais 362.88082

Coordenação:
Cristiane Yukiko Kondo

Revisão técnica:
Denise Yoshie Niy
Carmen Simone Grilo Diniz

Revisão de texto:
Denise Yoshie Niy

Fotografia:
André Alves
Leane Barros

Ilustração:
Cristiane Yukiko Kondo

Diagramação e projeto gráfico:
Leane Barros
Cristiane Yukiko Kondo

Figurino:
Kiki Materiais Didáticos

Agradecimentos pelo apoio do Studio Base 40,
a todo o elenco e ao Avalanche.

1ª Tiragem: 3.000 exemplares

A cartilha também está disponível em pdf no site:
<http://www.partodoprincipio.com.br>

“Não chora não, porque ano que vem você está aqui de novo.”

“Cala a boca! Se continuar gemendo, ninguém vai vir te atender.”

“Você não sabe nem se limpar?”

“Se gritar, seu filho vai nascer surdo!”

“Não sabia que doía? Por que não pediu uma cesárea?”

“Esses peitos ninguém merece!”

Sumário:

Violência no parto: isso existe mesmo?.....	4
Direito ao acompanhante	6
Direito à informação	8
Direito à privacidade	10
Direito ao atendimento digno	12
Direito a se movimentar e a ficar na posição mais confortável	14
Direito à anestesia	15
Direito ao atendimento respeitoso	16
Direito ao atendimento baseado em evidência científica	17
Direito a parir.. ou do direito a não ser enganada	18
O que é violência contra a mulher?	20
O que é violência obstétrica?	20
Parto violento não é normal	21
Onde e como denunciar casos de violência obstétrica?	22

Referências bibliográficas disponíveis na versão digital no site:
<http://www.partodoprincipio.com.br>

Violência no parto: isso existe mesmo?

É muito comum a mulher ser tratada de forma grosseira, humilhante, desrespeitosa, agressiva ou mesmo violenta, pelo simples fato de ser mulher. Isso acontece nas ruas e em casa, quando a mulher está trabalhando, cuidando dos seus afazeres ou simplesmente se divertindo. Muitas vezes a mulher se sente desrespeitada, mas seu sentimento não é reconhecido ou é tratado como uma coisa boba. No parto não é diferente.

Quando a mulher se sente desrespeitada nas instituições de saúde durante o atendimento ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério, dizemos que ela passou por uma situação de violência. Essa situação é chamada de violência obstétrica.

O termo violência obstétrica é relativamente novo, embora as mulheres sejam desrespeitadas quando procuram atendimento a sua saúde sexual e reprodutiva há muito tempo. Isso porque existe a tendência a tratar qualquer tipo de violência contra a mulher como algo natural, que é assim mesmo. Então, se a mulher reclama do tratamento rude de um profissional de saúde, dizem que ela mereceu ou que ela provocou a situação. Ou, ainda, que o profissional estava estressado ou cansado e que a mulher deve relevar a violência sofrida.

Independentemente das desculpas que a sociedade dá, a violência contra a mulher não deve ser tolerada. E o mesmo vale para a violência obstétrica. Ela não é natural. O atendimento ao pré-natal, parto, pós-parto e aborto sempre deve ser realizado com respeito – respeito às leis, ao bem-estar da mulher e do bebê e às evidências científicas.

Nesta cartilha há exemplos de situações reais vivenciadas pelas mulheres* que podem ser consideradas como de violência obstétrica. Caso você tenha vivido alguma delas ou conheça alguém que tenha passado por isso, procure a ouvidoria da instituição de saúde onde o caso aconteceu e faça uma denúncia. Você também pode ligar para a ouvidoria do SUS e da ANS, pode denunciar no Ministério Público Federal ou Ministério Público Estadual.

Isso não aconteceu só com você! De acordo com uma pesquisa recente feita pela Fundação Perseu Abramo, 25% das mulheres que têm filhos passaram por algum tipo de violência obstétrica.

*Os nomes citados nesta publicação foram trocados para preservar o anonimato das mulheres que cederam seus relatos.

Disque Saúde: 136
ANS: 0800 701 9656

Direito ao acompanhante

Toda mulher tem direito a um acompanhante de sua livre escolha durante o acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto imediato em todos os serviços públicos e particulares.

“Todos os funcionários disseram:
‘Acompanhante só para quem paga quarto.’”
Alexandra, São Paulo (SP)

Quando vai dar à luz, toda mulher tem direito a um acompanhante de sua livre escolha durante o acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto imediato em todos os serviços públicos e particulares. Isso é um direito garantido por lei federal, ou seja, vale em todo o Brasil (Lei Federal 8.080/1990, RCD 36/2008 da Anvisa).

Impedir que a mulher tenha acompanhante, exigir que esse acompanhante seja uma mulher ou determinar os horários em que essa pessoa pode ficar com a gestante são exemplos de violência institucional no parto ou violência obstétrica.

“A maternidade alegou que no SUS não pode ter acompanhante. Mas se eu quisesse muito, eu poderia pagar o parto todo particular para ter acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto. Disseram que é só R\$ 1.500. Pagar R\$ 1.500 para ter o acompanhante, entendeu?”

Sueli, Cachoeiro de Itapemirim (ES)

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

Fabiana, Barbacena (MG)

“Eu fiquei lá, sem acompanhante. Fiquei internada 5 dias, não tinha ninguém pra me ajudar. Ainda lembro de coisas horríveis que disseram pra mim. Não desejo isso pra ninguém.”

Giovana, 16 anos, Serra (ES)

Direito à informação

“Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relações sexuais.”

Fátima, Vitória (ES)

“No ultrassom estava tudo normal. Mas a médica disse que tinha que marcar cesárea porque ‘pode ser que não tenha mais nenhuma gota de líquido lá dentro’. Eu não entendi, e ela só explicou que ela estudou muitos anos de medicina.”

Patrícia, Vitória (ES)

“Eles não explicam nada. Até agora eu não sei como vou saber quando é a hora de ir pra maternidade.”

Claudia, Vitória (ES)

Todas as mulheres têm direito a receber informações sobre o seu estado de saúde e sobre os procedimentos indicados, em linguagem clara, de modo respeitoso e compreensível. O profissional de saúde tem o dever de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, assim como os riscos ou possíveis complicações e as alternativas disponíveis. Com base nessas informações, a mulher tem o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, o que se chama direito à recusa informada.

“Eles fazem o trabalho dele, mas eu não sei nem explicar. É como se a gente fosse uma coisa, um trabalho e não um ser humano que precisa de informação, que precisa saber o que está acontecendo com ele.”

*Sara, Salvador (BA)**

“‘Mãezinha, o que adianta eu explicar? Por acaso você vai entender?’ foi o que o médico respondeu quando eu pedi explicação do procedimento. que iam fazer em mim.”

Rosa, Vitória (ES)

*relato retirado de: CARNEIRO, MF; IRIART, JAB; MENEZES, GMS. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 45, June 2013

Deixar de dar informações sobre o estado de saúde da mulher, não explicar claramente o que será realizado e não dar oportunidade para a mulher refletir se deseja ou não o procedimento constituem exemplos de violência no atendimento obstétrico.

Direito à privacidade

"Andar ajuda no trabalho de parto? Como? Como é que alguém consegue andar com aquela camisola toda aberta atrás que aparece tudo?"

Cátia, Serra (ES)

"Não me deixaram vestir a minha camisola. Mandaram tirar toda a minha roupa e vestir aquele avental... o avental da humilhação."

Maria, Vila Velha (ES)

"A mulher estava lá, sem acompanhante, com as pernas amarradas nas perneiras, uma médica gritando mandando ela fazer força e um monte de gente ali assistindo, olhando pra vagina dela esperando nascer... o maqueiro, a moça da limpeza, o rapaz da recepção... todo mundo aqui já viu um parto."

Isabel, Serra (ES)

"Por várias vezes entravam no quarto sem se apresentar, não explicavam nada, não pediam permissão e apertavam meu peito."

Karina, Vitória (ES)

"Pedi para a enfermeira da maternidade me ajudar na amamentação. Ela logo falou: 'Esses seus peitos ninguém merece! Você nunca vai conseguir amamentar com esses peitos!'"

Daniela, Vitória (ES)

Todas as mulheres têm direito à privacidade, ao conforto e a não ser constrangida nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações. Também deve ser garantida a confidencialidade (sigilo) de toda informação pessoal e o respeito aos seus valores éticos, culturais e religiosos.

Os serviços de saúde devem proporcionar condições para que as mulheres possam caminhar e se movimentar durante o trabalho de parto e devem garantir a privacidade, o conforto e a dignidade da mulher grávida e de seu acompanhante.

Direito ao atendimento digno

"Ele disse: 'Agora você vai ficar curtindo a sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã'."

*Flavia, Salvador (BA)**

"O médico deu tapas no rosto dela, chamou de 'vagabunda', disse que ela tinha que morrer. Depois veio uma enfermeira e disse que ela tinha que ter ficado em casa, xingou ela e foi todo o resto nesse jeito."

Verônica, Vitória (ES)

"Aí, eles deixam a mulher sangrando esperando e ligam pra polícia. É um absurdo."

Gabriela, Vila Velha (ES)

"Eu estava tendo um aborto e o médico achou que eu tinha provocado por causa da minha idade. Aí, ele fez a curetagem sem anestesia. Processei ele."

Juliana, Cachoeiro de Itapemerim (ES)

*relato retirado de: CARNEIRO, MF; IRIART, JAB; MENEZES, GMS. "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 45, June 2013

Nas situações de urgência ou emergência, como são os casos de complicações de abortamento, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da mulher de modo rápido, respeitoso e de acordo com as normas do Ministério da Saúde que se referem às condutas para abortamento. Não importa se a situação foi provocada ou espontânea, natural. A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo profissional de saúde.

Destratar a mulher, fazer julgamentos a seu respeito, quebrar o sigilo profissional, negar atendimento a ela ou deixá-la esperando atendimento são situações de violência no atendimento obstétrico.

Direito a se movimentar e a ficar na posição mais confortável

"Eu falei que queria ter meu parto de cócoras. Ele respondeu que ele não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico."

Luana, São Paulo (SP)

"Mandam a gente ficar o tempo todo deitada do lado esquerdo, 'fica quietinha, mãezinha, você tem que colaborar'. Só sei que é difícil demais ficar parada com aquelas dores todas."

Vanessa, Serra (ES)

Durante o trabalho de parto e o parto, a mulher tem o direito de se movimentar e de ficar na posição em que se sentir mais confortável. Se a mulher permanece presa à cama, sem se mexer, fica mais difícil para suportar as contrações e o trabalho de parto pode ser mais demorado. Além disso, na hora do nascimento, se a mulher puder escolher a posição em que ela quer dar à luz, haverá menor chance de ela sofrer lacerações no períneo (machucados na região genital). Impedir que a mulher se movimente e obrigá-la a ficar numa posição determinada durante o trabalho de parto e parto são exemplos de violência no atendimento obstétrico.

Direito à anestesia

"Chorei na hora do corte e depois chorei do primeiro ao último ponto. Depois que nasceu, aplicaram anestesia. A anestesia não pegou e costuraram assim mesmo. "

Priscila, Serra (ES)

"A dor maior foi quando me costuraram. Senti cada ponto e eles mandavam eu ficar quieta. Eu chorava e gritava pedindo para parar."

Andressa, Vila Velha (ES)

"Se for para fazer analgesia de parto, o anestesista não vem. Ele mora a 30km daqui."

Sonia, Vitória (ES)

"Meu médico disse: 'Você não queria um parto normal? Agora aguenta. Se você não queria sentir dor, tinha que ter pedido cesariana'."

Janaína, São Paulo (SP)

Todas as mulheres têm direito ao acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, e também a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento (incluindo os métodos não farmacológicos de alívio da dor, como: presença do acompanhante de livre escolha da mulher, privacidade, liberdade para andar e movimentar-se, liberdade para escolher a posição para o parto, bolsa de água quente, chuveiro, banheira, massagens, entre outros).

Direito ao atendimento respeitoso

"Cala a boca e faz força direito! Você quer matar o seu filho?"

Juliana, Vitória (ES)

"Falaram pra mim: 'Na hora de fazer tava bom, né?'"

Ana Paula, 17 anos, Telêmaco Borba (PR)

"Eu lembro que falavam assim pra mim: 'Na hora de fazer, você tava gostando, não é?' É muita humilhação. Você tá lá sozinha, com dor, com medo, e as pessoas ainda ficam falando desse jeito."

Silvana, Rio de Janeiro (RJ)

"Quando eu estava indo embora, uma enfermeira disse: 'Ano que vem você tá aqui de novo. Vocês são tudo assim.'"

Maira, Serra (ES)

Todas as mulheres têm direito ao acolhimento respeitoso nos serviços de saúde, livre de qualquer discriminação e livre de qualquer violência. Tratamento grosseiro, piadas, chacotas e broncas constituem exemplos de violência institucional no parto. São muito comuns, porém, não devem ser encarados como normais ou aceitáveis.

Direito ao atendimento baseado em evidência científica

"Veio um homem e subiu em cima da minha barriga. Eu só gritava e pensava que ia morrer. Foi uma situação horrível."

Fernanda, Vitória (ES)

"A gente fica lá, sozinha, com dor, não dão água, não dão comida, fica lá largada, sem celular, sem óculos, sem nada, só ouvindo desaforo."

Amanda, Vila Velha (ES)

"A enfermeira veio colocar o soro e eu perguntei o motivo. Ela respondeu: 'Ninguém aqui quer um bebê morto, não é mesmo?'"

Roberta, São Paulo (SP)

"O médico disse que tinha que cortar (episiotomia) porque se ele não cortasse, eu ia ficar com a vagina larga e meu marido ia me trocar por uma outra na rua."

Heloisa, Vitória (ES)

Muitas condutas comuns na prática obstétrica brasileira não são recomendadas pela ciência, porém, elas continuam sendo ensinadas nas faculdades de Medicina e Enfermagem. Como resultado, muitas mulheres são submetidas a procedimentos dolorosos e potencialmente danosos sem que haja qualquer benefício para sua saúde ou a de seus bebês. São exemplos dessas condutas: a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da mulher ou subir em cima dela no momento do nascimento do bebê), o soro com ocitocina (também chamado de "sorinho") como rotina do hospital, episiotomia de rotina e o jejum obrigatório. Realizar essas condutas representam exemplos de violência no atendimento obstétrico.

Direito a parir... ou do direito a não ser enganada

"O médico disse que eu tinha que fazer uma cesárea porque o pé do bebê estava agarrado na minha costela."

Solange, Vila Velha (ES)

"A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações."

Simone, São Paulo (SP)

"Eu queria muito um parto normal e o meu médico sabia. Ele disse: 'melhor fazer cesárea para não passar da hora, ou você quer colocar a vida do seu filho em risco?'. Eu comecei a chorar e aceitei, lógico! [...] E marcou para a semana antes do natal."

Beatriz, Vitória (ES)

"Ele disse: 'melhor agendar [a cesárea] para não correr o risco de não ter vaga no hospital'."

Camila, Rio de Janeiro (RJ)

No Brasil, de 70% a 80% das mulheres que passaram por uma cesárea queriam parto normal no começo da gravidez. As mulheres que são submetidas a cesáreas desnecessárias e indesejadas passam por um processo de ameaça, coerção e convencimento. Os argumentos comumente utilizados são: "seu corpo não funciona", "não teve dilatação", "tem pouco líquido", "o cordão está enrolado no pescoço", "a cesárea é mais segura", "a cesárea não dói", "ih, teve falha na indução", "se o parto acontecer no final de semana não tem pediatra ou não tem anestesista na maternidade", "seu plano [de saúde] é enfermaria", "se não marcar o parto não vai ter vaga", "ou você paga a disponibilidade ou você agenda a cesárea", "se você quer ter um parto normal, vai no público pra ver o que é bom", ou ainda, uma das piores chantagens: "faz cesárea, ou por acaso você quer que seu filho morra?".

Todas essas situações constituem violência obstétrica e têm efeitos físicos e emocionais muito importantes na vida da mulher: a violência vivida na relação com os profissionais, a dor da recuperação, os riscos e complicações de uma cirurgia desnecessária (incluindo o risco de morte da mulher, morte do bebê e sequelas), dificuldade com a amamentação e a frustração do desejo por um parto. As conveniências dos planos de saúde, dos serviços de saúde e dos profissionais na maioria das vezes são colocadas acima da saúde física e psicológica das mulheres e de seus filhos.

O que é violência obstétrica?

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero.

As formas mais comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família; fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou sobre sua situação socioeconômica; realizar procedimentos sem esclarecimentos ou desconsiderar a recusa informada; utilizar inadequadamente procedimentos para acelerar partos e vagar leitos; prestar assistência sem

“A dor das contrações a gente esquece. A dor da humilhação a gente lembra pra sempre.”

Renata, Cariacica (ES)

O que é violência contra a mulher?

“Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.”

(Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, 1994)

observar as melhores evidências científicas disponíveis da segurança e/ou da efetividade das intervenções; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; não oferecer condições para a amamentação e para o contato do bebê sadio com a mãe; violar direitos da mulher garantidos por lei; descumprir normativas e legislação vigente; e coagir mulheres a contratarem serviços e planos (como fotografia e filmagem ou plano do tipo “apartamento”) como única forma de garantir direitos já garantidos por lei às mulheres.

Em decorrência dessa violência, algumas mulheres morrem, outras carregam sequelas físicas e psicológicas, e muitas sobrevivem marcadas pela violência. “É assim mesmo” é a forma em que as usuárias relatam a certeza da violência e revelam a barreira que dificulta o acesso aos serviços de atenção obstétrica.

Parto violento não é normal

Todas as mulheres têm direito a uma vida sem violência e livre de discriminação. Não basta que a mulher e o bebê sobrevivam ao parto, queremos garantias de um atendimento digno, respeitoso, humanizado e com práticas embasadas em evidências. E isso é o mínimo que todo profissional e todo serviço de saúde pode oferecer.

Onde e como denunciar casos de violência obstétrica?

Ainda não existem mecanismos próprios para identificar e notificar a violência obstétrica, o que colabora para que esse problema continue sendo invisível para a sociedade. Os serviços que funcionam atualmente não estão preparados para receber denúncias de violência no atendimento obstétrico e sua estrutura não favorece esse tipo de registro. Ainda assim, você pode ligar para os serviços a seguir para registrar sua denúncia:

Disque Violência contra a Mulher: 180

Disque Saúde: 136

Caso você tenha sido atendida pelo plano de saúde, faça a denúncia na **Agência Nacional de Saúde Suplementar** (ANS): 0800 701 9656

Faça a denúncia também no **Ministério Público Federal** e **Ministério Público Estadual** em sua região. É possível fazer a denúncia através do site do Ministério Público.

Nos casos de atendimento particular ou atendimento realizado através de plano de saúde, você pode acionar o **PROCON** de sua cidade.

Caso seja necessário e você não tenha como contratar um advogado, procure a **Defensoria Pública** para obter assistência jurídica gratuita, independentemente se você usou o serviço público ou o privado.

Se precisar, exija cópia do seu prontuário. O prontuário fica depositado na instituição de saúde (hospital, maternidade, casa de parto), mas pertence ao paciente, que tem direito às cópias. A instituição pode cobrar apenas os custos das cópias.

A **Parto do Princípio** possui um canal para tirar dúvidas sobre violência obstétrica:
violencianoparto@partodoprincipio.com.br

O **Fórum de Mulheres do Espírito Santo** é uma organização feminista criada em 1992 que mobiliza mulheres, movimentos de mulheres e organizações mistas para a formação política, para a auto-organização das mulheres, para a luta pela autonomia e liberdade das mulheres através das reivindicações contra a opressão de gênero, contra a discriminação étnico-racial, socioeconômica, geracional e de orientação sexual. Mais de 32 representações do Estado do Espírito Santo integram o Fórum trabalhando de forma articulada na denúncia de situações de opressão, na luta pela justiça sócioambiental, na reivindicação por políticas públicas para mulheres e de enfrentamento de todas formas de violência contra as mulheres. Desde 2010, o Fórum de Mulheres do Espírito Santo, em parceria com a **Parto do Princípio**, incluiu o aprofundamento da discussão sobre violência obstétrica nos seus eixos de luta.

Este material foi impresso com o apoio do Fundo Brasil de Direitos Humanos. A apresentação dos fatos contidos nesta publicação não expressa necessariamente o posicionamento do Fundo.

A **Parto do Princípio** é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela melhoria da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aborto, tendo como principal norteador a defesa da autonomia da mulher. A rede atua na articulação de mulheres nos âmbitos local, regional e nacional, oferecendo espaços (presenciais e virtuais) para troca de experiências entre mulheres sobre assistência ao parto e de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). A rede realiza denúncias referentes à assistência e ao acesso à saúde, reivindicações de políticas públicas efetivas a fim de combater a violência obstétrica (violência institucional na assistência à gestação, ao parto, pós-parto e abortamento), ações de divulgação de direitos das mulheres, entre outras ações.

Referências bibliográficas

AGUIAR, J. M. De, & D'Oliveira, A. F. P. L. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 79–92. doi:10.1590/S1414-32832010005000035

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

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Evidence-based cesarean section indications: part I. *Femina*, v. 38, n. 8, 2010, p. 415–422.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Sistema de Legislação da Saúde – Saúde Legis. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em maio 2014.

BERTOLANI, G. B. M.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres em situação de

abortamento: estudo de caso. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 286-301, jun. 2010. ISSN 1984-0470.

CARNEIRO, M.F.; IRIART, J.A.B.; MENEZES, GMS. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 45, June 2013

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library*, v. 10, n. 13, 2011.

CORDEIRO, D. M. B. Parirás na dor, verbo ou construção ideológica? A mulher em parturição e suas necessidades de assistência: estudo das representações sociais de médicos e profissionais de enfermagem. 1998. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, v.359, n.11, p.1681-5, 2002.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K.M. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.337-55.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, v. 19, n. 2, 2009, p. 313–326.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, 2005, p. 627–637.

DINIZ, C.S.G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001.

Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprod.*, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J.; CROWHTER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYER, J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GRAHAM, I. D.; CARROLI, G.; DAVIES, C.; MEDVES, J. M. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth (Berkeley, Calif.)*, v. 32, n. 3, 2005, p. 219–23. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x.

GUYATT, G. (1992). Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, v. 268, n. 17, p. 2420–2425.

HIGGINS, J.; GREEN, S. (Ed.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <www.cochrane-handbook.org>. Acesso em maio 2014.

HOTIMSKY, S.N. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

HOTIMSKY, S.N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.5, p.1303-11, 2002.

LINO, H. C. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. Dissertação

(Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

LO, B.; FIELD, M. J. (Ed.). *Conflict of interest in medical research, education, and practice*. Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, Board on Health Sciences Policy. Washington, 2009.

OEI. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher: “Convenção de Belém do Pará”. Belém, 1994. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

SALGADO, H. O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Journal of Human Growth and Development*, v. 2, n. 2, p. 191–8.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Trad. S.O.S. Corpo. Educ. Real., v.16, n.2, p.1-27, 1990.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (Org.). *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado - uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/ SESC, 2013.

WAGNER, M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *The Lancet*, v. 353, June 5, 1999, p. 1977–1978.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, v. 75, supl. 1, p.25-37, 2001.

WHO. Division of Reproductive Health. *Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide*. Geneva, 1996.

Anexo 5 - Projeto 1:4 - Retratos da Violência Obstétrica

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

Dói contar, mas ao
mesmo tempo é ótimo
poder desabafar para
pessoas que eu sei
que não vão me dizer
que estou exagerando.

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

Eu me senti
invadida, [...] tive
meu órgão dilacerado
e reconstruído
mecanicamente.

Anexo 6 - Cartilha OMS sobre a taxa de cesárias

Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas

Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.

Resumo Executivo

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade internacional aponta para a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 sobre a taxa de cesáreas.

Taxa de cesáreas em populações

A OMS realizou duas pesquisas. A primeira foi uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população. O segundo estudo realizado pela OMS analisou todos os dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Baseada nesses estudos e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

Taxas de cesárea ao nível hospitalar e a necessidade de um sistema de classificação universal

Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como "Classificação de Robson") tem sido amplamente utilizada em muitos países. Em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatavam a experiência de profissionais que haviam usado a classificação de Robson. Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis adaptações ou modificações propostas pelos usuários desse sistema.

A OMS propõe que a classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. Para ajudar os hospitais na adoção da classificação de Robson, a OMS irá preparar e divulgar um manual sobre como usar, implementar e interpretar a classificação, que incluirá a padronização de todos os termos e definições.

Introdução

2

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza, no Brasil, e que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%” (1). O grupo de especialistas baseou essa afirmação em uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea.

Desde essa declaração, por diversos motivos, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (2, 3). Quando realizadas por motivos médicos, as cesáreas podem efetivamente reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal (4). Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados (5, 6, 7).

Em termos populacionais, a proporção de partos cesáreos reflete o nível de acesso a essa intervenção e seu uso. Essa medida é útil para os governantes e responsáveis por políticas de saúde avaliarem os avanços na área de saúde materno-infantil e para monitorar os cuidados obstétricos de emergência e o uso de recursos nessa área (8). Nos últimos anos, autoridades governamentais e médicos têm se preocupado com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materno-infantil (9, 10, 11, 12). O custo também é um fator importante nessa questão, uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos (12, 13, 14).

Ao longo das últimas três décadas, surgiram mais informações sobre os benefícios e riscos da cesárea, houve uma melhora importante nos cuidados obstétricos e também ocorreram avanços nos métodos para avaliar evidências e para formular recomendações. Consequentemente, profissionais de saúde, cientistas, epidemiologistas e tomadores de decisão têm vindo a público pedir a revisão das recomendações sobre taxas de cesáreas formuladas em 1985 (9, 15). Porém, a tarefa de definir qual é a taxa de cesárea adequada em termos populacionais — isto é, a taxa mínima de cesáreas com indicação médica que ao mesmo tempo evite cirurgias desnecessárias — é um grande desafio. Para responder a essa pergunta, a OMS realizou duas pesquisas. A primeira foi uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população. O segundo estudo realizado pela OMS analisou todos dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Os principais detalhes e resultados desses dois estudos são apresentados na primeira parte desta Declaração.

Uma questão fundamental no desafio de definir qual é a taxa ideal de cesáreas, em qualquer nível, é a falta de um sistema de classificação que seja confiável e aceito internacionalmente e que forneça dados de forma padronizada. Tal sistema permitiria comparar de forma padronizada as taxas de cesáreas em diferentes populações e seria fundamental para investigar os fatores envolvidos no aumento constante nas taxas de cesáreas.

Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como “Classificação de Robson”) tem sido amplamente utilizada em muitos países nos últimos anos (16, 17). Proposta originalmente pelo médico Michael Robson em 2001 (18), essa classificação agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, permitindo assim a comparação entre taxas de cesáreas sem tantos fatores de confusão. A OMS realizou duas revisões sistemáticas para avaliar o valor, os benefícios e os possíveis problemas decorrentes da adoção dessa classificação para analisar as taxas de cesárea e suas modificações ao longo do tempo, em todo o mundo. Os principais detalhes e resultados desses estudos são apresentados na segunda parte desta Declaração.

1. Taxas de cesáreas em populações

Os estudos ecológicos analisam e comparam populações em vez de indivíduos. Uma população é geralmente definida por fronteiras geopolíticas e é importante entender que existem diferenças entre estudos populacionais e estudos que analisam pacientes atendidos em unidades de saúde específicas (“estudos de base hospitalar”).

As taxas de cesáreas em diferentes hospitais variam bastante em função das características obstétricas das mulheres atendidas naquele local, sua capacidade e recursos, e também conforme os protocolos clínicos de conduta que são usados em cada local. Portanto, a taxa de cesárea recomendada para uma população não pode ser interpretada como a taxa ideal de cesáreas recomendada para hospitais individuais.

Com o objetivo de avaliar a associação entre taxas de cesáreas e desfechos maternos, perinatais e infantis, em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática de todos os estudos ecológicos disponíveis sobre esse tema, com o objetivo de identificar, avaliar criticamente e resumir os achados desses estudos (19). No mesmo ano, a OMS também realizou um estudo ecológico usando os dados mundiais mais recentes, para avaliar a associação entre taxas de cesárea e mortalidade materna e neonatal (20). Os resultados desses dois estudos foram apresentados e discutidos por um painel de especialistas internacionais que se reuniram na sede da OMS, em Genebra, na Suíça, em 8 e 9 de outubro de 2014. Esse painel de especialistas fez as seguintes observações:

1. Baseados na revisão sistemática da OMS, taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal (19). Não existe associação entre aumento nas taxas de cesáreas acima desses valores e redução da mortalidade. Porém, a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade ficou mais fraca ou desapareceu por completo nos estudos que controlaram para fatores socioeconômicos (3, 21). Como é provável que os fatores socioeconômicos poderiam explicar a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade identificada na revisão sistemática, a OMS realizou um outro estudo para analisar mais a fundo essa questão.
2. O estudo ecológico mundial da OMS concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta. Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade. Foi realizada uma análise longitudinal, usando os dados nacionais ajustados conforme o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada país. Essa abordagem supera algumas das limitações dos estudos transversais que foram incluídos na revisão sistemática, porém deve-se enfatizar que

associações ecológicas não significam que exista uma relação causal.

3. Os dados populacionais atualmente disponíveis não permitem avaliar a relação entre taxas de cesáreas acima de 30% e mortalidade materna e neonatal.
4. A qualidade da assistência, especialmente em relação à segurança, é um aspecto importante a ser levando em consideração quando se analisam taxas de cesáreas e mortalidade. O risco de infecção e complicações cirúrgicas são perigos potenciais especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura.
5. Devido à falta de dados populacionais sobre as taxas de natimortos e sobre a morbidade materna ou perinatal, não foi possível avaliar

a associação entre as taxas de cesáreas e esses desfechos. Os estudos ecológicos existentes analisaram apenas indicadores de mortalidade materna e neonatal provavelmente porque esses dados são facilmente disponíveis ao nível nacional, o que não ocorre com indicadores de morbidade materna e neonatal. Pelos mesmos motivos, essas pesquisas não levaram em consideração aspectos psicológicos e sociais relacionados ao tipo de parto. Como a mortalidade é um desfecho raro, especialmente em países desenvolvidos, novos estudos devem procurar avaliar a associação entre taxas de cesáreas e morbidade materna e perinatal, tanto imediata como tardia (por exemplo fístula obstétrica e asfixia intraparto). Outros aspectos a serem avaliados em futuros estudos incluem as implicações psicossociais associadas ao tipo de parto, o vínculo mãe-bebê, a saúde mental da mulher, a capacidade de iniciar amamentação e desfechos pediátricos.

Conclusões

Baseada nos dados atualmente disponíveis, e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

2. Taxas de cesárea ao nível hospitalar e a necessidade de um sistema de classificação universal

É essencial monitorar as taxas de cesáreas em hospitais levando em conta as características das mulheres que são atendidas nesses locais. Na atualidade, não existe um sistema padronizado de classificação de cesáreas que permita comparar as taxas de cesáreas entre diferentes hospitais, cidades, países ou regiões de forma que esses dados possam ser utilizados para promover ações relevantes. Por isso, ainda não é possível trocar informações de forma relevante, focada e transparente para monitorar desfechos maternos e perinatais (22).

Em 2011, a OMS realizou uma revisão sistemática dos sistemas existentes para classificar cesáreas e concluiu que a Classificação de Robson é o sistema mais adequado para preencher as necessidades locais e internacionais. A OMS recomendou que essa classificação deveria servir de base para o desenvolvimento de um sistema de classificação de cesáreas a ser usado internacionalmente (16).

Esse sistema classifica todas gestantes em um dentre 10 grupos que são mutualmente exclusivos e totalmente inclusivos (veja Quadro 1). Os grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades:

- Paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior);
- Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto);
- Idade gestacional (pré-termo ou termo);
- Apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e
- Número de fetos (único ou múltiplo).

A classificação é simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva – o que significa que todas as gestantes internadas para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando apenas algumas características básicas. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos.

Em 2014, a OMS realizou uma segunda revisão sistemática para analisar a experiência dos profissionais que haviam usado a Classificação de Robson. Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis modificações apontados pelos usuários desse sistema de classificação de cesáreas (17).

Entre 8 e 9 de outubro de 2014, a OMS reuniu um painel de especialistas em Genebra para avaliar as evidências. Para estabelecer um ponto de partida para a comparação de dados maternos e perinatais em um mesmo hospital ao longo do tempo e entre diferentes hospitais, o painel fez várias recomendações:

1. Os hospitais devem adotar a Classificação de Robson para todas as gestantes internadas para dar à luz.
2. Para que possam ser feitas comparações padronizadas, a estrutura original da classificação deve ser mantida. Porém, caso os usuários tenham interesses ou necessidades específicas locais e queiram analisar variáveis adicionais (por exemplo, características epidemiológicas, custos, desfechos ou indicações), eles poderão criar mais subdivisões dentro dos 10 grupos.
3. Sempre que possível, os relatórios com os resultados da classificação devem ser divulgados publicamente.

A OMS espera que essa classificação irá ajudar os hospitais a:

- Otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local;
- Avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas;
- Avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo;
- Avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.

Quadro 1: Classificação de Robson

Grupo 1

Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

Grupo 6

Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica

Grupo 2

Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

Grupo 7

Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 3

Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

Grupo 8

Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 4

Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

Grupo 9

Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 5

Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas

Grupo 10

Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Cesarea anterior

Trabalho de parto espontâneo

Conclusão

A OMS propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.

Para ajudar os hospitais na adoção da Classificação de Robson, a OMS irá preparar e divulgar um manual sobre como usar, implementar e interpretar a classificação de Robson, que incluirá a padronização de todos os termos e definições.

Referências

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
2. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015;3(5):e260-70.
3. Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-43.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375:490-9.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
7. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
8. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
9. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet*. 2006;367(9525):1796-7.
10. Steer PJ, Modi N. Elective caesarean sections--risks to the infant. *Lancet*. 2009;374(9691):675-6.
11. Caesarean section--the first cut isn't the deepest. *Lancet*. 2010;375(9719):956.
12. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. *Lancet*. 2014;383(9927):1463-4.
13. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331 e1-19.
14. Connolly ML. High caesarean section figures in Northern Ireland questioned: BBC News Northern Ireland; 2014 [cited 2014]. Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-27195161>.
15. What is the right number of caesarean sections? *Lancet*. 1997;349:815-6.
16. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
17. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.
18. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.

19. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
20. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015 Aug 24 (Epub ahead of print).
21. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
22. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.

**Anexo 7 - Cartilha Defensoria Do Estado de São Paulo – Direito do
Acompanhante**

É sempre importante conversar previamente com o seu médico sobre esse seu direito, assim como outros direitos que devem ser garantidos.

Se o parto já ocorreu, é possível tomar providências tanto administrativas quanto judiciais.

É possível fazer uma reclamação junto à Administração do Hospital, bem como junto à Ouvidoria deste. Também é possível fazer uma denúncia na Agência Nacional de Saúde (ANS) e na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), solicitando que o estabelecimento seja multado por violação das normas sanitárias (caso se trate de hospital particular ou tenha utilizado plano de saúde). Cabe também uma reclamação junto ao PROCON.

Caso o parto tenha ocorrido em um hospital público ligado ou conveniado ao SUS é possível também realizar uma denúncia ao Ministério da Saúde e também na Secretaria de Saúde.

Em todos os casos, poderá ser feita uma denúncia no Ministério Público, solicitando averiguação da Instituição.

Além de todas essas denúncias, também é possível ingressar com uma ação de indenização em razão dos danos morais sofridos. Para isso, procure a Defensoria Pública da sua cidade.

A denúncia poderá ajudar a pessoa que teve seu direito violado e pode evitar que outras tenham o direito a acompanhante desrespeitado.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

www.defensoria.sp.def.br
Telefone (na capital): 0800 773 4340

NÚCLEO ESPECIALIZADO DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

Rua Boa Vista, nº 103, 10º andar -
Centro, São Paulo/ SP.
Telefone: (11) 3101.0155 ramais 233/238
e-mail: nucleo.mulher@defensoria.sp.def.br

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

<http://www.ans.gov.br/>
0800 7019656

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>
0800-642-9782

MINISTÉRIO DA SAÚDE

<http://portalsaude.saude.gov.br/>
FONE 136

ARTEMIS

www.artemis.org.br

Texto: Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher

Revisão: Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Projeto Gráfico, Produção e Impressão: Escola da Defensoria Pública do Estado
novembro de 2016

DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

VAMOS FALAR SOBRE:

**ACOMPANHAMENTO DURANTE
O TRABALHO DE PARTO, PARTO
E PÓS-PARTO IMEDIATO**

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos
Direitos da Mulher

Escola
da Defensoria
Pública do Estado

artemis

A pessoa está gestante e quer a presença de acompanhante no seu parto. Alguém da confiança dela, que vai dar apoio e mais segurança.

Há uma lei que autoriza a participação de acompanhante (pode ser seu companheiro ou companheira, seu marido, o pai da criança, sua mãe, uma amiga, ou qualquer outra pessoa escolhida por você) no parto, então é só chegar lá na hora do parto e... Participar. Certo? Sim e não. Sim, porque deveria ser assim. Não, porque infelizmente poucas são as maternidades e hospitais que cumprem a Lei do Acompanhante.

Mas o que é o **direito a acompanhante**?

O direito a acompanhante é um direito que a pessoa grávida possui de ser acompanhada por alguém de sua escolha, independente de parentesco ou gênero, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (até 10 dias após o parto), inclusive em casos de óbito fetal, no âmbito do sistema de saúde público e no privado, em situações de parto normal ou de nascimento através de cirurgia cesariana, previsto na Lei 11.108/2005, na Resolução Normativa da ANS nº 262/2011 e na Resolução da ANVISA - RDC Nº 36/2008.

E qual a **importância para a gestante** de ter um/uma acompanhante?

O direito a acompanhante é extremamente importante para a gestante. Possuir uma pessoa de confiança ao seu lado em um momento tão delicado, traz maior segurança e tranquilidade à parturiente. A presença de um/uma acompanhante reduz o uso de medicamentos para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, a permanência de outra pessoa junto à pessoa grávida pode ajudar a reduzir a possibilidade da paciente sofrer de depressão pós-parto, bem como de ser vítima de alguma prática considerada como violência obstétrica.

Quantos **acompanhantes** a **Lei garante**? É possível também a presença de uma **doula**?

A atual legislação prevê a possibilidade da parturiente escolher apenas uma pessoa para que a acompanhe.

Todavia, considerando a importância do trabalho da doula, muitos hospitais já têm aceito a presença dessas profissionais, ainda que a mulher já tenha escolhido outra pessoa como acompanhante. Alguns Municípios, inclusive, já possuem leis que garantam a presença das doulas no parto.

Doula é a mulher capacitada para dar apoio continuado a outras mulheres e seus familiares

proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos. A doula explica os procedimentos comuns do parto e do pós-parto e ajuda a gestante a se preparar, física e emocionalmente.

Caso o hospital não permita a presença da doula, é possível fazer essa solicitação judicialmente, através da Defensoria Pública ou advogado/a.

Como é possível **exigir que o serviço de saúde garanta o direito a acompanhante**?

A gestante pode ir até o hospital onde ocorrerá o seu parto e solicitar a garantia do exercício do seu direito de levar um/uma acompanhante. Este pedido pode ser feito por escrito e entregue no local. O ideal é que o pedido seja feito em duas vias, uma que ficará no hospital e outra que ficará com a gestante, o qual deverá conter a rubrica ou o protocolo de quem recebeu o documento.

Este documento poderá servir como prova para solicitar judicialmente este direito, quando já for negado desde o início, ou também servirá como prova se no dia do parto, este direito não for garantido à gestante.

Mesmo após a entrega do pedido por escrito, caso ainda tenha dúvidas quanto a garantia do/a acompanhante, é possível fazer um pedido judicial prévio, através da Defensoria Pública ou um advogado.

Anexo 8 - Cartilha o que é a episiotomia

A episiotomia ("pique" ou "epísio") é um corte feito na vagina de forma rotineira durante o parto sem embasamento em evidências científicas. No Brasil, muitos profissionais de saúde continuam a realizar o procedimento por hábito e pelo mito de que o corte vai preservar o prazer masculino.

Não podemos mais permanecer caladas diante da mutilação genital feminina que é uma violação à sexualidade e aos direitos humanos das mulheres. Assistência digna, humanizada, respeitosa, e com práticas embasadas em evidências científicas é o mínimo que todo serviço de saúde deve oferecer.

Realização:

Apoio:

Episiotomia
"É só um cortezinho"

Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher

Mulheres em luta pela abolição da episiotomia de rotina

2014 Parto do Princípio

Esta obra está disponível nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Realização:

Parto do Princípio
Fórum de Mulheres do Espírito Santo

Elaboração:

Cristiane Yukiko Kondo
Denise Yoshie Niy
Júlia Morim de Melo
Heloisa Oliveira Salgado
Flavia da Silva Telles Penido
Ana Cristina Duarte
Larissa Machado Grandi
Ligia Moreiras Sena
Rebeca Celes Charchar

Coordenação:

Cristiane Yukiko Kondo

Revisão de texto:

Denise Yoshie Niy

Revisão técnica:

Camilla Alexsandra Schneck
Carmen Simone Grilo Diniz
Deborah Rachel Audebert Delage Silva

Fotografia:

Cristiane Yukiko Kondo
André Alves

Diagramação e projeto gráfico:

Leane Barros
Cristiane Yukiko Kondo

Produção dos modelos de vulva:

Kiki Materiais Didáticos

1ª Tiragem: 3.000 exemplares

A cartilha também está disponível em pdf no site:

<http://www.partodoprincipio.com.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Episiotomia "é só um cortezinho" : violência obstétrica é violência contra a mulher : mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. -- 1. ed. -- São Paulo : Parto do Princípio ; Espírito Santo : Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014.

Vários colaboradores.

1. Crimes contra mulheres 2. Mãe e bebê 3. Episiotomia 4. Parto (Obstetrícia) 5. Parto (Obstetrícia) - Aspectos sociais 6. Parto (Obstetrícia) - Obras de divulgação 7. Parto (Obstetrícia) - Violência 8. Violência contra mulheres 9. Violência contra mulheres - Estudo de casos.

14-07755

CDD-362.88082

Índices para catálogo sistemático:

1. Violência contra mulheres : Problemas sociais 362.88082

O que é episiotomia?

É um corte na vulva e na vagina feito com uma tesoura ou bisturi comumente chamado de “pique” ou “episio”. É um procedimento cirúrgico realizado rotineiramente no parto vaginal.

Quando e em que condições se faz a episiotomia?

No Brasil, ela é realizada de rotina na maioria dos partos vaginais.

Apesar de a episiotomia ser um procedimento cirúrgico, na maioria das vezes a mulher não recebe esclarecimentos e ninguém solicita seu consentimento.

Algumas mulheres relatam que não receberam anestesia para o corte e também que a anestesia falhou quando foi realizada a sutura (pontos). Algumas contam que sentiram do primeiro ao último ponto.

Por que se faz a episiotomia?

Esse procedimento cirúrgico começou a ser recomendado como prática rotineira no início do século passado sem qualquer embasamento científico e tornou-se uma tradição que continua a ser ensinada nas faculdades brasileiras.

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde contraindicam o uso rotineiro da episiotomia.

Em alguns países onde se utilizam boas práticas na assistência ao parto, esse procedimento é realizado em menos de 10% dos partos normais e esse uso mais raro e criterioso não prejudica a saúde nem o bem-estar das mulheres e nem o dos recém-nascidos.

"Já faz 4 meses e eu ainda estou me recuperando da episio. É difícil ficar sentada e ainda não voltei a ter relações sexuais."

Carolina sofreu uma episiotomia sem ser avisada a respeito e foi mal suturada. Precisou de mais duas cirurgias para tentar corrigir os problemas causados pela episiotomia.

Quais são as possíveis complicações da episiotomia?

A episiotomia pode provocar vários problemas, alguns deles muito graves, ainda que raros. A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal), mais dor no pós-parto, complicações na cicatrização como deiscência (pontos podem abrir), infecção, mais tempo para cicatrização, sutura mal feita, mal posicionamento das bordas da sutura, endometriose na cicatriz, pontos demasiadamente apertados, maior tempo de recuperação, dor para sentar, dor para subir escadas, dor no ato sexual (dispareunia), risco aumentado de lacerações no parto seguinte, resultados estéticos insatisfatórios, autoestima afetada devido à estética da cicatriz, menos satisfação com o parto, autoestima afetada devido à dor no ato sexual, constrangimento em relação com o(a) parceiro(a) e necrose.

No lugar onde foi feita a episiotomia, pode ficar uma cicatriz visível ou mesmo um quelóide (cicatriz grande e endurecida).

O risco de ter laceração perineal nos partos seguintes é maior para as mulheres que sofreram episiotomia, principalmente as lacerações mais graves (de terceiro ou quarto graus).

E se não fizer episiotomia?

Os estudos mostram que o parto sem a episiotomia protege melhor os genitais femininos do que o parto com o corte.

Se não fizer episiotomia, o períneo (vagina e vulva) pode permanecer íntegro, ou seja, sem qualquer corte espontâneo ou com lacerações de primeiro grau (pequenos cortes espontâneos que atingem apenas pele e mucosa), que normalmente não precisam de pontos e cicatrizam com facilidade. Esses cortes são sempre menores em extensão e em profundidade do que uma episiotomia.

Se não fizer episiotomia, também podem ocorrer lacerações de segundo grau (cortes espontâneos que atingem parte dos músculos da vagina), que podem precisar de pontos ou não, e cicatrizam com mais facilidade do que uma episiotomia. A episiotomia é um corte que sempre atinge a musculatura da vagina.

Se não fizer episiotomia, as lacerações espontâneas de terceiro ou quarto graus (que atingem o esfíncter do ânus) são muito mais raras. Essas lacerações são mais graves, precisam de pontos e de um profissional bem capacitado para realizar a sutura. Essas lacerações podem prejudicar as funções de continência urinária e fecal.

Quando a episiotomia é necessária?

De acordo com as evidências científicas atuais, não é possível definir em quais circunstâncias a episiotomia deve ser realizada. Ou seja, não há indicação ou razão precisa para a episiotomia.

Muitos profissionais alegam que ela é necessária quando há “ameaça de ruptura perineal grave”, mas esse não é um diagnóstico objetivo e clinicamente não está bem definido o que caracterizaria essa “ameaça”.

Não há evidências de que episiotomia previna problemas com recém-nascidos prematuros nem que ajude bebês pélvicos (que estão “sentados”) a nascer mais rapidamente.

Quais as formas de proteger o períneo no parto?

As principais recomendações são: não fazer episiotomia e respeitar o tempo da mulher.

Além disso, quando a mulher pode se movimentar e escolher a posição em que quer dar à luz, ela tem menor chance de laceração perineal espontânea (de primeiro ou segundo grau) e o bebê costuma nascer com mais vigor. Nos momentos finais do nascimento, o ideal é que a mulher só faça força quando sentir vontade.

Há mais de 30 anos as pesquisas mostram que os resultados são piores com episiotomia, tanto para a mulher quanto para o bebê.

Além de esse procedimento cirúrgico continuar sendo praticado com muita frequência no Brasil, outros procedimentos bastante comuns também são prejudiciais para a mulher e para o bebê. Alguns exemplos de procedimentos comprovadamente prejudiciais são: impedir que a mulher tenha acompanhante, o uso rotineiro de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, o jejum, a manobra de Kristeller (em que profissionais empurram a barriga ou sobem em cima da mulher), mandar a mulher fazer força quando ela não tem vontade.

Se a episiotomia de rotina é tão ruim assim, por que continuam fazendo em todas as mulheres?

Apesar das evidências científicas contrárias, os profissionais continuam a realizar o procedimento por hábito e pelo mito de que o corte vai preservar o prazer masculino e a sexualidade materna.

O procedimento ainda continua a ser ensinado aos médicos em formação como prática rotineira e sem base nas evidências científicas proporcionadas por revisões recentes. Muitas vezes a episiotomia é feita para que os estudantes possam treinar os procedimentos cirúrgicos.

"Chorei na hora do corte e depois chorei do primeiro ao último ponto. Depois que nasceu, aplicaram anestesia. A anestesia não pegou e costuraram assim mesmo."

Priscila

"De tanta dor que senti quando os estudantes estavam me suturando, acabei gritando para eles me darem anestesia."

Renata, que sofreu uma episiotomia e foi suturada sem anestesia. Além de toda a dor, o corte infeccionou no pós-parto, os pontos abriram, e depois de um ano teve um abscesso na cicatriz.

A episiotomia é um corte que atinge pele e músculos perineais e pode chegar a atingir o esfíncter do ânus.

A episiotomia como rotina aumenta a frequência de danos perineais.

Marcela procurou informações sobre episiotomia durante a gestação e decidiu não se submeter ao procedimento. Quando comunicou sua decisão ao médico, ele disse: "O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu."

"Costuraram tudo torto e eu não consigo mais ter relação de tanta dor. Acabaram comigo."

Betina

O que é episiotomia didática?

É uma episiotomia com a finalidade de treinamento para os médicos em formação. Serve para aprender a cortar e aprender a costurar uma vulva e uma vagina de verdade.

Mas isso precisa ser realizado nas mulheres que não precisam de uma episiotomia?

Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, anomalia, patologia ou deficiência;

Devem ser asseguradas a toda pessoa informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto aos objetivos, riscos e benefícios de procedimentos cirúrgicos;

Toda pessoa tem direito à informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, com base nas evidências científicas, com direito à escolha de alternativa e à recusa do tratamento proposto;

Toda pessoa tem direito ao acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento.

Direitos e deveres dos usuários da saúde - (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820, de 2009)

A episiotomia indiscriminada e realizada de modo rotineiro, muitas vezes sem consentimento prévio, constitui uma violação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina.

O que é violência contra a mulher?

“Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.”

(Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, 1994)

O que é violência obstétrica?

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento; pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero.

As formas mais comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família; fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou sobre sua situação socioeconômica; realizar procedimentos sem esclarecimentos ou desconsiderar a recusa informada; utilizar inadequadamente procedimentos para acelerar partos e vagar leitos; prestar assistência sem observar as melhores evidências científicas disponíveis; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; não oferecer condições para a amamentação e para o contato do bebê sadio com a mãe; violar direitos da mulher garantidos por lei; descumprir normativas e legislação vigente; e coagir mulheres a contratarem serviços e planos como única forma de acesso a direitos já garantidos por lei às mulheres.

Em decorrência dessa violência, algumas mulheres morrem, outras carregam sequelas físicas e psicológicas, e muitas sobrevivem marcadas pela violência. “É assim mesmo” - é como as usuárias relatam a certeza da violência e revelam a barreira que dificulta o acesso aos serviços de saúde.

Parto violento não é normal

Todas as mulheres têm direito a uma vida sem violência e livre de discriminação. Não basta que a mulher e o bebê sobrevivam ao parto, queremos garantias de um atendimento digno, respeitoso, humanizado e com práticas embasadas em evidências. E isso é o mínimo que todo profissional e todo serviço de saúde devem oferecer.

Episiotomia médio lateral direita

Foto extraída do site: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>

“É chegado o momento de reconhecer as práticas dolorosas, prejudiciais e não-científicas, adotadas nas maternidades, como problemas de saúde pública e direitos humanos.”

Diniz e Chacham

Questões de Saúde Reprodutiva, 2006

Referências Bibliográficas

AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858. CD006672. pub2.

ALPERIN, M.; KROHN, M. A.; PARVIAINEN, K. Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, v. 111, n. 6, 2008, p. 1274-1278.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. M.; BEGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*,v. 324, 2002, pp. 945-946.

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, v. 36, n. 1, jan. 2008.

ANDREWS, V. et al. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia – A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 137, 2008, p. 152-156.

BORGATTA, L.; PIENING, S. L.; COHEN, W. R. Association of episiotomy and delivery position with deep laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, v. 160, n. 2, 1989, p. 29429-7.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. DOI: 10.1002/14651858. CD000081. pub2.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, v. 38, n. 5, maio 2010.

DINIZ, C. S. G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da USP). São Paulo, 2001.

DINIZ, S. G.;CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v.1, n. 1,2006, p. 80-91.

FRITEL, X. et al. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG*,v. 115, n. 2, 2008, p. 247-252.

GRAHAM, I. D. et al. Episiotomy rates around the world:

an update. *Birth*,v. 32, n. 3, 2005, p. 219-223.

HARTMANN, K. et al. Outcomes of routine episiotomy. *JAMA*,v. 93, n. 17, mai 2005.

HOTIMSKY, S. N. A formação em Obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da USP). São Paulo, 2007.

ISLAM, A. et al. Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc*,v. 63, n. 6, jun 2013.

KLEIN, M C, et al. Physicians’ beliefs and behaviour duringa randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care. *Can Med Assoc J*, v. 153, n. 6, set. 1995.

KLEIN, M. C.; GAUTHIER, R. J.; ROBBINS, J. M. Relationshipof episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexualdysfunction, and pelvic floor relaxation.*Am J ObstetGynecol*, v. 171, n. 3, 1994, p. 591-598.

LABREQUE, M, et al. Association between episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Can Med Assoc J*,v. 156, n. 6, mar. 1997, pp. 797-802.

LANDY, H. J. et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, v. 117, n. 3, mar. 2011, p. 627-635.

LARSON, P G.; PLATZ-CHRISTENSEN, J. J.; BERGMAN, B. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Ginecol Obstet Invest*, v. 31, n. 4, 1991, p. 213-216.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, 30, Sup., 214, p. S17-S47.

LOBO, S F. O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais. Dissertação (Mestrado – UniversidadeFederal de Goiás). Goiânia, 2010.

LUNDQUIST, M. et al. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth*,v. 27, n. 2, 2000.

MACLEOD, M. et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG*,v. 115, n. 13, 2008, p.1688-1694.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. Ver *Bras Ginecol Obstet*,

v. 29, n. 1, 2007, p. 1-2.

NOMINATO, N. S. Endometriose na cicatriz cirúrgica: estudo retrospectivo de 25 anos. Dissertação (Mestrado – Faculdade de Medicina da UFMG). Belo Horizonte. 2006.

OLIVEIRA, S. M. J. V.;MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Ver *Esc Enferm da USP*, v. 39, n. 3, 2005, p. 288-295.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*,v. 60, n. 2, 2007, p. 197-201.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L. M.; MOUTA, R. J. O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery Ver Enferm*, v. 12, n. 1, 2008, p. 45-49.

RÖCKNER, G.; FLANU-JONASSON, A. Changed pattern in use of episiotomy in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 106, 1999, p. 95-101.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Ver Enferm*, v. 12, n. 4, 2008, p. 645-650.

SANTOS, J. O. et al. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma Instituição Hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*,v.12, n. 4, 2008, p. 658-663.

SANTOS, J. O. Episiotomia: um sofrimento necessário? Dissertação (Mestrado –Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp). Campinas, 2004.

SHORTEN, A.; DONSANTE, J. E.; SHORTEN, B. Birth Position, Accoucheur, and Perineal Outcomes: Informing Women About Choices for Vaginal Birth. *Birth*,v. 29, n. 1, 2002.

THACKER, S. B.; BANTA, H. D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obst Gynecol Surv*, v. 38, 1983, p.322-338.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of practices in normal birth. Geneva: WHO Technical Report Series, FRH/MSM/96:24, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.Care in normal birth: apractical guide. Geneva,1996.

*outras referências no site: www.partodoprincipio.com.br

O **Fórum de Mulheres do Espírito Santo** é uma organização feminista criada em 1992 que mobiliza mulheres, movimentos de mulheres e organizações mistas para a formação política, para a auto-organização das mulheres, para a luta pela autonomia e liberdade das mulheres através das reivindicações contra a opressão de gênero, contra a discriminação étnico-racial, socioeconômica, geracional e de orientação sexual. Mais de 32 representações do estado do Espírito Santo integram o Fórum trabalhando de forma articulada na denúncia de situações de opressão, na luta pela justiça sócioambiental, na reivindicação por políticas públicas para mulheres e de enfrentamento de todas formas de violência contra as mulheres. Desde 2010, o Fórum de Mulheres do Espírito Santo, em parceria com a Parto do Princípio, incluiu o aprofundamento da discussão sobre violência obstétrica nos seus eixos de luta.

A **Parto do Princípio** é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela melhoria da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aborto, tendo como principal norteador a defesa da autonomia da mulher. A rede atua na articulação de mulheres nos âmbitos local, regional e nacional, oferecendo espaços (presenciais e virtuais) para troca de experiências entre mulheres sobre assistência ao parto e de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). A rede realiza denúncias referentes à assistência e ao acesso à saúde, reivindicações de políticas públicas efetivas a fim de combater a violência obstétrica (violência institucional na assistência à gestação, ao parto, pós-parto e abortamento), ações de divulgação de direitos das mulheres, entre outras ações.

Este material foi impresso com o apoio do Fundo Brasil de Direitos Humanos. A apresentação dos fatos contidos nesta publicação não expressa necessariamente o posicionamento do Fundo.

Anexo 9: Cartilha - conversando sobre a violência obstétrica - Artêmis

Conversando sobre **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos
Direitos da Mulher

Escola
da Defensoria Pública
do Estado de São Paulo

artemis

Sumário

Vamos falar sobre violência obstétrica?.....	3
Você sabe o que é violência obstétrica?.....	4
E como saber se eu fui vítima de violência obstétrica?.....	5
Todo parto é doloroso? Tenho direito a analgesia?.....	8
Porque se fala tanto que a cesárea é uma violência?.....	9
Você conhece o programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde?.....	10
Você sabe o que é a caderneta da gestante?.....	12
E o bebê tem direitos? Ele também sofre violência?.....	13
Violência obstétrica no abortamento.....	14
Como garantir o meu direito e evitar a violência obstétrica?.....	15
É seu direito exigir informação!.....	17
Mas como garantir que o plano de parto será cumprido se eu estarei sozinha na hora do parto?.....	18
E como denunciar a violência obstétrica sofrida?.....	19

EXPEDIENTE

Texto

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos
da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Projeto Gráfico

EDEPE - Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Imagens: Freepik

Julho 2018

Segundo a Organização Mundial de Saúde "todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva."¹

Se as mulheres possuem todos esses direitos, porque eles não são respeitados?

¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf, acesso em 25/02/2015

A violência obstétrica é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos.

O grande desafio no enfrentamento à violência obstétrica é que ela, em nossa sociedade, é percebida como normal. Algumas mulheres acreditam que o parto é um processo sofrido e, por esta razão, não se surpreendem quando vivenciam uma experiência ruim. O que elas não sabem é que o parto pode ser uma experiência muito boa e, com a ajuda de todas, podemos mudar este modelo que às vezes é ofensivo e que machuca.

A violência obstétrica pode ocorrer tanto na gestação, quanto no parto e pós-parto. Além da mulher, a violência obstétrica pode ocorrer com o bebê e com seus familiares, podendo causar danos físicos, psicológicos e sexuais.

Você sabia que no Brasil, 01 em cada 04 mulheres sofre algum tipo de violência durante o atendimento no parto?

E como saber se eu fui **vítima** de **violência** obstétrica?

Toda pessoa merece ser tratada com respeito. Mas infelizmente, isso nem sempre acontece.

Grande parte das violências obstétricas ocorrem durante o parto e pós-parto, num momento em que a mulher está em situação de vulnerabilidade, sem condições de se defender ou de tomar medidas práticas que interrompam a violência. São práticas consideradas “comuns” e que causam severos danos a vítima, ao bebê e a sua família.

Muitas mulheres já relataram algumas práticas que foram feitas contra elas, as quais podem ser consideradas violência obstétrica.

São exemplos desses atos violentos:

- o atendimento de saúde no pré-natal sem acolhimento às necessidades e dúvidas da gestante;
- os comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc.;
- as ofensas, humilhações ou xingamentos, pessoais ou direcionados a algum membro da família;
- as ameaças à mulher em caso de não aceitação de algum procedimento;
- a realização de episiotomia de maneira indiscriminada – sem que haja indicação clínica;
- a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética) sem informação e concordância da mulher;
- a realização de intervenções no corpo da mulher sem que elas sejam explicadas e que haja o consentimento desta;
- o direito ao acompanhante negado;
- amarrar a mulher durante o parto;
- a negativa ao direito a segunda opinião médica, em caso de divergência entre a mulher e o profissional de saúde;
- a retirada dos pelos pubianos (tricotomia);
- a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller);
- o uso rotineiro de lavagem intestinal (enema);
- a realização frequente de exame de toque, de forma dolorosa, para verificar a dilatação;
- a ausência de hidratação ou alimentação da parturiente durante o trabalho de parto;
- a proibição de se levantar e de se locomover durante o trabalho de parto;
- o agendamento de cesárea sem a devida recomendação e sem consentimento da mulher;
- obrigar a mulher a permanecer sempre deitada, entre outros.

Se você se identificou em alguma dessas situações, talvez você tenha sido vítima de violência obstétrica.

O que é a episiotomia?

A episiotomia é um corte no períneo (genital) para aumentar a passagem do bebê no momento do parto vaginal. É um procedimento que pode ser doloroso, invasivo e que não deve ser feito sem a expressa autorização da mulher. Existem estudos que condenam esta prática, pois os seus benefícios não são comprovados. A episiotomia, quando feita sem a autorização da parturiente, pode acarretar, inclusive, uma mutilação genital, com sequelas físicas e emocionais. Portanto, nestas situações, pode ser considerada uma violência obstétrica.

O que é a ocitocina?

É um hormônio que acelera o processo das contrações uterinas, acelerando assim o trabalho de parto – tanto que o próprio corpo produz esse hormônio. Ela é útil na indução de trabalhos de parto e nos trabalhos de partos prolongados. Contudo, a ocitocina sintética (artificial) causa aumento na intensidade das dores durante as contrações e, se não controlada, pode causar sérias complicações para a mulher. Por esse motivo, caso o médico ou médica prescreva ocitocina para você é seu direito entender as razões pelas quais ela é necessária, para que mais uma vez você não seja vítima de violência.

A incidência de episiotomia (corte entre a vagina e ânus) nos partos via vaginal no Brasil é de 53,5% e a recomendação da OMS é não ultrapassar os 10%.

Todo parto
é doloroso?

**Tenho direito
a analgesia?**

Segundo resolução 36/2008 da ANVISA, todos os estabelecimentos de saúde devem ter disponível material anestésico para parto normal.

Além da analgesia, existem formas não farmacológicas para alívio da dor. Procure saber se o seu hospital de referência utiliza estas práticas.

Porque se fala tanto que a cesárea é uma violência?

Quando a cirurgia cesariana é feita sem indicação clínica real e sem o consentimento da gestante, ela pode ser considerada uma violência obstétrica.

Isso porque, segundo o Ministério da Saúde, essa opção aumenta o risco não só de uma infecção, mas de várias complicações pós-parto, tais como um maior risco de ocorrer hemorragia, risco de complicações da anestesia (podendo chegar até a morte), risco de acontecer acretismo placentário (quando a placenta gruda no útero), risco de placenta prévia e de endometriose, além de problemas com a fertilidade.²

Lembre-se, que é sempre importante verificar se a sua gravidez é ou não de baixo risco. E mesmo sendo de baixo risco, a decisão, baseada no consentimento e na informação, deve ser da mulher e amparada por seu médico ou médica.

A Resolução nº 368/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu normas para estímulo do parto normal e a consequente redução

² <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/conheca-os-riscos-de-uma-cesariana-desnecessaria>, acesso em 12/03/2015

parto cesárea x natural

de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. As regras ampliam o acesso à informação pelas consumidoras de planos de saúde, que poderão solicitar às operadoras os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico/a.

Atualmente, no Brasil, o percentual de partos cesáreos chega a 84% na saúde suplementar. Na rede pública este número é menor, de cerca de 40% dos partos. A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários às saúdes da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade.³

³ <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>, acesso in 12/03/2015

Você conhece o programa de **humanização no pré-natal e nascimento** do Ministério da Saúde?

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição

primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturada nos seguintes princípios:

toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica.

Portanto, o Ministério da Saúde, reconhece como direito da mulher, um atendimento justo e humanizado desde o início da gestação, até o nascimento da criança, além dos direitos de um bom atendimento para o recém-nascido⁴.

⁴ <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>, acesso in 12/03/2015

Você sabe o que é a **caderneta da gestante**?

É uma publicação dirigida aos profissionais e usuárias do SUS, que contempla as diretrizes de boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento que estão de acordo com a Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher.

A caderneta é informativa, explicativa, descritiva e interativa, e traz orientações e esclarecimento sobre dúvidas comuns das gestantes; alguns mitos sobre gravidez e parto; cuidados para uma boa gestação, parto e puerpério; informações sobre amamentação; informações sobre planejamento reprodutivo; esclarecimentos sobre o que seria o atendimento humanizado de pré-natal, de acolhimento hospitalar e de boas práticas do parto e informações sobre direitos civis e trabalhistas da gestante.

Inclui ainda um cartão de acompanhamento do pré-natal para registro das consultas clínicas e odontológicas, dos resultados de exames e das vacinas, entre outras informações.

Serve ainda como instrumento de apoio para o desenvolvimento das consultas pelo/a profissional de saúde, devendo ser utilizada por todos/as eles/as, facilitando o diálogo com a gestante, inclusive, por meio de textos e figuras explicativas.

E o **bebê** tem direitos? Ele também **sofre violência**?

Sim. Alguns procedimentos são direito de seu bebê, como o clampeamento (corte) tardio do cordão, após o término das pulsações; o contato pele-a-pele com a mãe, ou seja, ficar assim que nasce no colo da mãe por um bom tempo, pele-a-pele, sem panos entre a mãe e o bebê, desde que o recém-nascido esteja com boas condições de saúde e a amamentação na primeira hora de vida.

Para garantia destes direitos, a recepção cuidadosa da criança deve ser priorizada e os procedimentos de rotina devem ser postergados. As cesarianas desnecessárias e a manobra de kristeller, além de violentas com a mãe, também causam danos aos bebês.

Violência obstétrica no **abortamento**

A violência obstétrica não acontece apenas durante o parto.

Mulheres em processos de abortamento muitas vezes sofrem também violência obstétrica.

O direito ao atendimento humanizado em casos de abortamento é garantido pela Norma Técnica do Ministério da Saúde, que prevê a garantia da liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética e o afastamento de todo tipo de preconceito, estereótipo e discriminação que possa negar e desumanizar esse atendimento.

No caso de aborto incompleto ou retido, o profissional de saúde deverá utilizar métodos humanizados para atendimento, garantindo o alívio da dor por anestesia, se necessário, e utilizando o AMIU (aparelho de aspiração manual intrauterina), disponível em todas as maternidades e preconizado nas normas técnicas do Ministério da Saúde.

Caso você não tenha recebido uma assistência adequada em um processo de abortamento, **DENUNCIE.**

Como identificar a violência obstétrica em processos de abortamento?

- quando o/a profissional questiona a causa do abortamento (pergunta se foi provocado ou não);
- quando o/a profissional de saúde condiciona o atendimento à confissão de um eventual aborto provocado;
- ameaças, acusações e culpabilizações da mulher pelo aborto;
- realização de procedimentos invasivos e dolorosos sem consentimento ou sem anestesia.

Como garantir o **meu direito** e evitar a **violência obstétrica**?

A melhor maneira de garantir o seu direito é fazer o seu PLANO DE PARTO ou uma Declaração de Vontade Antecipada (DVA), a qual já vem sendo feitas em alguns Cartórios.

O plano de parto é uma das recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde para melhoria das condições do parto. É um instrumento simples, que qualquer mulher pode fazer. É uma lista feita pela gestante em que ela menciona tudo aquilo que ela concorda e o que não concorda que seja feito durante todo o parto (incluindo o pré e o pós-parto).

No plano de parto, deve ser incluído tudo aquilo que foi conversado com o médico ou médica e que houve consentimento da mulher para que fosse realizado durante o trabalho de parto.

Este plano deve ser entregue tanto no Hospital que você elegeu para ter seu parto, bem como para seu médico ou médica.

Portanto, o plano de parto serve para demonstrar que você refletiu, compreendeu e está ciente daquilo que será feito com você e busca preservar os seus direitos.

É importante, igualmente, denunciar na ouvidoria do hospital a recusa no recebimento do plano de parto. Para denunciar, se a instituição descumpridora for hospital particular, procure a ouvidoria do hospital e formalize a denúncia. Além disso, denuncie na ANS pelo telefone 0800701-9656 (ligação gratuita) ou pelo formulário no site ou pessoalmente no <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/nossos-enderecos> da ANS. É possível denunciar também no PROCON de sua cidade (<http://www.procon.sp.gov.br/>).

Se a instituição descumpridora for hospital do SUS ou conveniado, a denúncia pode ser feita pelo telefone 136 ou pelo site do Ministério da Saúde ou pode procurar a Secretaria Estadual da Saúde do seu Estado.

É seu direito exigir informação !

Todo procedimento que for realizado em você precisa ser explicado antes pelo/a profissional de saúde. Você tem o direito de saber o que será feito, porque deve ser feito, como será feito e o que acontece caso não seja feito. Com estas informações, você pode aceitar ou negar qualquer procedimento, mesmo em hospital público ou hospital escola. Quem dá a última palavra sobre seu corpo é você.

Mesmo em um hospital universitário você continua tendo todos os direitos que qualquer parturiente tem, como direito a acompanhante, a privacidade, a informação e a negar procedimentos. Embora seja um espaço para aprendizado, você não precisa se submeter a qualquer conduta que fira sua dignidade e é expressamente proibido que seja feito qualquer tipo de procedimento desnecessário em você ou no seu bebê exclusivamente a título de treinamento ou aprendizagem.

O consentimento informado, que é a declaração da mulher expressada no plano de parto, após ser devidamente esclarecida, se justifica através das obrigações previstas para o/a médico/a no Código de Ética Médica, que prevê que é vedado ao profissional praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País, deixar de obter consentimento da paciente ou representante legal após esclarecê-la sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte, deixar de garantir à paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo, desrespeitar o direito da paciente ou representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Mas como garantir que o **plano de parto** será cumprido se eu **estarei sozinha na hora do parto**?

Direito a acompanhante

Você só estará sozinha se você quiser

Segundo a Lei 11.108/2005, toda mulher tem direito a um/a acompanhante, sendo que esse/a acompanhante será indicado por ela.

Essa Lei incluiu esse direito na Lei 8080/95, que trata do atendimento no SUS. Ocorre que ela é também aplicada aos hospitais privados – particulares ou de planos de saúde – por ordem da Agência Nacional de Saúde (RDC 36/2008), não cabendo o argumento de que você deve ir pro hospital público ou pagar a mais para ter esse direito

Portanto, o/a acompanhante é escolhido/a livremente pela mulher,

independente do sexo, e pode ser admitido/a tanto nos partos normais quanto nas cesarianas. A mulher tem direito de estar acompanhada em todo o seu processo dentro do hospital, desde a sua entrada, passando pelo pré-parto, anestesia, parto e até dez dias depois dele. A falta de condições nas instalações do hospital não pode ser usada como motivo para impedir a entrada do/a acompanhante. A presença do/a acompanhante é a forma mais eficaz de prevenir a violência obstétrica e um direito da mulher.

Você pode exigir a presença do/a acompanhante tanto em hospitais públicos como nos privados, nos civis ou nos militares e até mesmo em hospitais-escola.

E como **denunciar a violência obstétrica** sofrida?

Se você foi vítima de violência obstétrica, é importante, primeiramente, reunir documentos, como cópia do prontuário médico e o cartão de acompanhamento da gestação. Você tem direito a todos estes documentos, bastando requerer no hospital onde seu parto aconteceu. Somente os custos de extração de cópias podem ser cobrados. Em caso de negativa no fornecimento do prontuário, procure os seus direitos.

Além de buscar sua reparação pessoal, é muito importante que você faça denúncias em vários espaços para que esta realidade seja mudada e que nenhuma outra mulher sofra a mesma situação. Segue abaixo alguns caminhos para que você, como cidadã, colabore a transformar a assistência obstétrica no Brasil.

Além de providências judiciais, você também pode fazer uma denúncia contra a pessoa que praticou a violência em seus Conselhos de Classe.

Mas para **buscar ajuda**, procure:

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Capital: 0800-773-4340

Outros locais:

www.defensoria.sp.def.br

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

www.mpf.mp.br

<http://cidadao.mpf.mp.br/formularios/formulario-eletronico>

MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL

www.mpsp.mp.br

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Anexo 10 - Projeto de Lei nº 7.867, de 2017

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 7.867, DE 2017

(Da Sra. Jô Moraes)

Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-7633/2014.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A presente Lei tem por objeto a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

Art. 2º. A atenção à gravidez, parto, abortamento e puerpério adotará os princípios de boas práticas com enfoque na humanização, de acordo com as normas regulamentadoras.

Parágrafo único. É obrigatória a elaboração do plano de parto.

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.

Art. 4º. Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras:

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

II – ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – ironizar ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico;

IV – não responder a queixas e dúvidas da mulher gestante, parturiente ou puérpera;

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

VI – induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança;

VII – recusar atendimento ao parto;

VIII – promover a transferência da gestante ou parturiente sem confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento ou de tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto;

X – impedir a mulher de se comunicar pessoalmente ou por meio de telefone;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIII – realizar a episiotomia indiscriminadamente, em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – realizar qualquer procedimento sem pedir permissão ou esclarecer, de modo acessível, a sua necessidade;

XVI – demorar injustificadamente para alojar a puérpera em seu leito;

XVII – submeter a mulher e/ou recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes;

XVIII – submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e de permitir o aleitamento;

XIX – impedir o alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas;

XX – não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivos reversíveis ou não;

XXI – obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido.

Art. 5º. Os estabelecimentos de saúde deverão expor cartazes

informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 4º desta Lei.

§ 1º. Equiparam-se aos estabelecimentos de saúde, para os efeitos desta Lei, os postos, centros e unidades básicas de saúde, casas de parto, maternidades, hospitais e consultórios médicos especializados no atendimento à saúde da mulher.

§ 2º. Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para encaminhar denúncias de violência obstétrica.

Art. 6º. O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil.

Art. 7º. Esta Lei entra em vigor na cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 confere, em seu art. 6º, direito à saúde, ao lazer, a proteção à maternidade e à infância e à convivência familiar, a todos os brasileiros.

O parto é o momento em que se identifica a consonância de direitos de várias naturezas: direitos humanos, à saúde e de proteção à maternidade. No entanto, é neste instante especial na vida da mulher e das famílias que ocorre um dos mais revoltantes tipos de violência, a violência obstétrica.

Recentemente foi sancionada no Estado de Santa Catarina a Lei nº 17.097/2017 que cria mecanismos de divulgação e combate a violência obstétrica e traz a delimitação de ações que podem ser consideradas violência obstétrica. De autoria da ex-deputada federal Ângela Albino (PCdoB/SC), a lei traz, dentro da competência estadual, inúmeras inovações que podem lastrear os trabalhos legislativos federais. Logo após a sanção, o Ministério Público de Santa Catarina lançou campanha contra a violência obstétrica, o que vem ocorrendo em outros estados.

Por acreditarmos que a violência obstétrica é um conceito muito amplo, achamos importante categorizar todos os procedimentos, físicos ou não, aos

quais as mulheres são submetidas na gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e abortamento em descordo com os princípios da humanização e da medicina baseada em evidências.

O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, “Parirás com dor”, de 2012, trouxe inúmeros dados importantes para contribuir para este debate. O documento apresenta pesquisa realizada em 2010 sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em parceria entre Fundação Perseu Abramo e SESC.

Os resultados revelaram que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor (apesar de medicamento indicado), realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (VENTURI et al., 2010).

Traz também exemplos de legislações latino-americanas, em especial, a argentina e a venezuelana. Informa que elas são bastante semelhantes no que tange à definição factual de violência obstétrica: a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais.

Prossegue pontuando que a violência obstétrica pode conter, em sua manifestação (havendo a necessidade, portanto, de considerar cada caso individualmente), os tipos de violência física e sexual, no caso de uma episiotomia consentida, por exemplo, ou física, sexual e psicológica, se não houver consentimento da mulher em submeter-se ao procedimento.

É necessário, portanto, que a legislação reforce o importante papel de as autoridades sanitárias adotarem medidas de informação e proteção à gestante, parturiente e puérpera para promover as boas práticas em todas as etapas do cuidado com as mulheres, protegendo-as contra a violência obstétrica.

Ante o exposto, esperamos contar com o apoio dos nobres colegas para o aperfeiçoamento e aprovação da matéria.

Sala das Sessões, em 13 de junho de 2017.

Deputada JÔ MORAES

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

**TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS**

**CAPÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS**

.....

**CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS**

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. ([*Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015*](#))

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à

melhoria de sua condição social:

I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;

II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;

III - fundo de garantia do tempo de serviço;

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo;

VII - garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável;

VIII - décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;

IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;

X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;

XI - participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei;

XII - salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei; [*\(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998\)*](#)

XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho;

XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva;

XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;

XVI - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal;

XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;

XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;

XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei;

XX - proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;

XXI - aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

XXIV - aposentadoria;

XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas; [*\(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006\)*](#)

XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;

XXVII - proteção em face da automação, na forma da lei;

XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;

XXIX - ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho; [\(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000\)](#)

a) [\(Alínea revogada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000\)](#)

b) [\(Alínea revogada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000\)](#)

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;

XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos;

XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; [\(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998\)](#)

XXXIV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso.

Parágrafo único. São assegurados à categoria dos trabalhadores domésticos os direitos previstos nos incisos IV, VI, VII, VIII, X, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIV, XXVI, XXX, XXXI e XXXIII e, atendidas as condições estabelecidas em lei e observada a simplificação do cumprimento das obrigações tributárias, principais e acessórias, decorrentes da relação de trabalho e suas peculiaridades, os previstos nos incisos I, II, III, IX, XII, XXV e XXVIII, bem como a sua integração à previdência social. [\(Parágrafo único com redação dada pela Emenda Constitucional nº 72, de 2013\)](#)

.....

.....

LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017

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

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

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

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

.....

.....

FIM DO DOCUMENTO

Anexo 11 - Ley de Proteccion Integral a Las Mujeres -Ley 26.485 Argentina

LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES

Ley 26.485

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

Sancionada: Marzo 11 de 2009.

Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.
sancionan con fuerza de Ley:

LEY DE PROTECCION INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES EN LOS AMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES
INTERPERSONALES

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º — Ambito de aplicación. Orden Público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República, con excepción de las disposiciones de carácter procesal establecidas en el Capítulo II del Título III de la presente.

ARTICULO 2º — Objeto. La presente ley tiene por objeto promover y garantizar:

- a) La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida;
- b) El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia;
- c) Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos;
- d) El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres; 1947)
- e) La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres;
- f) El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia;
- g) La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

ARTICULO 3º — Derechos Protegidos. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

- a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;
- b) La salud, la educación y la seguridad personal;
- c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;
- d) Que se respete su dignidad;
- e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
- f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;
- g) Recibir información y asesoramiento adecuado;
- h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;
- i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;
- j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;
- k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización.

ARTICULO 4º — Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

ARTICULO 5º — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la

violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
- d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

ARTICULO 6º — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

- a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;
- b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarios/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;
- c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;
- d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: 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.

f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

TITULO II

POLITICAS PUBLICAS

CAPITULO I

PRECEPTOS RECTORES

ARTICULO 7º — Preceptos rectores. Los tres poderes del Estado, sean del ámbito nacional o provincial, adoptarán las medidas necesarias y ratificarán en cada una de sus actuaciones el respeto irrestricto del derecho constitucional a la igualdad entre mujeres y varones. Para el cumplimiento de los fines de la presente ley deberán garantizar los siguientes preceptos rectores:

a) La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres;

b) La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres;

c) La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin, así como promover la sanción y reeducación de quienes ejercen violencia;

d) La adopción del principio de transversalidad estará presente en todas las medidas así como en la ejecución de las disposiciones normativas, articulando interinstitucionalmente y coordinando recursos presupuestarios;

e) El incentivo a la cooperación y participación de la sociedad civil, comprometiendo a entidades privadas y actores públicos no estatales;

f) El respeto del derecho a la confidencialidad y a la intimidad, prohibiéndose la reproducción para uso particular o difusión pública de la información relacionada con situaciones de violencia contra la mujer, sin autorización de quien la padece;

g) La garantía de la existencia y disponibilidad de recursos económicos que permitan el cumplimiento de los objetivos de la presente ley;

h) Todas las acciones conducentes a efectivizar los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

CAPITULO II

ORGANISMO COMPETENTE

ARTICULO 8º — Organismo competente. El Consejo Nacional de la Mujer será el organismo rector encargado del diseño de las políticas públicas para efectivizar las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 9º — Facultades. El Consejo Nacional de la Mujer, para garantizar el logro de los objetivos de la presente ley, deberá:

- a) Elaborar, implementar y monitorear un Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres;
- b) Articular y coordinar las acciones para el cumplimiento de la presente ley, con las distintas áreas involucradas a nivel nacional, provincial y municipal, y con los ámbitos universitarios, sindicales, empresariales, religiosos, las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y otras de la sociedad civil con competencia en la materia;
- c) Convocar y constituir un Consejo Consultivo ad honórem, integrado por representantes de las organizaciones de la sociedad civil y del ámbito académico especializadas, que tendrá por función asesorar y recomendar sobre los cursos de acción y estrategias adecuadas para enfrentar el fenómeno de la violencia;
- d) Promover en las distintas jurisdicciones la creación de servicios de asistencia integral y gratuita para las mujeres que padecen violencia;
- e) Garantizar modelos de abordaje tendientes a empoderar a las mujeres que padecen violencia que respeten la naturaleza social, política y cultural de la problemática, no admitiendo modelos que contemplen formas de mediación o negociación;
- f) Generar los estándares mínimos de detección precoz y de abordaje de las situaciones de violencia;
- g) Desarrollar programas de asistencia técnica para las distintas jurisdicciones destinados a la prevención, detección precoz, asistencia temprana, reeducación, derivación interinstitucional y a la elaboración de protocolos para los distintos niveles de atención;
- h) Brindar capacitación permanente, formación y entrenamiento en la temática a los funcionarios públicos en el ámbito de la Justicia, las fuerzas policiales y de seguridad, y las Fuerzas Armadas, las que se impartirán de manera integral y específica según cada área de actuación, a partir de un módulo básico respetando los principios consagrados en esta ley;
- i) Coordinar con los ámbitos legislativos la formación especializada, en materia de violencia contra las mujeres e implementación de los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres destinada a legisladores/as y asesores/as;
- j) Impulsar a través de los colegios y asociaciones de profesionales la capacitación del personal de los servicios que, en razón de sus actividades, puedan llegar a intervenir en casos de violencia contra las mujeres;
- k) Diseñar e implementar Registros de situaciones de violencia contra las mujeres de manera interjurisdiccional e interinstitucional, en los que se establezcan los indicadores básicos aprobados por todos los Ministerios y Secretarías competentes, independientemente de los que determine cada área a los fines específicos, y acordados en el marco de los Consejos Federales con competencia en la materia;

- l) Desarrollar, promover y coordinar con las distintas jurisdicciones los criterios para la selección de datos, modalidad de registro e indicadores básicos desagregados —como mínimo— por edad, sexo, estado civil y profesión u ocupación de las partes, vínculo entre la mujer que padece violencia y el hombre que la ejerce, naturaleza de los hechos, medidas adoptadas y sus resultados, y sanciones impuestas a la persona violenta. Se deberá asegurar la reserva en relación con la identidad de las mujeres que padecen violencias;
- m) Coordinar con el Poder Judicial los criterios para la selección de datos, modalidad de Registro e indicadores que lo integren que obren en ambos poderes, independientemente de los que defina cada uno a los fines que le son propios;
- n) Analizar y difundir periódicamente los datos estadísticos y resultados de las investigaciones a fin de monitorear y adecuar las políticas públicas a través del Observatorio de la Violencia Contra las Mujeres;
- ñ) Diseñar y publicar una Guía de Servicios en coordinación y actualización permanente con las distintas jurisdicciones, que brinde información sobre los programas y los servicios de asistencia directa;
- o) Implementar una línea telefónica gratuita y accesible en forma articulada con las provincias a través de organismos gubernamentales pertinentes, destinada a dar contención, información y brindar asesoramiento sobre recursos existentes en materia de prevención de la violencia contra las mujeres y asistencia a quienes la padecen;
- p) Establecer y mantener un Registro de las organizaciones no gubernamentales especializadas en la materia en coordinación con las jurisdicciones y celebrar convenios para el desarrollo de actividades preventivas, de control y ejecución de medidas de asistencia a las mujeres que padecen violencia y la rehabilitación de los hombres que la ejercen;
- q) Promover campañas de sensibilización y concientización sobre la violencia contra las mujeres informando sobre los derechos, recursos y servicios que el Estado garantiza e instalando la condena social a toda forma de violencia contra las mujeres. Publicar materiales de difusión para apoyar las acciones de las distintas áreas;
- r) Celebrar convenios con organismos públicos y/o instituciones privadas para toda acción conducente al cumplimiento de los alcances y objetivos de la presente ley;
- s) Convocar y poner en funciones al Consejo, Consultivo de organizaciones de la sociedad civil y redactar su reglamento de funcionamiento interno;
- t) Promover en el ámbito comunitario el trabajo en red, con el fin de desarrollar modelos de atención y prevención interinstitucional e intersectorial, que unifiquen y coordinen los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas;
- u) Garantizar el acceso a los servicios de atención específica para mujeres privadas de libertad.

CAPITULO III

LINEAMIENTOS BASICOS PARA LAS POLITICAS ESTATALES

ARTICULO 10. — Fortalecimiento técnico a las jurisdicciones. El Estado nacional deberá promover y fortalecer interinstitucionalmente a las distintas jurisdicciones para la creación e implementación de servicios integrales de asistencia a las mujeres que padecen violencia y a las personas que la ejercen, debiendo garantizar:

1.- Campañas de educación y capacitación orientadas a la comunidad para informar, concientizar y prevenir la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

2.- Unidades especializadas en violencia en el primer nivel de atención que trabajen en la prevención y asistencia de hechos de violencia, las que coordinarán sus actividades según los estándares, protocolos y registros establecidos y tendrán un abordaje integral de las siguientes actividades:

a) Asistencia interdisciplinaria para la evaluación, diagnóstico y definición de estrategias de abordaje;

b) Grupos de ayuda mutua;

c) Asistencia y patrocinio jurídico gratuito;

d) Atención coordinada con el área de salud que brinde asistencia médica y psicológica;

e) Atención coordinada con el área social que brinde los programas de asistencia destinados a promover el desarrollo humano.

3.- Programas de asistencia económica para el autovalimiento de la mujer.

4.- Programas de acompañantes comunitarios para el sostenimiento de la estrategia de autovalimiento de la mujer.

5.- Centros de día para el fortalecimiento integral de la mujer.

6.- Instancias de tránsito para la atención y albergue de las mujeres que padecen violencia en los casos en que la permanencia en su domicilio o residencia implique una amenaza inminente a su integridad física, psicológica o sexual, o la de su grupo familiar, debiendo estar orientada a la integración inmediata a su medio familiar, social y laboral.

7.- Programas de reeducación destinados a los hombres que ejercen violencia.

ARTICULO 11. — Políticas públicas. El Estado nacional implementará el desarrollo de las siguientes acciones prioritarias, promoviendo su articulación y coordinación con los distintos Ministerios y Secretarías del Poder Ejecutivo nacional, jurisdicciones provinciales y municipales, universidades y organizaciones de la sociedad civil con competencia en la materia:

1.- Jefatura de Gabinete de Ministros – Secretaría de Gabinete y Gestión Pública:

a) Impulsar políticas específicas que implementen la normativa vigente en materia de acoso sexual en la administración pública nacional y garanticen la efectiva vigencia de los principios de no discriminación e igualdad de derechos, oportunidades y trato en el empleo público;

b) Promover, a través del Consejo Federal de la Función Pública, acciones semejantes en el ámbito de las jurisdicciones provinciales.

2.- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:

a) Promover políticas tendientes a la revinculación social y laboral de las mujeres que padecen violencia;

- b) Elaborar criterios de priorización para la inclusión de las mujeres en los planes y programas de fortalecimiento y promoción social y en los planes de asistencia a la emergencia;
- c) Promover líneas de capacitación y financiamiento para la inserción laboral de las mujeres en procesos de asistencia por violencia;
- d) Apoyar proyectos para la creación y puesta en marcha de programas para atención de la emergencia destinadas a mujeres y al cuidado de sus hijas/os;
- e) Celebrar convenios con entidades bancarias a fin de facilitarles líneas de créditos a mujeres que padecen violencia;
- f) Coordinar con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y **Familia** y el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y **Familia** los criterios de atención que se fijen para las niñas y adolescentes que padecen violencia.

3.- Ministerio de Educación de la Nación:

- a) Articular en el marco del Consejo Federal de Educación la inclusión en los contenidos mínimos curriculares de la perspectiva de género, el ejercicio de la tolerancia, el respeto y la libertad en las relaciones interpersonales, la igualdad entre los sexos, la democratización de las relaciones familiares, la vigencia de los derechos humanos y la deslegitimación de modelos violentos de resolución de conflictos;
- b) Promover medidas para que se incluya en los planes de formación docente la detección precoz de la violencia contra las mujeres;
- c) Recomendar medidas para prever la escolarización inmediata de las/os niñas/os y adolescentes que se vean afectadas/os, por un cambio de residencia derivada de una situación de violencia, hasta que se sustancie la exclusión del agresor del hogar;
- d) Promover la incorporación de la temática de la violencia contra las mujeres en las currículas terciarias y universitarias, tanto en los niveles de grado como de post grado;
- e) Promover la revisión y actualización de los libros de texto y materiales didácticos con la finalidad de eliminar los estereotipos de género y los criterios discriminatorios, fomentando la igualdad de derechos, oportunidades y trato entre mujeres y varones;
- f) Las medidas anteriormente propuestas se promoverán en el ámbito del Consejo Federal de Educación.

4.- Ministerio de Salud de la Nación:

- a) Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer;
- b) Promover la discusión y adopción de los instrumentos aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito del Consejo Federal de Salud;
- c) Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica

no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios;

d) Promover servicios o programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y/o de quienes la ejerzan con la utilización de protocolos de atención y derivación;

e) Impulsar la aplicación de un Registro de las personas asistidas por situaciones de violencia contra las mujeres, que coordine los niveles nacionales y provinciales.

f) Asegurar la asistencia especializada de los/as hijos/as testigos de violencia;

g) Promover acuerdos con la Superintendencia de Servicios de Salud u organismo que en un futuro lo reemplace, a fin de incluir programas de prevención y asistencia de la violencia contra las mujeres, en los establecimientos médico-asistenciales, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, los que deberán incorporarlas en su cobertura en igualdad de condiciones con otras prestaciones;

h) Alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género;

i) Promover, en el marco del Consejo Federal de Salud, el seguimiento y monitoreo de la aplicación de los protocolos. Para ello, los organismos nacionales y provinciales podrán celebrar convenios con instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

5.- Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación:

5.1. Secretaría de Justicia:

a) Promover políticas para facilitar el acceso de las mujeres a la Justicia mediante la puesta en marcha y el fortalecimiento de centros de información, asesoramiento jurídico y patrocinio jurídico gratuito;

b) Promover la aplicación de convenios con Colegios Profesionales, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil para brindar asistencia jurídica especializada y gratuita;

c) Promover la unificación de criterios para la elaboración de los informes judiciales sobre la situación de peligro de las mujeres que padecen violencia;

d) Promover la articulación y cooperación entre las distintas instancias judiciales involucradas a fin de mejorar la eficacia de las medidas judiciales;

e) Promover la elaboración de un protocolo de recepción de denuncias de violencia contra las mujeres a efectos de evitar la judicialización innecesaria de aquellos casos que requieran de otro tipo de abordaje;

f) Propiciar instancias de intercambio y articulación con la Corte Suprema de Justicia de la Nación para incentivar en los distintos niveles del Poder Judicial la capacitación específica referida al tema;

g) Alentar la conformación de espacios de formación específica para profesionales del derecho;

- h) Fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, así como de la eficacia de las medidas aplicadas para impedirla y reparar sus efectos, difundiendo periódicamente los resultados;
- i) Garantizar el acceso a los servicios de atención específica para mujeres privadas de libertad.

5.2. Secretaría de Seguridad:

- a) Fomentar en las fuerzas policiales y de seguridad, el desarrollo de servicios interdisciplinarios que brinden apoyo a las mujeres que padecen violencia para optimizar su atención, derivación a otros servicios y cumplimiento de disposiciones judiciales;
- b) Elaborar en el ámbito del Consejo de Seguridad Interior, los procedimientos básicos para el diseño de protocolos específicos para las fuerzas policial y de seguridad a fin de brindar las respuestas adecuadas para evitar la revictimización, facilitar la debida atención, asistencia y protección policial a las mujeres que acudan a presentar denuncias en sede policial;
- c) Promover la articulación de las fuerzas policial y de seguridad que intervengan en la atención de la violencia contra las mujeres con las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil;
- d) Sensibilizar y capacitar a las fuerzas policial y de seguridad en la temática de la violencia contra las mujeres en el marco del respeto de los derechos humanos;
- e) Incluir en los programas de formación de las fuerzas policial y de seguridad asignaturas y/o contenidos curriculares específicos sobre los derechos humanos de las mujeres y en especial sobre violencia con perspectiva de género.

5.3. Secretaría de Derechos Humanos e Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI):

- a) Promover la inclusión de la problemática de la violencia contra las mujeres en todos los programas y acciones de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y del INADI, en articulación con el Consejo Federal de Derechos Humanos.

6.- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación:

- a) Desarrollar programas de sensibilización, capacitación e incentivos a empresas y sindicatos para eliminar la violencia laboral contra las mujeres y promover la igualdad de derechos, oportunidades y trato en el ámbito laboral, debiendo respetar el principio de no discriminación en:

1. El acceso al puesto de trabajo, en materia de convocatoria y selección;
2. La carrera profesional, en materia de promoción y formación;
3. La permanencia en el puesto de trabajo;
4. El derecho a una igual remuneración por igual tarea o función.

- b) Promover, a través de programas específicos la prevención del acoso sexual contra las mujeres en el ámbito de empresas y sindicatos;

c) Promover políticas tendientes a la formación e inclusión laboral de mujeres que padecen violencia;

d) Promover el respeto de los derechos laborales de las mujeres que padecen violencia, en particular cuando deban ausentarse de su puesto de trabajo a fin de dar cumplimiento a prescripciones profesionales, tanto administrativas como las emanadas de las decisiones judiciales.

7.- Ministerio de Defensa de la Nación:

a) Adecuar las normativas, códigos y prácticas internas de las Fuerzas Armadas a la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres;

b) Impulsar programas y/o medidas de acción positiva tendientes a erradicar patrones de discriminación en perjuicio de las mujeres en las Fuerzas Armadas para el ingreso, promoción y permanencia en las mismas;

c) Sensibilizar a los distintos niveles jerárquicos en la temática de la violencia contra las mujeres en el marco del respeto de los derechos humanos;

d) Incluir en los programas de formación asignaturas y/o contenidos específicos sobre los derechos humanos de las mujeres y la violencia con perspectiva de género.

8.- Secretaría de Medios de Comunicación de la Nación:

a) Impulsar desde el Sistema Nacional de Medios la difusión de mensajes y campañas permanentes de sensibilización y concientización dirigida a la población en general y en particular a las mujeres sobre el derecho de las mismas a vivir una vida libre de violencias;

b) Promover en los medios masivos de comunicación el respeto por los derechos humanos de las mujeres y el tratamiento de la violencia desde la perspectiva de género;

c) Brindar capacitación a profesionales de los medios masivos de comunicación en violencia contra las mujeres;

d) Alentar la eliminación del sexismo en la información;

e) Promover, como un tema de responsabilidad social empresarial, la difusión de campañas publicitarias para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

CAPITULO IV

OBSERVATORIO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

ARTICULO 12. — Creación. Créase el Observatorio de la Violencia contra las Mujeres en el ámbito del Consejo Nacional de la Mujer, destinado al monitoreo, recolección, producción, registro y sistematización de datos e información sobre la violencia contra las mujeres.

ARTICULO 13. — Misión. El Observatorio tendrá por misión el desarrollo de un sistema de información permanente que brinde insumos para el diseño, implementación y gestión de políticas públicas tendientes a la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

ARTICULO 14. — Funciones. Serán funciones del Observatorio de la Violencia contra las Mujeres:

- a) Recolectar, procesar, registrar, analizar, publicar y difundir información periódica y sistemática y comparable diacrónica y sincrónicamente sobre violencia contra las mujeres;
- b) Impulsar el desarrollo de estudios e investigaciones sobre la evolución, prevalencia, tipos y modalidades de violencia contra las mujeres, sus consecuencias y efectos, identificando aquellos factores sociales, culturales, económicos y políticos que de alguna manera estén asociados o puedan constituir causal de violencia;
- c) Incorporar los resultados de sus investigaciones y estudios en los informes que el Estado nacional eleve a los organismos regionales e internacionales en materia de violencia contra las mujeres;
- d) Celebrar convenios de cooperación con organismos públicos o privados, nacionales o internacionales, con la finalidad de articular interdisciplinariamente el desarrollo de estudios e investigaciones;
- e) Crear una red de información y difundir a la ciudadanía los datos relevados, estudios y actividades del Observatorio, mediante una página web propia o vinculada al portal del Consejo Nacional de la Mujer. Crear y mantener una base documental actualizada permanentemente y abierta a la ciudadanía;
- f) Examinar las buenas prácticas en materia de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres y las experiencias innovadoras en la materia y difundirlas a los fines de ser adoptadas por aquellos organismos e instituciones nacionales, provinciales o municipales que lo consideren;
- g) Articular acciones con organismos gubernamentales con competencia en materia de derechos humanos de las mujeres a los fines de monitorear la implementación de políticas de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, para evaluar su impacto y elaborar propuestas de actuaciones o reformas;
- h) Fomentar y promover la organización y celebración periódica de debates públicos, con participación de centros de investigación, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y representantes de organismos públicos y privados, nacionales e internacionales con competencia en la materia, fomentando el intercambio de experiencias e identificando temas y problemas relevantes para la agenda pública;
- i) Brindar capacitación, asesoramiento y apoyo técnico a organismos públicos y privados para la puesta en marcha de los Registros y los protocolos;
- j) Articular las acciones del Observatorio de la Violencia contra las Mujeres con otros Observatorios que existan a nivel provincial, nacional e internacional;
- k) Publicar el informe anual sobre las actividades desarrolladas, el que deberá contener información sobre los estudios e investigaciones realizadas y propuestas de reformas institucionales o normativas. El mismo será difundido a la ciudadanía y elevado a las autoridades con competencia en la materia para que adopten las medidas que corresponda.

ARTICULO 15. — Integración. El Observatorio de la Violencia contra las Mujeres estará integrado por:

a) Una persona designada por la Presidencia del Consejo Nacional de la Mujer, quien ejercerá la Dirección del Observatorio, debiendo tener acreditada formación en investigación social y derechos humanos;

b) Un equipo interdisciplinario idóneo en la materia.

TITULO III

PROCEDIMIENTOS

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 16. — Derechos y garantías mínimas de procedimientos judiciales y administrativos. Los organismos del Estado deberán garantizar a las mujeres, en cualquier procedimiento judicial o administrativo, además de todos los derechos reconocidos en la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por la Nación Argentina, la presente ley y las leyes que en consecuencia se dicten, los siguientes derechos y garantías:

- a) A la gratuidad de las actuaciones judiciales y del patrocinio jurídico preferentemente especializado;
- b) A obtener una respuesta oportuna y efectiva;
- c) A ser oída personalmente por el juez y por la autoridad administrativa competente;
- d) A que su opinión sea tenida en cuenta al momento de arribar a una decisión que la afecte;
- e) A recibir protección judicial urgente y preventiva cuando se encuentren amenazados o vulnerados cualquiera de los derechos enunciados en el artículo 3º de la presente ley;
- f) A la protección de su intimidad, garantizando la confidencialidad de las actuaciones;
- g) A participar en el procedimiento recibiendo información sobre el estado de la causa;
- h) A recibir un trato humanizado, evitando la revictimización;
- i) A la amplitud probatoria para acreditar los hechos denunciados, teniendo en cuenta las circunstancias especiales en las que se desarrollan los actos de violencia y quienes son sus naturales testigos;
- j) A oponerse a la realización de inspecciones sobre su cuerpo por fuera del estricto marco de la orden judicial. En caso de consentirlas y en los peritajes judiciales tiene derecho a ser acompañada por alguien de su confianza y a que sean realizados por personal profesional especializado y formado con perspectiva de género;
- k) A contar con mecanismos eficientes para denunciar a los funcionarios por el incumplimiento de los plazos establecidos y demás irregularidades.

ARTICULO 17. — Procedimientos Administrativos. Las jurisdicciones locales podrán fijar los procedimientos previos o posteriores a la instancia judicial para el cumplimiento de esta ley, la que será aplicada por los municipios, comunas, comisiones de fomento, juntas, delegaciones

de los Consejos Provinciales de la Mujer o áreas descentralizadas, juzgados de paz u organismos que estimen convenientes.

ARTICULO 18. — Denuncia. Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la presente ley, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito.

CAPITULO II

PROCEDIMIENTO

ARTICULO 19. — Ambito de aplicación. Las jurisdicciones locales, en el ámbito de sus competencias, dictarán sus normas de procedimiento o adherirán al régimen procesal previsto en la presente ley.

ARTICULO 20. — Características del procedimiento. El procedimiento será gratuito y sumarísimo.

ARTICULO 21. — Presentación de la denuncia. La presentación de la denuncia por violencia contra las mujeres podrá efectuarse ante cualquier juez/jueza de cualquier fuero e instancia o ante el Ministerio Público, en forma oral o escrita.

Se guardará reserva de identidad de la persona denunciante.

ARTICULO 22. — Competencia. Entenderá en la causa el/la juez/a que resulte competente en razón de la materia según los tipos y modalidades de violencia de que se trate.

Aún en caso de incompetencia, el/la juez/a interviniente podrá disponer las medidas preventivas que estime pertinente.

ARTICULO 23. — Exposición policial. En el supuesto que al concurrir a un servicio policial sólo se labrase exposición y de ella surgiera la posible existencia de violencia contra la mujer, corresponderá remitirla a la autoridad judicial competente dentro de las VEINTICUATRO (24) horas.

ARTICULO 24. — Personas que pueden efectuar la denuncia. Las denuncias podrán ser efectuadas:

- a) Por la mujer que se considere afectada o su representante legal sin restricción alguna;
- b) La niña o la adolescente directamente o través de sus representantes legales de acuerdo lo establecido en la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;
- c) Cualquier persona cuando la afectada tenga discapacidad, o que por su condición física o psíquica no pudiese formularla;
- d) En los casos de violencia sexual, la mujer que la haya padecido es la única legitimada para hacer la denuncia. Cuando la misma fuere efectuada por un tercero, se citará a la mujer para que la ratifique o rectifique en VEINTICUATRO (24) horas. La autoridad judicial competente tomará los recaudos necesarios para evitar que la causa tome estado público.

e) La denuncia penal será obligatoria para toda persona que se desempeñe laboralmente en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de que una mujer padece violencia siempre que los hechos pudieran constituir un delito.

ARTICULO 25. — Asistencia protectora. En toda instancia del proceso se admitirá la presencia de un/a acompañante como ayuda protectora ad honórem, siempre que la mujer que padece violencia lo solicite y con el único objeto de preservar la salud física y psicológica de la misma.

ARTICULO 26. — Medidas preventivas urgentes.

a) Durante cualquier etapa del proceso el/la juez/a interviniente podrá, de oficio o a petición de parte, ordenar una o más de las siguientes medidas preventivas de acuerdo a los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres definidas en los artículos 5º y 6º de la presente ley:

a. 1. Ordenar la prohibición de acercamiento del presunto agresor al lugar de residencia, trabajo, estudio, esparcimiento o a los lugares de habitual concurrencia de la mujer que padece violencia;

a.2. Ordenar al presunto agresor que cese en los actos de perturbación o intimidación que, directa o indirectamente, realice hacia la mujer;

a.3. Ordenar la restitución inmediata de los efectos personales a la parte peticionante, si ésta se ha visto privada de los mismos;

a.4. Prohibir al presunto agresor la compra y tenencia de armas, y ordenar el secuestro de las que estuvieren en su posesión;

a.5. Proveer las medidas conducentes a brindar a quien padece o ejerce violencia, cuando así lo requieran, asistencia médica o psicológica, a través de los organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil con formación especializada en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres;

a.6. Ordenar medidas de seguridad en el domicilio de la mujer;

a.7. Ordenar toda otra medida necesaria para garantizar la seguridad de la mujer que padece violencia, hacer cesar la situación de violencia y evitar la repetición de todo acto de perturbación o intimidación, agresión y maltrato del agresor hacia la mujer.

b) Sin perjuicio de las medidas establecidas en el inciso a) del presente artículo, en los casos de la modalidad de violencia doméstica contra las mujeres, el/la juez/a podrá ordenar las siguientes medidas preventivas urgentes:

b.1. Prohibir al presunto agresor enajenar, disponer, destruir, ocultar o trasladar bienes gananciales de la sociedad conyugal o los comunes de la pareja conviviente;

b.2. Ordenar la exclusión de la parte agresora de la residencia común, independientemente de la titularidad de la misma;

b.3. Decidir el reintegro al domicilio de la mujer si ésta se había retirado, previa exclusión de la vivienda del presunto agresor;

b.4. Ordenar a la fuerza pública, el acompañamiento de la mujer que padece violencia, a su domicilio para retirar sus efectos personales;

b.5. En caso de que se trate de una pareja con hijos/as, se fijará una cuota alimentaria provisoria, si correspondiese, de acuerdo con los antecedentes obrantes en la causa y según las normas que rigen en la materia;

b.6. En caso que la víctima fuere menor de edad, el/la juez/a, mediante resolución fundada y teniendo en cuenta la opinión y el derecho a ser oída de la niña o de la adolescente, puede otorgar la guarda a un miembro de su grupo familiar, por consanguinidad o afinidad, o con otros miembros de la **familia** ampliada o de la comunidad.

b.7. Ordenar la suspensión provisoria del régimen de visitas;

b.8. Ordenar al presunto agresor abstenerse de interferir, de cualquier forma, en el ejercicio de la guarda, crianza y educación de los/as hijos/ as;

b.9. Disponer el inventario de los bienes gananciales de la sociedad conyugal y de los bienes propios de quien ejerce y padece violencia. En los casos de las parejas convivientes se dispondrá el inventario de los bienes de cada uno;

b.10. Otorgar el uso exclusivo a la mujer que padece violencia, por el período que estime conveniente, del mobiliario de la casa.

ARTICULO 27. — Facultades del/la juez/a. El/ la juez/a podrá dictar más de una medida a la vez, determinando la duración de las mismas de acuerdo a las circunstancias del caso, y debiendo establecer un plazo máximo de duración de las mismas, por auto fundado.

ARTICULO 28. — Audiencia. El/la juez/a interviniente fijará una audiencia, la que deberá tomar personalmente bajo pena de nulidad, dentro de CUARENTA Y OCHO (48) horas de ordenadas las medidas del artículo 26, o si no se adoptara ninguna de ellas, desde el momento que tomó conocimiento de la denuncia.

El presunto agresor estará obligado a comparecer bajo apercibimiento de ser llevado ante el juzgado con auxilio de la fuerza pública.

En dicha audiencia, escuchará a las partes por separado bajo pena de nulidad, y ordenará las medidas que estime pertinentes.

Si la víctima de violencia fuere niña o adolescente deberá contemplarse lo estipulado por la Ley 26.061 sobre Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Quedan prohibidas las audiencias de mediación o conciliación.

ARTICULO 29. — Informes. Siempre que fuere posible el/la juez/a interviniente podrá requerir un informe efectuado por un equipo interdisciplinario para determinar los daños físicos, psicológicos, económicos o de otro tipo sufridos por la mujer y la situación de peligro en la que se encuentre.

Dicho informe será remitido en un plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, a efectos de que pueda aplicar otras medidas, interrumpir o hacer cesar alguna de las mencionadas en el artículo 26.

El/la juez/a interviniente también podrá considerar los informes que se elaboren por los equipos interdisciplinarios de la administración pública sobre los daños físicos, psicológicos,

económicos o de otro tipo sufridos por la mujer y la situación de peligro, evitando producir nuevos informes que la revictimicen.

También podrá considerar informes de profesionales de organizaciones de la sociedad civil idóneas en el tratamiento de la violencia contra las mujeres.

ARTICULO 30. — Prueba, principios y medidas. El/la juez/a tendrá amplias facultades para ordenar e impulsar el proceso, pudiendo disponer las medidas que fueren necesarias para indagar los sucesos, ubicar el paradero del presunto agresor, y proteger a quienes corran el riesgo de padecer nuevos actos de violencia, rigiendo el principio de obtención de la verdad material.

ARTICULO 31. — Resoluciones. Regirá el principio de amplia libertad probatoria para acreditar los hechos denunciados, evaluándose las pruebas ofrecidas de acuerdo con el principio de la sana crítica. Se considerarán las presunciones que contribuyan a la demostración de los hechos, siempre que sean indicios graves, precisos y concordantes.

ARTICULO 32. — Sanciones. Ante el incumplimiento de las medidas ordenadas, el/la juez/a podrá evaluar la conveniencia de modificar las mismas, pudiendo ampliarlas u ordenar otras.

Frente a un nuevo incumplimiento y sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que correspondan, el/la Juez/a deberá aplicar alguna/s de las siguientes sanciones:

- a) Advertencia o llamado de atención por el acto cometido;
- b) Comunicación de los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor;
- c) Asistencia obligatoria del agresor a programas reflexivos, educativos o terapéuticos tendientes a la modificación de conductas violentas.

Asimismo, cuando el incumplimiento configure desobediencia u otro delito, el juez deberá poner el hecho en conocimiento del/la juez/a con competencia en materia penal.

ARTICULO 33. — Apelación. Las resoluciones que concedan, rechacen, interrumpan, modifiquen o dispongan el cese de alguna de las medidas preventivas urgentes o impongan sanciones, serán apelables dentro del plazo de TRES (3) días hábiles.

La apelación contra resoluciones que concedan medidas preventivas urgentes se concederá en relación y con efecto devolutivo.

La apelación contra resoluciones que dispongan la interrupción o el cese de tales medidas se concederá en relación y con efecto suspensivo.

ARTICULO 34. — Seguimiento. Durante el trámite de la causa, por el tiempo que se juzgue adecuado, el/la juez/a deberá controlar la eficacia de las medidas y decisiones adoptadas, ya sea a través de la comparecencia de las partes al tribunal, con la frecuencia que se ordene, y/o mediante la intervención del equipo interdisciplinario, quienes elaborarán informes periódicos acerca de la situación.

ARTICULO 35. — Reparación. La parte damnificada podrá reclamar la reparación civil por los daños y perjuicios, según las normas comunes que rigen la materia.

ARTICULO 36. — Obligaciones de los/as funcionarios/ as. Los/as funcionarios/as policiales, judiciales, agentes sanitarios, y cualquier otro/a funcionario/a público/a a quien acudan las mujeres afectadas, tienen la obligación de informar sobre:

- a) Los derechos que la legislación le confiere a la mujer que padece violencia, y sobre los servicios gubernamentales disponibles para su atención;
- b) Cómo y dónde conducirse para ser asistida en el proceso;
- c) Cómo preservar las evidencias.

ARTICULO 37. — Registros. La Corte Suprema de Justicia de la Nación llevará registros sociodemográficos de las denuncias efectuadas sobre hechos de violencia previstos en esta ley, especificando, como mínimo, edad, estado civil, profesión u ocupación de la mujer que padece violencia, así como del agresor; vínculo con el agresor, naturaleza de los hechos, medidas adoptadas y sus resultados, así como las sanciones impuestas al agresor.

Los juzgados que intervienen en los casos de violencia previstos en esta ley deberán remitir anualmente la información pertinente para dicho registro.

El acceso a los registros requiere motivos fundados y previa autorización judicial, garantizando la confidencialidad de la identidad de las partes.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación elaborará estadísticas de acceso público que permitan conocer, como mínimo, las características de quienes ejercen o padecen violencia y sus modalidades, vínculo entre las partes, tipo de medidas adoptadas y sus resultados, y tipo y cantidad de sanciones aplicadas.

ARTICULO 38. — Colaboración de organizaciones públicas o privadas. El/la juez/a podrán solicitar o aceptar en carácter de amicus curiae la colaboración de organizaciones o entidades públicas o privadas dedicadas a la protección de los derechos de las mujeres.

ARTICULO 39. — Exención de cargas. Las actuaciones fundadas en la presente ley estarán exentas del pago de sellado, tasas, depósitos y cualquier otro impuesto, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 68 del Código Procesal, Civil y Comercial de la Nación en materia de costas.

ARTICULO 40. — Normas supletorias. Serán de aplicación supletoria los regímenes procesales que correspondan, según los tipos y modalidades de violencia denunciados.

TITULO IV

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 41. — En ningún caso las conductas, actos u omisiones previstas en la presente ley importarán la creación de nuevos tipos penales, ni la modificación o derogación de los vigentes.

ARTICULO 42. — La Ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, será de aplicación en aquellos casos de violencia doméstica no previstos en la presente ley.

ARTICULO 43. — Las partidas que resulten necesarias para el cumplimiento de la presente ley serán previstas anualmente en la Ley de Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 44. — La ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial de la Nación.

ARTICULO 45. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS ONCE DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

— REGISTRADO BAJO EL Nº 26.485 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Anexo 12 - Projeto de Lei Nº 1130, de 2017

PROJETO DE LEI Nº 1130, DE 2017

Dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal e dá outras providências.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO DECRETA:

Artigo 1º - Esta lei tem por objetivo instituir medidas de proteção à mulher contra a violência obstétrica e garantir a efetividade da política pública nacional de saúde referente ao parto e nascimento.

Parágrafo único - Caracteriza-se como violência obstétrica todo ato ou conduta praticado por profissional ou agente de saúde, no âmbito público e privado, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal.

Artigo 2º - Entre outros atos e condutas possíveis, são considerados violência obstétrica os seguintes:

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;

II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade;

III - ironizar ou censurar a mulher por suas expressões emocionais ou comportamentos que externalizem sua dor física e psicológica ou ainda suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros;

IV – preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas;

V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, apresentando riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do bebê, inerentes ao procedimento cirúrgico;

VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, por motivo não baseado em evidências científicas;

VII - agendar cirurgia cesariana eletiva sem indicação real e clínica, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, caso este não seja o desejo da mulher;

VIII – nos casos em que a mulher optar pela cirurgia cesariana como via de nascimento e de forma eletiva, deixar de requerer os exames clínicos necessários para aferição das

condições fisiológicas e orgânicas da mulher que a autorizem submeter-se ao procedimento cirúrgico com segurança, tais como mas não se limitando a: pressão arterial, avaliação cardiológica e hemograma completo incluindo tipagem sanguínea, fator rh e nível de plaquetas;

IX – recusar, impedir ou retardar o atendimento de saúde oportuno e eficaz à mulher, em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal, inclusive em abortamento, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos;

X - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento no estabelecimento destino, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

XI - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e pós parto, ou impedir a presença ou o trabalho de um(a) profissional contratado(a) livremente pela mulher para prestar apoio físico e emocional contínuo a ela;

XII - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias;

XIII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:

- a) induzi-la a calar-se ou a manter-se imóvel;
- b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado;
- c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;
- d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;
- e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;
- f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);
- g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;
- h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;
- i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;
- j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;
- k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;
- l) praticar Manobra de Kristeller;
- m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;
- n) aceleração do terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.

XIV – Realizar a episiotomia ou episiorrafia quando esta não for prévia e inequivocamente autorizada pela mulher, condicionada a validade do consentimento a que ela receba previamente toda a informação a respeito do procedimento, seus riscos e consequências fisiológicas para ela, temporárias e permanentes;

XV – Quando autorizado pela mulher, realizar episiotomia ou episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;

XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, ou de qualquer forma impedir que ela se posicione livremente, inclusive verticalmente;

XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;

XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional ou agente de saúde utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;

XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido o devido estímulo para amamentação, inclusive em parto cirúrgico;

XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;

XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem limitações de dias e horários, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

XXII - Tratar o(a) acompanhante de livre escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite;

XXIII – Deixar de cumprir ou impedir o cumprimento das Diretrizes Terapêuticas de Parto Normal e Cesariana, preconizadas pelo Ministério da Saúde, nos serviços de atenção à saúde localizados no Estado de São Paulo, bem como dos direitos das mulheres previstos na Lei Estadual 15.759/2015.

Artigo 3º – Todas as disposições desta Lei se aplicam integralmente no atendimento à mulher em situação de abortamento e no parto de natimorto, sendo as mulheres, nesses casos, consideradas como parturientes para todos os fins desta Lei.

Parágrafo único - Nos casos do caput deste artigo, será também considerada violência obstétrica a omissão de socorro ou a coação com a finalidade de confissão e denúncia à polícia.

Artigo 4º – Comete ainda violência obstétrica o gestor de saúde, diretor clínico e/ou responsável pelo estabelecimento de saúde que de qualquer forma promova ou tolere os atos e condutas previstos nos artigos 2º e 3º.

Artigo 5º - Fica instituído, no âmbito do Estado de São Paulo, o reconhecimento da violência obstétrica enquanto uma das expressões da violência contra a mulher, devendo os Comitês de Mortalidade Materna já existentes e atuantes no Estado promover os devidos registros estatísticos acerca da temática com o fim de identificar os eventos morte causados, direta ou indiretamente, pela violência obstétrica bem como compartilhar anualmente esses dados com as Secretarias de Estado de Saúde e de Segurança Pública.

Artigo 6º - O descumprimento desta lei implica em:

I - Quando comunicado pela mulher à ouvidoria do serviço de saúde, será realizada notificação compulsória a ser feita pelo estabelecimento de saúde comunicando o ato ou conduta aos respectivos conselhos profissionais, para apuração da responsabilidade administrativa e eventuais penalidades cabíveis aos infratores;

II - Responsabilização administrativa, civil e criminal do profissional ou agente de saúde;

III - Responsabilização administrativa, civil e criminal do gestor de saúde, diretor clínico ou responsável pelo estabelecimento onde o descumprimento ocorreu; e

IV - Aplicação das penalidades administrativas previstas na Lei Federal nº 6.437/1977 ao estabelecimento e responsável legal.

Artigo 7º – Todos os estabelecimentos de saúde que prestarem atendimento ao parto e nascimento deverão expor cartazes informativos acerca das diretrizes desta Lei.

§ 1º - Os cartazes previstos no caput deste artigo deverão conter informação referente aos órgãos e trâmites para a denúncia de ocorrência de violência obstétrica;

§ 2º - Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde, as maternidades, os centros de parto normal, os hospitais-escola, hospitais militares, consultórios médicos e de enfermagem, sejam públicos ou da iniciativa privada.

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

Artigo 8º - Para o cumprimento da presente lei poderão ser promovidas ações conjuntas entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e organizações não governamentais e ainda privadas sem fins lucrativos, desde que observados os critérios de anterioridade e legalidade caso incorram em oneração do erário público.

Artigo 9º - A presente lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias da sua promulgação, objetivando sua execução com prioridade.

Artigo 10 - As despesas decorrentes com a execução da presente lei correrão por dotações orçamentárias próprias.

Artigo 11 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A violência obstétrica é uma forma de violência contra a mulher que acomete uma determinada parcela da população (mulheres em idade fértil) e resulta em tratamento discriminatório na atenção à saúde.

As pesquisas “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” (Fundação Perseu Abramo) e “Nascer no Brasil” (Fundação Oswaldo Cruz”) dão conta de que 25% das mulheres reconhecem terem sofrido algum

tipo de violência na assistência durante o ciclo gravídico puerperal e que as práticas atuais de atenção ao parto e nascimento não reduzem as taxas de morte materna – atualmente 69 a cada 100.000 nascidos vivos.

Desde 2001 o país tem envidado esforços para promover a redução da mortalidade. Naquele ano foi concluída a CPMI da Mortalidade Materna que aferiu que 98% das mortes maternas é evitável e determinou uma série de ações estratégicas para essa redução – previstas no Plano Nacional de Redução de Mortalidade Materna de 2004, importante política pública que baliza a humanização da atenção ao parto e nascimento consolidada hoje pelo Ministério da Saúde nas Diretrizes Terapêuticas de Parto Normal e Cesariana.

Algumas dessas ações estratégicas foram consolidadas em legislação própria, tais como a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.110/2005) e a Lei do Vínculo à Maternidade (Lei Federal nº 11.634/2007).

Todavia, existem ainda outras ações estratégicas que constam do Plano Nacional de Redução de Mortalidade Materna de 2004 e que ainda não foram completamente implementadas, configurando POLÍTICA PÚBLICA cuja efetividade pode ser promovida nos âmbitos locais pela competência comum dos Estados no cuidado da saúde pública conforme previsto na Constituição Federal (art. 23, inciso II).

Considerando a estreita relação entre os casos de violência obstétrica e as taxas de mortalidade materna, é de suma importância que a efetividade das políticas públicas que garantam às mulheres seu direito à vida e ao mais alto nível de saúde.

O Brasil é signatário da CEDAW - Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e nesse tratado, que aduz em seu artigo 12:

Artigo 12

- 1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.*
- 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.*

Igualmente, o Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e nessa condição deve **promover, progressivamente, as medidas necessárias para que as mulheres tenham uma vida livre de violência em todo o território nacional, na esfera pública e privada** – artigos 3 e 8.

Considerando os dados das pesquisas, infelizmente é forçoso reconhecer que uma grande parcela da população feminina vem sendo privada de seus direitos humanos durante o ciclo gravídico puerperal, numa clara afronta às garantias constitucionais.

Ademais, é imprescindível destacar que essa forma de violência (obstétrica) impacta sobremaneira mulheres em condições de vulnerabilidade social, histórica e economicamente, especialmente as mulheres negras. Dados da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, da qual o Brasil faz parte, apontam que, pelo menos 06 de cada 10 mortes maternas são de mulheres negras e a pesquisa “Nascer no Brasil” aponta que mulheres pretas e pardas representam 65,9% das mulheres submetidas à violência obstétrica, sofrendo duplamente discriminação de gênero e de raça. Segundo a enfermeira Emanuelle Goes, representante da comunidade negra e que escreve sobre o assunto:

“As mulheres negras estão mais expostas ao racismo institucional e, conseqüentemente, a violência obstétrica acomete mais incisivamente essa população.”

Nesse sentido, destacamos as recentes iniciativas promovidas pelas próprias mulheres enquanto manifestação da sociedade civil organizada, que vêm requerendo a implementação das políticas públicas já existentes e colaborando com o poder legislativo na busca de soluções para maior efetividade de seus direitos.

Notadamente ressaltamos o trabalho da Associação ARTEMIS, sediada na cidade de São Paulo, que vem contribuindo para ampliar a reflexão a respeito da temática da violência obstétrica, tendo promovido a primeira publicação técnico-jurídica sobre o assunto no país (Nota Técnica: Violência Obstétrica como Violação de Direitos Humanos) bem como cursos de especialização técnica para operadores do direito nessa área, e também apresentado propostas legislativas para assegurar o cumprimento do Plano de Redução da Mortalidade Materna nos diversos âmbitos da atenção à saúde.

Assim, considerando a relevância da temática e a atualidade das manifestações das mulheres nesse sentido, apresentamos este projeto para aprovação dos nobres pares a fim de garantir a implementação eficaz das políticas públicas de saúde da mulher no Estado de São Paulo bem como assegurar os direitos das mulheres paulistas a uma vida livre de violência.

Sala das Sessões, em 7/12/2017.

a) Leci Brandão - PCdoB