

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

FACULDADE DE DIREITO

ELOÁ MUNIZ DE FARIAS MEDEIROS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A TRANSGRESSÃO DO DIREITO À
DIGNIDADE HUMANA DA PARTURIENTE**

NATAL/RN

2015

ELOÁ MUNIZ DE FARIAS MEDEIROS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A TRANSGRESSÃO DO DIREITO À
DIGNIDADE HUMANA DA PARTURIENTE**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN.

Orientador (a): Professora Msc. Déborah Leite da Silva.

NATAL/RN

2015

ELOÁ MUNIZ DE FARIAS MEDEIROS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A TRANSGRESSÃO DO DIREITO À DIGNIDADE
HUMANA DA PARTURIENTE**

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em __/__/__.

Banca Examinadora

Profª. Msc. Déborah Leite da Silva
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Profª Msc. Patrícia Moreira de Menezes
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Profª Esp. Flavianne Fagundes da Costa Pontes
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Dedico este trabalho a **Deus** e à minha filha, **Esther Farias de Medeiros**, por existir em minha vida e me fazer mais feliz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela sabedoria, ânimo e saúde para chegar até o fim dessa árdua caminhada. Obrigada, meu Senhor, por me colocar no colo nos momentos de dificuldade e por me ensinar que tudo tem o tempo certo!

Aos meus pais, Gutemberg Luiz de Farias e Vilma Lúcia Muniz Tavares de Farias, pelo incentivo para concluir o curso, mesmo com todos os empecilhos e pelo apoio de todas as horas, principalmente no horário noturno, já que muitas vezes foram eles que ficavam com minha filha para eu poder ir à faculdade. Pai, Mãe, obrigada por acreditarem no meu potencial e pelas orações! Obrigada por tudo!!

Aos meus irmãos, Athos Alexsandro Muniz de Farias e Arthur Muniz de Farias, que mesmo de longe torcem pela minha vitória.

Aos meus sobrinhos, Guilherme Ohana e Maria Luíza Ferreira, por todo carinho.

Ao meu esposo, Hugo Oliveira de Medeiros, pelas inúmeras vezes que me ouviu relatar casos sobre o tema e pela ajuda para que eu chegasse ao término desse trabalho. Obrigada, amorzinho!

Em especial à minha filha, Esther Farias de Medeiros, por toda inspiração e amor. Te amo, minha estrelinha!

Às minhas amigas de curso Kaliane Freitas, Kamylla Maciel e Layse Assis, pela cumplicidade e ajuda durante todos esses anos de faculdade. Espero tê-las sempre por perto!

À professora Déborah Leite da Silva, que me adotou e orientou neste trabalho de monografia. Muito me orgulha ter sido sua orientanda!

À todas as mulheres que tiveram a coragem de relatar seus casos, buscando justiça, e a todos os estudiosos que disseminam informações para que haja uma real humanização na assistência às parturientes.

E a todas as pessoas que colaboraram para que eu concretizasse o curso.

Muito obrigada!

“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível.”

São Francisco de Assis

RESUMO

O presente trabalho tem por escopo precípua realizar uma abordagem direcionada ao debate acerca da violência obstétrica e suas implicações jurídicas, oriundas das transgressões dos direitos da parturiente. O tema, em que pese ser aparentemente tutelado em legislação nacional esparsa, carece de um satisfatório debate e posituação no ordenamento jurídico pátrio, tendo em vista a relevância deste assunto atualmente confirmados pelos diversos casos concretos exibidos nos meios de comunicação. De fato, a questão já ganha maior destaque na área da saúde e do direito, isto porque é uma realidade que afeta direitos humanos fundamentais, como a dignidade da pessoa humana, a integridade física, o direito de autonomia e a privacidade. A composição do estudo sustenta-se através do método dialético, com suporte na legislação da Argentina e Venezuela, países que já possuem leis que tipificam a violência obstétrica, na doutrina e nas teses científicas para respaldar as questões referentes à transgressão do direito à dignidade da pessoa humana, embora no Brasil ainda não haja lei específica sobre o tema da violência obstétrica, o que dificulta a efetivação dos direitos das parturientes. Diante disso, busca-se a aprovação do projeto de lei nº 7633/2014, que trata da humanização da assistência à mulher e o melhor uso da hermenêutica constitucional e dos instrumentos normativos internacionais, conforme o princípio da máxima eficácia, para garantir os direitos às parturientes, além de, por meio deles, reconhecer, tipificar e caracterizar a violência obstétrica. Concluiu-se que por meio da hermenêutica constitucional pode-se ter a interpretação combinada dos dispositivos constitucionais que alicerçam os direitos fundamentais assegurando, dessa forma, os direitos das parturientes, principalmente, o direito à dignidade humana e o combate à violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência de gênero. Direitos Humanos. Dignidade da pessoa humana. Violência obstétrica.

ABSTRACT

This work is precipit scope perform an approach focused on the debate about the obstetric violence and its legal implications arising from violations of the rights of the mother. The theme, despite apparently being tutored in sparse national law lacks an adequate debate and assertiveness in the Brazilian legal system, given the importance of this subject today confirmed by the various individual cases displayed in the media. In fact, the issue has gained more prominence in the health and law, because this is a reality that affects basic human rights such as human dignity, physical integrity, the right to autonomy and privacy. The composition of the study is sustained through the dialectical method, supporting the legislation of Argentina and Venezuela, countries that already have laws that criminalize obstetric violence, doctrine and scientific arguments to support issues relating to the violation of the right to dignity of human person, while in Brazil there is still no specific law on the subject of obstetric violence, which hinders the realization of the rights of pregnant women. Therefore, we seek the approval of the bill n^o. 7633/2014, which deals with the humanization of assistance to women and the best use of constitutional hermeneutics and international legal instruments as the principle of maximum efficiency, to guarantee the rights to pregnant women, and through them, recognize, characterize and typify obstetric violence. It was concluded that through the constitutional hermeneutics can be combined interpretation of constitutional provisions underpinning fundamental rights thereby ensuring the rights of pregnant women, especially the right to human dignity and the fight against obstetric violence.

Keywords: Gender violence. Human rights. Dignity of the human person. Obstetric violence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. O PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES JURÍDICAS	13
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO GRAVÍDICO E PÓS-PARTO.....	13
2.2 OS DIREITOS DA PARTURIENTE	18_Toc437510503
2.2.1 Autonomia da vontade.....	18
2.2.2 Integridade física	21
2.2.3 Privacidade.....	23
3. A RELAÇÃO ENTRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A PROTEÇÃO JURÍDICA DA PARTURIENTE	26
3.1 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS.....	26
3.2. INSTRUMENTOS NORMATIVOS INTERNACIONAIS	29
3.3 DISCUSSÕES INTERNAS.....	34
4. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO IMPEDIMENTO À CONCRETIZAÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	37
4.1 RECONHECIMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA...37	
4.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA TIPIFICADA LEGALMENTE	41
4.3 A APLICAÇÃO DAS LEIS NO ATENDIMENTO AO PARTO NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	47
4.4 DESCUMPRIMENTO DAS NORMATIZAÇÕES E LEGISLAÇÕES VIGENTES .50	
5. QUESTÕES CONCRETAS E EMBASAMENTO HERMENÊUTICO RELACIONADOS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	55
5.1 PESQUISAS ESPECÍFICAS SOBRE O MODELO OBSTÉTRICO NO BRASIL .55	
5.2 DECISÕES JUDICIAIS PERTINENTES À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	66
5.3 QUESTÕES HERMENÊUTICAS APLICÁVEIS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ...70	
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	77

1. INTRODUÇÃO

Um tipo de violência bastante comum, porém muito pouco denunciada, é a que acontece no âmbito das instituições de saúde em face da parturiente: a violência obstétrica.

O parto e o nascimento de um filho são acontecimentos especiais na vida da mulher. No entanto, muitas vivenciam horas de terror, pois durante esse momento são agredidas, desrespeitadas e constrangidas pelos profissionais da saúde, os quais deveriam proporcionar a máxima assistência.

Apesar do desrespeito e dos maus tratos poderem ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no pós-parto as mulheres ficam mais vulneráveis. Essas “técnicas” (episiotomia - cirurgia realizada na vulva, talhando a abertura da vagina com uma tesoura ou bisturi, muitas vezes sem anestesia -, manobra de Kristeller, dentre outras) podem ter implicações tormentosas para a mãe e para a criança.

Várias pesquisas foram feitas e detectou-se que o Brasil é um dos países que possui altos índices de mortalidade materna e neonatal e o maior número de cirurgias cesáreas, o que pode ser atribuído, na grande maioria das vezes, à violência obstétrica.

É fácil encontrar relatos sobre esse desrespeito e abusos durante o parto nas instituições de saúde. Desde violência física, humilhação intensa, abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, ausência de confidencialidade, recusa em administrar analgésicos, graves violações de privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto, induzindo a complicações evitáveis e circunstâncias ameaçadoras da vida, entre outras.

No Brasil, a dor do parto é narrada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, devido às práticas institucionais e dos profissionais de saúde que cunham ou robustecem sentimentos de inabilidade, inadequação e impotência da mulher e do seu corpo, como se observa nos documentários “A voz das brasileiras” e “A dor além do parto” disponíveis no Youtube.

Todas as mulheres têm direito ao melhor modelo de saúde alcançável, compreendendo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a

gestação e o parto, igualmente como o direito de estar livre da violência e da discriminação.

Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres, como delinham normas e princípios de direitos humanos.

Dentro desse contexto, o presente trabalho, baseado em pesquisa bibliográfica e em dados oficiais, utilizará dos métodos dedutivo e analítico, pretendendo discorrer sobre a violência obstétrica e a violação dos direitos das parturientes, analisando-se, primeiramente, o parto e suas implicações jurídicas, a caracterização do estado gravídico e pós-parto. Em seguida, pretende-se expor os direitos que são violados, desde o direito à autonomia de vontade, o direito à integridade física e o direito à privacidade.

Analisar-se-á, em seguida, a relação entre a dignidade da pessoa humana e a proteção jurídica da parturiente, por meio dos instrumentos normativos internacionais e das discussões internas.

Também será abordada a legislação no atendimento e realização do parto, a violência obstétrica e sua tipificação, caracterização e reconhecimento, discutindo a sua aplicação e o descumprimento das legislações e normatizações vigentes, além da ausência de legislação específica no Brasil, diferentemente do que acontece na Argentina e Venezuela onde já existe lei específica, a qual tipifica as condutas dos profissionais e instituições que cometem violência obstétrica.

Observar-se-á também o resultado de pesquisas específicas que tornam visíveis a reduzida efetividade do modelo de atenção obstétrica existente no Brasil e o crescente número de mulheres descontentes com esse modelo de assistência, devido às altas taxas de cesarianas e intervenções desnecessárias.

Além disso, considerar-se-á a utilidade da hermenêutica constitucional para a melhor aplicação dos direitos já existentes e resguardados pela Constituição Federal conforme os ensinamentos de Canotilho, Bonavides e Peter Haberle. Observa-se-á que a Constituição não é somente um conjunto de normas, mas a união de elementos sociais, políticos e econômicos; e para que ocorra uma melhor aplicação desses direitos deve-se analisar o desenvolvimento do país.

Por fim, com esteio no arcabouço teórico construído, far-se-á uma análise crítica, sob o viés constitucional, acerca da violência obstétrica à luz do princípio da dignidade humana (raiz dos direitos humanos e fundamentais). Buscar-se-á, entre

outras questões resgatar e destacar os fundamentos do direito à dignidade da mulher parturiente.

2. O PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES JURÍDICAS

Diante da situação fática relacionada ao parto e todas suas nuances advindas desde o pré-natal até o nascimento propriamente dito, não é concebível vislumbrar uma legislação esparsa, por não dizer simplória, na tutela atinente à parturiente e a seu filho. Isto porque, as ciências médicas já atestam em diversos estudos os reflexos fisiológicos e psicológicos na gestante quando esta não têm seus direitos de liberdade e dignidade humana respeitada durante todo o processo gravídico, que já é naturalmente traumático.

Neste ínterim, as atuações humanas, sociais e políticas imersas neste contexto, precisam estar refletidas e tuteladas numa legislação acessível e o mais completa possível para toda a população.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO GRAVÍDICO E PÓS-PARTO

Gravidez, ou estado gravídico, corresponde ao tempo de crescimento e desenvolvimento de um ou alguns embriões dentro do útero. Para que este estado aconteça é preciso que o óvulo seja fecundado pelo espermatozoide e resulte no zigoto, futuro embrião. Nesse sentido, consoante afirma Rezende “Principia o desenvolvimento através da fecundação, quando o espermatozoide se funde com o óvulo para dar origem ao ovo, célula que representa a origem do novo ser.”¹. Através do processo de nidação, o qual, segundo Hermógenes² inicia-se no fim da primeira semana e conclui-se na segunda, o zigoto se fixa na parede do útero e dá-se início à formação das camadas que se transformarão em órgãos, sistemas e tecidos do novo ser.

O estado gravídico altera o organismo maternal, interferindo na bioquímica e na anatomia dos aparelhos e sistemas da gestante, contribuindo com entidades mórbidas preexistentes ou produzindo sinais que, ainda que fisiológicos, podem ser nocivos gerando desconforto a gestante. Muitas dessas alterações são ocasionadas

¹ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. [s.l.]: Ed. 11ª Editora Guanabara Koogan; 2009. p. 21.

² CHAVES NETTO, Hermógenes. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, p.9.

pela reação orgânica devido à presença do novo ser, da sobrecarga hormonal ou pela ação mecânica desempenhada pelo útero gravídico.

De acordo com Hermógenes, a gestante sofre modificações no aparelho genital e nas mamas, modificações hemodinâmicas, hematológicas, renais, pulmonares, gastrintestinais, metabólicas, endócrinas, osteoarticulares, modificações cutâneas e dos órgãos dos sentidos³. Várias dessas reações da mulher ao estado gravídico são reconhecidas com facilidade e, por isso, são utilizadas para o diagnóstico da prenhez. Porém, nem sempre há uma precisão dos sintomas, o que pode dificultar a identificação da gravidez, pois talvez não correspondam verdadeiramente aos seus sintomas, podendo corresponder a alguma patologia. Segundo Zugaib⁴ “o conhecimento das alterações fisiológicas do organismo materno é de importância fundamental para a boa prática obstétrica, de modo que seja possível reconhecer os desvios da normalidade”. Ainda de acordo com Zugaib⁵ distinguir os feitos normais da gravidez dos processos patológicos não é um procedimento simples. Destarte, ensina Hermógenes⁶ que a exclusão ou o diagnóstico do estado gravídico se dá por meio de eventos clínicos e elementos laboratoriais (métodos hormonais e exame ultra-sonográfico).

Ainda de acordo com Hermógenes⁷ “o diagnóstico da gravidez baseia-se em sintomas referidos quando da anamnese e em sinais identificados durante o exame físico da paciente”. Esse autor agrupa essas informações em sinais e sintomas de presunção, sinais de probabilidade e sinais de certeza da gravidez. Os sinais de presunção correspondem às náuseas, aos distúrbios urinários, a fadiga e sonolência, falha menstrual, modificações mamárias, alterações do muco cervical, transformações cutâneas e percepção dos movimentos fetais; já os sinais de probabilidade são o sinal de Hegar (o útero adquire consistência amolecida e elástica), sinal de Piskacek (o útero cresce de maneira assimétrica e forma abaulada), sinal de Nobile-Budin (o útero gravídico adquire forma globosa), sinal de Osiander (por meio do toque vaginal percebe-se a pulsação arterial), sinal de Jacquemier ou Chewick (a vulva adota coloração violácea), sinal de Kluge (a

³ CHAVES NETTO, Hermógenes. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 59 – 72.

⁴ ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia I**. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2012. p. 166.

⁵ *Ibidem*; p. 166.

⁶ CHAVES NETTO, Hermógenes. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 72.

⁷ *Ibidem*; p. 75.

mucosa vaginal passa a ter coloração violácea) e volume uterino (o útero gravídico passa a ser palpável no abdome materno); e os sinais de certeza correspondem à ausculta dos batimentos do coração fetal, sinal de puzos (discretos impulsos no útero) e percepção dos movimentos fetais.

Dos elementos laboratoriais elencados por Hermógenes, observa-se que a comprovação da presença do hormônio gonadotrófico coriônico (hCG) pode comprovar o estado gravídico, uma vez que durante a gestação a “produção desse hormônio cresce exponencialmente, duplicando a cada 48 horas [...] podendo ser encontrado tanto na urina quanto no plasma materno”⁸. Além do método hormonal há o exame ultrassonográfico, o qual permite o diagnóstico do estado gravídico por meio de imagens.

Geralmente uma gestação dura perto de quarenta semanas e após todo esse processo de desenvolvimento do bebê é chegado o momento do parto. O parto é o processo de transição do estado gravídico para o pós-parto ou puerpério. É o momento em que o útero por meio das contrações expelle o bebê. Consoante ensina Zugaib⁹ “o parto é caracterizado por contrações das fibras miométriais, cujas principais funções são a dilatação cervical e a expulsão do feto através do canal de parto”. Segundo esse mesmo autor¹⁰:

o processo fisiológico que regula tais modificações não possui um marco bem definido como as fases clínicas do parto, contudo, pode ser dividido em quatro etapas: quiescência (fase 1), ativação (fase 2), estimulação (fase 3) e involução (fase 4). A quiescência (fase 1) é caracterizada por relativa ausência de resposta a agentes que determinam a contratilidade uterina. Ela se inicia com a implantação do zigoto e perdura por quase toda a gestação. Apesar de algumas poucas contrações serem observadas nesse período, elas não modificam a estrutura cervical nem causam dilatação do colo uterino. A ativação (fase 2) prepara o útero e o canal cervical para o trabalho de parto e dura aproximadamente 6 a 8 semanas. Essa preparação determina algumas modificações cervicais e caracteriza-se pela descida do fundo uterino. Esse processo é seguido pela estimulação (fase 3), que pode ser clinicamente dividida em três períodos (dilatação, expulsão e dequitação) e cujo fenômeno mais importante são as contrações uterinas efetivas. Finalmente, a involução (fase 4) destaca-se pelo retorno ao estado pré-gravídico (puerpério). Seu início ocorre após a dequitação e é caracterizado por uma contração persistente que promove a involução uterina.

⁸CHAVES NETTO, Hermógenes. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p.77.

⁹ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia I**. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2012. p. 334.

¹⁰*Ibidem*; p. 334.

De acordo com o autor supracitado e a preparação para o parto começa durante o pré-natal e deve ser feita uma abordagem psicológica do casal e da família como um todo, evitando-se, assim, os focos de ansiedade antes do trabalho de parto e o parto. Além disso, as consultas de pré-natal servem para a parturiente se informar e conhecer melhor a equipe que irá auxiliá-la no momento do parto e para tratar de questões como a do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, uma vez que é direito da parturiente ter alguém da sua escolha fazendo companhia, conforme estabelece a Lei Federal n. 11.108/2005, que auxilia na humanização da assistência ao trabalho de parto.

O pós-parto tem duração de cerca de 40 dias; vai da expulsão da placenta até a volta da mãe à condição anterior à gravidez, e exibe características extremamente importantes para a puérpera e pessoas próximas, uma vez que a mulher encontra-se numa fase de consolidação da maternidade e do aparecimento do sentimento de angústia, devido às mudanças acarretadas pelo nascimento do bebê.

Destarte, Hermógenes individualiza o puerpério: “como fase essencialmente ativa, na qual ocorrem múltiplos fenômenos de natureza hormonal, psíquica e metabólica, traduzidos por ações puramente involutivas e outras, ao revés, relacionadas à síntese e anabolismo”¹¹.

De maneira didática divide Hermógenes o puerpério em três fases: o puerpério imediato, que vai do primeiro ao décimo dia; o puerpério tardio, do décimo ao quadragésimo quinto dia; e por fim, o puerpério remoto, aquele que vai além do quadragésimo quinto dia.

Logo, percebe-se que o puerpério corresponde às seis semanas pós-parto, período em que a mulher voltará ao estado anterior à gravidez. Outrossim, o estado puerpério ou pós-parto, constitui-se como a fase em que ocorre a concretização do vínculo mãe-filho por meio do aleitamento materno.

Rezende, o qual, assim como Hermógenes, divide o puerpério em imediato, tardio e remoto, aduz que:

no pós-parto imediato domina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou

¹¹ CHAVES NETTO, Hermógenes. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 739.

hiperplasiadas pela prenhez, notadamente das que abrigavam o conceito, ao lado de alterações gerais e sobretudo endócrinas, quase todas atinentes à regressão das modificações gestacionais do organismo¹²

Ainda para Rezende, o pós-parto tardio corresponde ao: “período de transição onde toma impulso a recuperação genital. [...] é circuito biológico em que todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação, que no estágio seguinte, pós-parto remoto, domina francamente o panorama puerperal.”¹³

Por fim, arremata o autor¹⁴:

O pós-parto remoto, é o período de duração imprecisa, a variar ou não com a lactação. Nas mulheres que não amamentam a menstruação retorna, em média, com 1,5 mês, e, ao contrário do que se pensava, precedida de ovulação. Nas lactantes prazos dependem da duração do aleitamento

Para Zugaib¹⁵ “o puerpério, ou período pós-parto, tem início após a dequitação e se estende até 6 (seis) semanas completas após o parto”. Esse autor baseia-se nas consequências da gestação em vários órgãos maternos, os quais, ao término do puerpério, já voltaram a condição de antes da gestação. Afirma ainda, porém, que alguns sistemas maternos não regressam ao estado pré-gravídico até a conclusão da sexta semana, e estudos já mostram que o final do puerpério pode se dar para até 12 (doze) meses depois do parto. Existe uma exceção quanto a alguns órgãos. As mamas são as únicas que alcançam o desenvolvimento e a diferenciação celular completados no puerpério e não voltam ao estado pré-gravídico¹⁶. Além disso, durante o pós-parto a nova mãe precisa de apoio emocional e ambiente tranquilo para assegurar que ela ganhe confiança e intensifique os laços emocionais com o recém-nascido¹⁷.

Assim, observa-se que o estado gravídico e o puerpério são caracterizados pelas intensas modificações no corpo da mulher, sendo o primeiro caracterizado pelo desenvolvimento do novo ser e o segundo pela volta ao estado anterior à gestação.

¹² REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. [s. l.]: Ed. 11ª. Editora Guanabara Koogan; 2009. p. 186.

¹³ *Ibidem*; p. 188.

¹⁴ REZENDE FILHO, *Loc. cit.*

¹⁵ ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia I**. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2012. p. 456.

¹⁶ ZUGAIB, *Loc. cit.*

¹⁷ *Ibidem*; p. 462.

2.2 OS DIREITOS DA PARTURIENTE

Durante o estado gravídico a mulher tem alguns de seus direitos violados, mas observa-se que essa violação torna-se mais constante durante o trabalho de parto, no parto e até no pós-parto. Dentre os direitos comumente violados encontram-se o direito à autonomia de vontade, o direito à integridade física e a privacidade.

2.2.1 Autonomia da vontade

A autonomia da vontade pode ser considerada como direito fundamental, pois é um dos elementos essenciais da assistência à liberdade tutelada constitucionalmente aos indivíduos, advindo nas escolhas individuais, no âmbito do Direito para autorregulação das relações privadas¹⁸.

O direito fundamental à autonomia tem como embasamento a compreensão do humano como agente da moral, ser dotado de razão, capaz de determinar o que é benéfico e maléfico para si, e que deve ser livre para conduzir-se conforme suas escolhas, desde que elas não interfiram nos direitos de terceiros¹⁹.

Assim, não compete à coletividade e ao Estado estabelecer os fins que cada indivíduo deve tomar, os valores e as atitudes que devem ter. Cabe ao sujeito de direito, definir os rumos da sua vida. Portanto, a autonomia privada está relacionada à proteção da dignidade da pessoa humana, uma vez que privar o ser humano de tomar decisões é o mesmo que frustrar as “possibilidades de realização existencial”²⁰.

¹⁸ REIS, Jorge Renato dos. **Autonomia de vontade: um princípio fundamental do direito privado como base para instauração e funcionamento da arbitragem**. 2010, p. 8245. Disponível em: <<http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3874.pdf>> Acesso em: 12 março de 2015.

¹⁹ REIS, Jorge Renato dos. *Loc.cit.*

²⁰ *Ibidem*, p. 8246.

Almeida²¹ *apud* Míriam Leão afirma que “um dos obstáculos à incorporação do princípio da autonomia do usuário pelos profissionais de saúde é a tradição da relação paternalista, baseada no princípio de beneficência”. O princípio da beneficência faz parte do elenco de princípios da Bioética, aquele corresponde ao comprometimento moral de agir em benefício dos outros. Dessa forma, observa-se que, na prática, o princípio da beneficência disputa com o princípio da autonomia de vontade, e quando se fala em ética da assistência à saúde esses são os princípios que mais tem destaque.

Sobre esse assunto Míriam Rêgo cita a Lei nº 8.080/90²² asseverando que este diploma legal disciplina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, considera a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, como um dos princípios a serem adotados pelos serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que unificam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde²³ garante ao usuário o dever de permitir ou recusar de forma livre, espontânea e explicada, depois de apropriada informação, quaisquer métodos, diagnósticos preventivos ou terapêuticos, salvo se acarretar risco à saúde pública.

O Código de Ética Médica²⁴, por sua vez, assegura a ampla autonomia do médico ante o paciente. Em contrapeso, nesse mesmo código, garante a autonomia do paciente. A exceção é o risco de vida iminente. Dessa maneira, o Código de ética Médica traz como um de seus capítulos o tema de Direitos Humanos proibindo o

²¹ ALMEIDA *apud* LEÃO. Míriam Rêgo de Castro Leão, et al. **Reflexão sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, nº 8; Rio de Janeiro. 2013, p. 2397. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/46310/Reflex%C3%B5es%20sobre%20o%20excesso%20de%20cesarianas%20no%20Brasil%20e%20a%20autonomia%20das%20mulheres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 mar. 2015.

²² BRASIL. **Lei 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em 10 mar. 2015.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2ª Edição. Brasília: MS; 2007.

²⁴ BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Código de Ética Médica**. 2013. <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/CodigoEticaMedica2013.pdf> . Acesso em 13 abr. 2015.

médico de praticar qualquer tratamento sem o consentimento do paciente ou que fira a dignidade humana deste:

CAPÍTULO IV - DIREITOS HUMANOS - 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. 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.

Acerca da autonomia de vontade Luís Roberto Barroso²⁵ aduz que a autonomia de vontade é o componente ético da dignidade, conectado à razão e a prática da vontade na consonância de motivadas normas. Assim, a dignidade como autonomia de vontade engloba a capacidade de autodeterminação, dando ao sujeito de direito a faculdade de decidir os nortes da própria vida e de ampliar livremente sua personalidade sem imposições externas. Deliberações pessoais sobre religião, trabalho, ideologia e vida afetiva não podem ser tiradas do indivíduo sem transgredir sua dignidade. Atrás do conceito de autonomia encontra-se o de pessoa, considerado ser moral e consciente, cheio de vontade.

O princípio da autonomia de vontade, também faz parte do rol dos princípios básicos da bioética e conforme ensina Adriana Maluf²⁶ este princípio:

valoriza a vontade do paciente, ou de seus representantes, levando em conta, em certa medida, seus valores morais e religiosos. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida (corpo e mente) e o respeito à sua intimidade, restringindo com isso a intromissão alheia no mundo daquele que está sendo submetido a um tratamento.

Desta maneira, observa-se que esse direito fundamental garante à parturiente a faculdade de escolher qual será o tipo de nascimento do seu filho, se vaginal ou cesariano, se com anestesia, episiotomia e/ou outros procedimentos.

²⁵ BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. p, 24. Disponível em: <http://www.luísrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf> . Acesso em: 23 mar. 2015.

²⁶ MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 11.

Vale salientar que na relação paciente-médico a troca de informações é a melhor maneira de subsidiar uma tomada de decisão correta, além de ser um direito do paciente ter conhecimento sobre seu estado, tratamentos, diagnósticos, prognósticos e as prováveis complicações e riscos. Logo, percebe-se que o direito à autonomia está totalmente entrelaçado ao conhecimento.

2.2.2 Integridade física

O direito à integridade física é personalíssimo e fundamental. Segundo a doutrina há expressivo conflito entre a autonomia de vontade e a necessidade de intervenções médicas ou cirúrgicas.

O direito à integridade física segundo Adriana Maluf²⁷ pode ser dividido em:

Direito à vida e aos alimentos – abrange a concepção e a descendência (natural ou artificial); a identidade pessoal (direito ao nome, ao domicílio, ao estado e à carga genética); os direitos do embrião (redução embrionária); os direitos do nascituro; o direito à alimentação equilibrada (desde o aleitamento materno); o planejamento familiar (limitação de filhos, esterilização masculina e feminina, utilização de métodos anticoncepcionais); o aborto; a proteção do menor (pela família e pela sociedade); o direito à habitação; à educação; ao trabalho; À segurança física; o direito físico da estética humana; à proteção médica e hospitalar (acesso ao atendimento médico – reanimação, acesso a técnicas médicas adequadas, o direito ao prolongamento artificial da vida e à morte digna); o direito ao meio ambiente equilibrado; à liberdade física; ao recato; o direito à proteção na velhice. Direito ao corpo vivo – Abrange o direito às células germinativas; à reprodução assistida (incluindo a cessão temporária de útero); ao exame médico; à transfusão de sangue; ao transplante; à experiência científica; ao acesso às modernas técnicas biotecnológicas; à identidade de gênero (cirurgia redesignatória); ao débito conjugal; à liberdade física. Direito ao corpo morto – direito ao sepulcro; à cremação; à utilização científica; ao transplante; ao culto religioso.

São direitos considerados essenciais ao desenvolvimento do indivíduo, os quais objetivam resguardar a eminente dignidade da pessoa humana.

Conforme dispõe o art. 15 do Código Civil de 2002: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a

²⁷ MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 38.

intervenção cirúrgica”²⁸. Deste modo, fica resguardado, pelo Código Civil, a parturiente o direito de não submeter-se as técnicas invasivas desnecessárias, como as cesarianas eletivas.

De acordo com a concepção de Pablo Stolze²⁹:

qualquer pessoa que se submete a tratamento médico, em especial intervenção cirúrgica, deve ter plena consciência de seus riscos, cabendo ao profissional que a acompanhar expressamente informá-la, recomendando-se, inclusive, o registro de tal fato, para prevenir responsabilidades.

Ainda segundo Stolze³⁰, o paciente tem o direito de recusar o tratamento para preservar a sua integridade física, aproveitando notar que, se houver a impossibilidade de manifestação, cabe ao responsável legal a decisão.

Insta também anotar que, segundo o art. 146, § 3º, I do Código Penal³¹ Brasileiro, não caracteriza crime de constrangimento ilegal a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se realizada em virtude de iminente perigo de vida.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 também garante a proteção à integridade física no seu art. 5º, inciso III afirmando que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”³².

Logo, constata-se que o direito expresso na Constituição Federal deixa, ou pelo menos, deveria deixar a parturiente protegida das intervenções desnecessárias como a raspagem de pelos, a lavagem intestinal, episiotomia, a manobra de Kristeller³³ e cesarianas eletivas, haja vista que segundo a Medicina Baseada em

²⁸BRASIL. **Lei nº. 10.406/02.** Institui o Código Civil. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em 20 nov. 2014.

²⁹ STOLZE, Pablo; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil. Volume I – Parte Geral.** 13ª ed. Rev. Atual. e Ampliada. 2011, p.199

³⁰ STOLZE, Pablo; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Loc. cit.*

³¹ BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848.** Institui o Código Penal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em 20 nov. 2014

³² BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em. 20 nov. 2014.

³³ Manobra de Kristeller é uma técnica que consiste em pressionar com força a parte superior do útero para agilizar a saída do bebê.

Evidências Científicas essas intervenções são completamente desnecessárias e humilhantes.

2.2.3 Privacidade

Outro direito fundamental atribuível à parturiente é o direito à privacidade. A Constituição Federal de 1988, no seu art. 5º, inc. X, assegura a inviolabilidade do direito à privacidade, nos seguintes termos:

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: 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.³⁴

A privacidade deve existir tanto no trabalho de parto quanto no parto propriamente dito, uma vez que estudos recomendam que garantir a privacidade é atender para que a mulher tenha um parto mais fisiológico possível, sem intervenções.³⁵

A falta de privacidade, conforme assevera Lopes, a que as parturientes estão submetidas, caracteriza um descuido na assistência hospitalar e nos direitos humanos. Nesse sentido, aduz Lopes³⁶:

Muitas mulheres grávidas, ao procurarem assistência na rede pública de serviço, passam por uma rotina iniciada na busca de uma vaga e uma provável peregrinação por algumas unidades de saúde, finalizada com a separação da família durante a internação e com a permanência no pré-parto, usualmente um espaço coletivo, junto com outras mulheres em trabalho de parto ou com outras intercorrências obstétricas, sem qualquer privacidade ou atenção às suas necessidades particulares.

³⁴ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em. 20 nov. 2014.

³⁵ LOPES, Alessandrée Silva. **A vivência de privacidade pelas parturientes no ambiente hospitalar: uma contribuição para o cuidar em enfermagem obstétrica**. 2007. 69f. Dissertação. Mestrado em enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2007. p.11.

³⁶ *Ibidem*; p.13.

Sarcado e Fortes *apud* Lopes destaca ainda que a privacidade na área da saúde é um tema de grande relevância que conflita com outros da bioética, pois a confidencialidade sobre as informações contidas nos prontuários e a autorização de acompanhante precisam de ponderação e estabelecimento de leis novas, normas e regulamentos administrativos que melhor regulamente.

Sobre a definição de privacidade, Sarcado e Fortes *apud* Lopes³⁷ usam:

A definição de privacidade segundo Ferreira (1986, p.1394), é vida privada, vida íntima, intimidade. Do latim *privatu*, *privus*, significa particular, o que não é público. Essa palavra possui muitas dimensões, sendo um princípio que envolve intimidade, autonomia, espaço territorial, espaço pessoal, a honra das pessoas e se constitui como um direito de cidadania. Apresenta-se inserido nas normas constitucionais vigentes.

Leciona Lopes que os programas de humanização propagados pela Organização Mundial de Saúde valorizam o princípio da privacidade e ações que abarquem esse princípio, uma vez que este foi apreciado no programa de humanização de acordo com o protocolo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), que determina ações a serem inseridas no atendimento ao parto normal respeitando o direito da mulher à privacidade no local do parto.

Segundo Odent *apud* Lopes, a privacidade é imprescindível para o processo de trabalho de parto, já que por meio de liberações hormonais há uma maior facilidade e favorecimento para a mulher grávida ao aliviar a dor e atenuar o tempo de parturição.³⁸

No âmbito internacional, a norma que trata da privacidade é a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, assinada em São José da Costa Rica³⁹, em 1969, determinando, em seu artigo 11, a proteção à vida privada, conforme abaixo se transcreve:

³⁷ LOPES, Alessandrée Silva. **A vivência de privacidade pelas parturientes no ambiente hospitalar**: uma contribuição para o cuidar em enfermagem obstétrica. 2007. 69f. Dissertação. Mestrado em enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2007. p.13.

³⁸ LOPES, Alessandrée Silva. *Loc.cit.*

³⁹ Organização dos Estados Americanos, **Convenção Americana de Direitos Humanos (“Pacto de San José da Costa Rica”)**, 1969. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>. Acesso em 10 nov. 2014.

Art. 11 – Proteção da honra e da dignidade. §1º - Toda pessoa tem direito ao respeito de sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade. §2º - Ninguém pode ser objeto de ingerências arbitrárias ou abusivas em sua vida privada, na de sua família, em seu domicílio ou em sua correspondência, nem de ofensas ilegais à sua honra ou reputação.

Portanto, o direito à privacidade deve ser garantido e tornar-se realidade, haja vista ainda muitas maternidades e profissionais de saúde não cumprirem com os princípios éticos e as normas expressas na legislação.

3. A RELAÇÃO ENTRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A PROTEÇÃO JURÍDICA DA PARTURIENTE

Falar sobre o estado gravídico, principalmente sobre momento do parto, é tratar de uma questão que vai muito além do domínio íntimo, privado, atinge e envolve questões de políticas públicas que tratam da saúde da mulher. Esse estado compreende não apenas o lado subjetivo e emocional da mulher, envolve direitos sexuais e reprodutivos, a liberdade e a igualdade e, principalmente, o direito à dignidade da pessoa humana.

3.1 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

A Dignidade da Pessoa Humana deriva da palavra em latim *dignus*, expressando “aquele que merece estima e honra, aquele que é importante”⁴⁰

Há, atualmente, certa dificuldade em definir a dignidade humana, porém observa-se que, diversas vezes, essa expressão está conectada a aspectos de ordem moral. Atualmente há de se ressaltar que as Constituições de inúmeros países a nomearam como princípio informativo e elemento viabilizador da efetivação de outros importantíssimos direitos, como a igualdade e a liberdade.

Nota-se que a expressão da dignidade da pessoa humana se consolidou a partir do pós-guerra, como uma forma de superação das consequências advindas de um momento de intensa violação aos direitos mais fundamentais do ser humano. Após esse período, foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴¹, a qual influenciou os ordenamentos jurídicos de vários países, levando alguns até a mencionar, de forma expressa, a imperiosa proteção à Dignidade da Pessoa Humana.

⁴⁰ MORAES, Maria Celina Bodin de. O conceito de dignidade da pessoa humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Constituição, direitos fundamentais e Direito Privado*. Porto Alegre: Livr. do Advogado. Ed., 2003. Apud SILVA, Déborah. **A contribuição do CNJ para a concretização da dignidade da pessoa humana no contexto da atuação do Poder Judiciário**. Revista de Direito Brasileira. Ano 3. Vol 6. Florianópolis/SC. Set – Dez/ 2013. Disponível em:< www.rdb.org.br>. Acesso em: 03 mar. 2015.

⁴¹ Declaração Universal dos Direitos Humanos é um documento que marcou a história dos direitos humanos, pois foi a partir dela que delineou-se a definição de direitos humanos.

Juridicamente, o princípio em apreciação auxilia e determina os limites da atuação do Estado em relação ao sujeito, obrigando não somente a obedecê-lo, mas viabilizando a sua proteção em face de terceiros, além de ser considerado parâmetro de interpretação dos direitos fundamentais.

Outro ponto importante em relação à Dignidade da Pessoa Humana é o seu valor imaterial, que, por derivar da própria essência do seu titular, não pode ser mensurado e nem é passível de alienação. Dessa maneira, ensina Immanuel Kant⁴² que no mundo existe duas categorias de valores: o preço e a dignidade. O preço corresponde a um valor externo, de mercado, e a dignidade um valor interno, moral. Logo, para Kant as coisas tinham preços e as pessoas, dignidade. Segundo Barbara Freitag⁴³, o preço discutido por Kant exerce um valor exterior e a revelação de interesses privados, já a dignidade corresponde a um valor interno, de interesse universal. Observa-se, então, que a legislação organizada pela razão prática deve considerar especialmente a efetivação desse valor interno e coletivo, a dignidade humana.

Assim, o ser humano passa a ser o centro das questões e o seu bem-estar passa a ser assegurado pelos Direitos Fundamentais.

A Constituição Brasileira de 1988, que entrou em vigor após a o período da ditadura militar, sagrou o princípio da Dignidade da Pessoa Humana no seu art. 1º, inc. III, tornando-o um dos fundamentos da República.

Consoante Ana Celina Bodin de Moraes citada por Déborah Leite Silva⁴⁴ a dignidade da pessoa humana consente que o sujeito moral reconheça a experiência dos outros semelhantes a ele, permite também que sejam dignos do respeito à integridade psicofísica de que é titular, que seja detentor de vontade livre, da autodeterminação, e por fazer parte de grupo social possui a segurança de não ser marginalizado.

⁴² Immanuel Kant considerado o último grande filósofo da Era Moderna. Dedicou-se a elaboração do denominado idealismo transcendental e ao estudo da filosofia da natureza e da natureza humana.

⁴³ FREITAG, Barbara. The question of morality: from Kant's practical reason to Habermas's discursive ethics. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, São Paulo, 1 (2): 7-44. 2. Sem. 1989.

⁴⁴ MORAIS, Ana Celina Bodin de. **O conceito de dignidade da pessoa humana: substrato axiológico e conteúdo normativo.** In SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Constituição, direitos fundamentais e Direito Privado.* Porto Alegre: Livr. Do Advogado. Ed., 2003 *apud* SILVA, Déborah. **A contribuição do CNJ para a concretização da dignidade da pessoa humana no contexto da atuação do Poder Judiciário.** *Revista de Direito Brasileira.* Ano 3. Vol 6. Florianópolis/SC. Set – Dez/ 2013. Disponível em:< www.rdb.org.br>. Acesso em: 03 mar. 2015.

Observa-se que esses subsídios emanam dos princípios da igualdade, integridade física e moral, da liberdade e solidariedade. Por conseguinte, ainda que venha a ter conflitos entre os direitos invocados pelos seus titulares, a ponderação deve ser feita, todavia, deve utilizar-se aquele que esteja fundamentado no princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana.

Para Ana Paula Barcellos⁴⁵ “o fato é que a dignidade da pessoa humana, o valor do homem como um fim em si mesmo, é hoje um axioma da civilização ocidental, e talvez a única ideologia remanescente.”. Dessa forma, mostra-se indispensável reconhecer o valor da pessoa humana e garantir sua dignidade, protegendo-a de quaisquer atos atentatórios à sua condição de ser humano.

Embora o princípio da Dignidade da Pessoa humana seja amplo e muito discutido no âmbito do Direito há uma ínfima aplicação deste no âmbito da saúde, principalmente durante o trabalho de parto e o parto, por isso a OMS resolveu combater a violência obstétrica, uma vez que muitas mulheres sofrem abusos, maus-tratos e desrespeito durante o parto em instituições de saúde.

A violação da Dignidade da Pessoa humana transgrede não só os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não-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 os princípios de direitos humanos internacionais. As parturientes têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para dar, receber e procurar informações, de não aturarem discriminações e de usufruírem o mais alto padrão de saúde física e mental, o qual compreende a saúde sexual e reprodutiva.

⁴⁵ BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002, p. 121 *apud* SILVA, Déborah. **A contribuição do CNJ para a concretização da dignidade da pessoa humana no contexto da atuação do Poder Judiciário**. Revista de Direito Brasileira. Ano 3. Vol 6. Florianópolis/SC. Set – Dez/ 2013. Disponível em:< www.rdb.org.br>. Acesso em: 03 mar. 2015.

3.2. INSTRUMENTOS NORMATIVOS INTERNACIONAIS

A Dignidade da Pessoa Humana faz parte dos direitos humanos, e estes são frutos de um processo histórico e progressivo, simultaneamente com o desenvolvimento da sociedade. Portanto, Direitos Humanos são aqueles direitos pertencentes a todas as pessoas, em face de sua condição humana, que foram adquiridos historicamente e que requerem o reconhecimento e proteção.

Dessa forma, os direitos humanos ultrapassaram as fronteiras dos países e tornaram-se universais. Neste sentido, os direitos humanos têm seus contornos revestidos pela universalidade, inalienabilidade e indispensabilidade.

Com a aprovação da Declaração Universal de 1948 e a partir do entendimento contemporâneo de direitos humanos por ela introduzidos, inicia-se o desenvolvimento do Direito Internacional dos Direitos Humanos, mediante a adoção de inúmeros tratados internacionais voltados à proteção de direitos fundamentais.

Norberto Bobbio instrui que, “os direitos humanos nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares (quando cada Constituição incorpora Declaração de Direitos) para finalmente encontrar a plena realização como direitos positivos universais”⁴⁶. Em face da progressiva consolidação deste positivismo universal referente aos direitos humanos, afirma-se que os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos refletem, principalmente, a consciência ética contemporânea partilhada pelos Estados, na medida em que invocam a consonância internacional acerca de assuntos como os direitos civis e políticos, os direitos econômicos, sociais e culturais, a proibição da tortura, o combate à discriminação racial, a eliminação da discriminação contra a mulher e a proteção aos direitos da criança, entre outros.

A visão contemporânea de direitos humanos caracteriza-se pelos processos de universalização e internacionalização destes direitos, compreendidos sob o prisma de sua indivisibilidade. Ressalte-se que a Declaração de Direitos Humanos

⁴⁶ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004. p. 30.

de Viena⁴⁷, de 1993, reitera a concepção da Declaração de 1948, afirmando em seu parágrafo 5º que:

Todos os direitos humanos são universais, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase.

Acresce-se, além disso, que a Declaração de Direitos Humanos de Viena, em seu parágrafo 18, assegura que os direitos humanos das mulheres e das meninas fazem parte dos direitos humanos universais de maneira inalienável, integral e indivisível. Concepção essa reiterada pela Plataforma de Ação de Pequim⁴⁸, de 1995.

Pode-se dizer que no âmbito dos direitos humanos houve duas fases. A primeira fase de proteção dos direitos humanos foi abalizada predominantemente pela proteção geral, que anunciava o medo da diferença, baseando-se na igualdade formal. Entretanto, é pouco, no quesito proteção, tratar o indivíduo de forma genérica, comum e abstrata. Logo, foi necessário fazer a especificação do sujeito de direito, o qual passa a ser apreciado em sua peculiaridade e particularidade. Destarte, determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, demandam uma resposta exclusiva e individualizada.

Nesse íterim as mulheres necessitam ser notadas nas especificidades e particularidades de sua condição social. Implica, portanto, o respeito à diferença e à diversidade, garantindo um tratamento específico. Consolida-se, deste modo, a convivência das fases geral e especial de proteção dos direitos humanos, como preceitos de proteção complementares.

Legitimando a coexistência das fases de proteção aos direitos humanos, em 1979, as Nações Unidas aprovaram, a Convenção sobre a Eliminação de todas as

⁴⁷ Conferência de Viena. **Declaração de Direitos Humanos de Viena**, 1993. Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

⁴⁸ Em 1995 aconteceu em Pequim a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres. O resultado do encontro foi um acordo para trabalhar pela igualdade de gênero e para eliminar a discriminação contra mulheres e meninas em todo o mundo. O documento, chamado “Plataforma de Ação de Pequim”, listava 12 pontos prioritários de trabalho, além de ações detalhadas para alcançar seus objetivos estratégicos. Em suma, trata-se de um roteiro para o avanço da igualdade e do empoderamento das mulheres nos países.

formas de Discriminação contra a Mulher⁴⁹. Esta Convenção define em seu art. 1º a discriminação contra a mulher como:

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

Logo, a discriminação constitui toda distinção, exclusão, restrição ou preferência que contenha por elemento ou consequência prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, em igualdade de condições, dos direitos humanos e liberdades fundamentais.

O artigo 12 dessa Convenção determina que:

Os Estados-partes adotarão todas as medidas adequadas para abolir 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 referentes ao planejamento familiar.

Para ilustrar, Flávia Piovesan⁵⁰ cita como exemplo da discriminação contra a mulher no campo da saúde, o estudo de Amartya Sen, “Missing women”, que comprova como a omissão de políticas públicas na área da saúde, oferecidas às mulheres, teve como resultado a morte evitável de milhões de mulheres. Isto ratifica que ser do gênero feminino interfere na maneira pela qual os direitos humanos são desempenhados, acatados ou violados. Ainda como exemplo a autora supracitada destaca a problemática da mortalidade materna como violação aos direitos humanos (direito à maternidade segura), analisando que é um dos fatores de mortalidade que pode ser evitável e de possível prevenção.

O outro tratado importante para a proteção dos direitos humanos das mulheres é de âmbito regional interamericano, é a Convenção Interamericana para

⁴⁹ **Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher**, 1979. Nações Unidas. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>> . Acesso em: 23 mar. 2015.

⁵⁰ PIOVESAN, Flávia. **Direitos reprodutivos como direitos humanos**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/57530781/Flavia-Piovesan-Direitos-Humanos#scribd>> Acesso em: 15 mar 2015.

Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher⁵¹ (“Convenção de Belém do Pará”), mais um instrumento internacional que normatiza a prevenção, erradicação e punição da violência contra a mulher.

Em 1994 a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher foi aprovada, na esfera da OEA, e ratificada pelo Brasil em 1995. Esta Convenção garante que a violência contra a mulher, independente se no âmbito público ou privado, compõe grave violação aos direitos humanos e restringe total ou parcialmente o exercício dos outros direitos fundamentais. Nota-se que a violência sexual contra as mulheres e meninas, somada à pobreza e ao analfabetismo, interferem na vida sexual e reprodutiva, com a violação a direitos sexuais e reprodutivos destas mulheres e meninas.

Segundo a Convenção de Belém do Pará⁵², estabelecida no Estado do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, a violência contra a mulher é definida como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada”⁵³. Vale ressaltar que a violência fundamentada no gênero advém quando um ato é direcionado contra uma mulher, pelo simples fato de ser mulher, ou quando os atos atingem as mulheres de maneira desproporcional. Além disso, a Convenção elenca um respeitável catálogo de direitos a serem garantidos às mulheres e deveres aos Estados-partes, para que adotem políticas que venham a prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher.

A Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher teve seus delineamentos melhorados e consolidados a partir do Plano de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo de 1994 e pela Declaração e Plataforma de Ação de Pequim de 1995. Apesar de não serem tratados internacionais, todavia declarações, ambos exibem valor jurídico, pois deles

⁵¹ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)**, 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>> Acesso em: 15 mar 2015.

⁵² Convenção de Belém do Pará constitui-se uma importante ferramenta de promoção da emancipação das mulheres.

⁵³ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)**, 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>> Acesso me: 15 mar 2015

extraem-se princípios internacionais, os quais formam importante fonte do Direito Internacional, auxiliando na interpretação e a aplicação do Direito.

Numa visão global sobre os direitos das mulheres merece destaque, no ano de 1994, na Conferência do Cairo, onde, pela primeira vez, 184 Estados reconheceram os direitos reprodutivos como direitos humanos. No ano seguinte as Conferências internacionais de Copenhague e Pequim reafirmaram este entendimento.

Validamente, a Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento de 1994 instituiu importantes princípios éticos relativos aos direitos reprodutivos, assegurando o direito a ter influência sobre os assuntos relativos à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, igualmente como a decisão livre de coerção, discriminação e violência, como um direito basilar. Assim, o quarto princípio da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo⁵⁴, de 1994, merece destaque, pois busca:

Promover a equidade e a igualdade dos sexos e os direitos da mulher, eliminar todo tipo de violência contra a mulher e garantir que seja ela quem controle sua própria fecundidade são a pedra angular dos programas de população e desenvolvimento. Os direitos humanos da mulher, das meninas e jovens fazem parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena participação da mulher, em igualdade de condições na vida civil, cultural, econômica, política e social em nível nacional, regional e internacional e a erradicação de todas as formas de discriminação por razões do sexo são objetivos prioritários da comunidade internacional.

A Conferência do Cairo enfatiza que as mulheres têm o direito individual e a responsabilidade social de deliberar sobre o exercício da maternidade, o direito à informação e acesso aos serviços para desempenhar seus direitos e responsabilidades reprodutivas, já os homens possuem uma responsabilidade pessoal e social, devido ao seu próprio comportamento sexual e pelas consequências desse comportamento na saúde e bem-estar de suas companheiras e filhos.

⁵⁴ PIOVESAN, Flávia. **Direitos reprodutivos como direitos humanos**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/57530781/Flavia-Piovesan-Direitos-Humanos#scribd>> Acesso em: 15 mar 2015.

Esses tratados e convenções buscam, portanto, a proteção e garantia dos direitos humanos. A relação das fases de proteção que os direitos humanos possuem, geral ou especial, garante que a coletividade e o indivíduo tenham seus direitos estabelecidos e asseverados pela legislação internacional. Dessa forma, as mulheres ganham mais espaço para lutar por seus direitos, já que são acobertadas por normas que permitem essa emancipação.

3.3 DISCUSSÕES INTERNAS

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece o marco jurídico da trajetória democrática e da institucionalização dos direitos humanos no país.

Observando a Carta Magna Flávia Piovesan⁵⁵ observa que:

o valor da dignidade da pessoa humana – ineditamente elevado a princípio fundamental da Carta, nos termos do art. 1º, III – impõe-se com núcleo básico e informador do ordenamento jurídico brasileiro, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional instaurado em 1988. A dignidade humana e os direitos fundamentais vêm a constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo sistema jurídico brasileiro. Na ordem de 1988, esses valores passam a ser dotados de uma especial força expansiva, projetando-se por todo universo constitucional e servindo como critério interpretativo de todas as normas do ordenamento jurídico nacional.

Desta forma, pode-se explicar que os art. 5º, §2º da Constituição Federal institui a interação entre o Direito brasileiro e os tratados internacionais de direitos humanos. Logo, o art. 5º da Carta de 1988 confere aos direitos expressos em tratados internacionais a hierarquia de norma constitucional, englobando-os no rol dos direitos constitucionalmente garantidos, os quais proporcionam aplicabilidade imediata. Isto se dá, devido os tratados internacionais de direitos humanos exporem um modo especial diferenciando-se dos tratados internacionais comuns. Os tratados internacionais de direitos humanos transcendem as obrigações recíprocas entre os

⁵⁵ PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 3º Edição. São Paulo. Saraiva 2009. p. 14.

Estados pactuantes, pois têm como objetivo a preservação dos direitos do ser humano e não dos privilégios dos Estados.

As mulheres são sujeitos protegidos por muitos desses instrumentos internacionais. Essas têm lutado historicamente em todo o mundo, contra a violência que acontece contra elas somente pelo simples fato de ser mulher. Esta violência, a violência de gênero, tem suas bases na característica patriarcal das sociedades onde prevalecem composições de subordinação e discriminação contra a mulher que materializam as considerações e valores que desqualificam metodicamente a mulher, seus afazeres e suas ideias.

A violência de gênero, contra a mulher, é caso de saúde pública e de transgressão sistemática de direitos humanos.

Percebe-se que a legislação brasileira busca coibir as práticas de violência, porém lacunas ainda existem no ordenamento, daí a importância dos instrumentos internacionais examinados, os quais são respeitáveis mecanismos para acesso e fortalecimento dos direitos humanos das mulheres.

Nesse sentido, de acordo com Flávia Piovesan⁵⁶, os direitos humanos das mulheres são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos universais humanos, de modo que sem a observância íntegra dos direitos humanos das mulheres, não haveria direitos humanos, pois não é possível existir direitos humanos sem que metade da população do mundo desempenhe os direitos mais basilares, de modo que “sem os direitos das mulheres, os direitos não são humanos”⁵⁷.

Logo, os direitos humanos das mulheres influenciaram e desencadearam políticas públicas no Brasil no âmbito da saúde reprodutiva e sexual, além de interferir nos direitos trabalhista, previdenciário, civis, políticos e na questão da violência de gênero.

Ressalta-se, ainda, que é necessário que o ordenamento jurídico pátrio esteja em harmonia com as decisões tomadas no plano internacional. Se o ordenamento

⁵⁶ PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 3^o Edição. São Paulo. Saraiva 2009. p. 218.

⁵⁷ Lema da campanha internacional em prol de uma Declaração Universal de Direitos Humanos sob a perspectiva de gênero, lançada pelo Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) em 1998. (PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 3^o Edição. São Paulo. Saraiva 2009, p. 218)

não estiver de acordo será necessária à revogação e eliminação de normas discriminatórias referentes à mulher, pois os instrumentos internacionais fortalecem e expandem a abrangência da proteção dos direitos da mulher no âmbito normativo nacional, robustecendo direitos já existentes e/ou adicionando novos direitos.

4. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO IMPEDIMENTO À CONCRETIZAÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A violência obstétrica é fator impeditivo da concretização da dignidade da pessoa humana, pois permite a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, por meio de tratamento desumano, abuso de medicamentos e a transformação de processos naturais em doenças, ocasionando a perda da autonomia e a faculdade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, resultando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

4.1 RECONHECIMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em 2010 a Fundação Perseu Abramo e SESC⁵⁸ realizaram uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. O resultado foi a constatação que 25% das entrevistadas já foram vítimas de alguma agressão durante a gestação, nas consultas que antecedem o momento do parto e no parto. Esse tipo de agressão, ocasionada por profissionais de saúde, englobam repreensões, humilhações e recusa de alívio da dor, além da realização de exames dolorosos e contraindicados e até xingamentos de caráter discriminatório devido à classe social ou cor da pele da mulher.

As violências, de natureza física ou verbal, que podem ocorrer de modo disfarçado e silencioso, a exemplo de determinados protocolos institucionais que deveriam humanizar o atendimento e são realizados de uma maneira que reforça o sentimento de abandono sofrido pela mulher, definem a sua conduta e percepção acerca da experiência do parto. Heloísa Salgado⁵⁹, em sua dissertação de mestrado, traz um relato de uma mãe e profissional de saúde que passou por uma experiência negativa no momento do parto, o qual, por exemplificar a questão acima tratada segue transcrita abaixo:

⁵⁸SESC e FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados**. Agosto de 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 07 maio 2015.

⁵⁹SALGADO, Heloísa O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e no nascimento**. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012. p. 97.

Até hoje é rotina da maternidade, após a cesárea, o bebê é colocado entre os joelhos da mãe, pois já que não sentimos as pernas, o bebê não cai. Ninguém me ajudou, eu não conseguia levantar a cabeça para ver se ela estava incomodada com algo, não conseguia pegá-la, e não tinha ninguém na sala de recuperação. São 2 circulantes para 6 ou 8 leitos. Eu trabalhei nessa maternidade depois, e vi que era rotina. Sou formada hoje além de doula, como técnica em enfermagem. Ficamos cerca de 1 hora a 1:30 ali, com ela no meio das minhas pernas. [E se o bebê chora, e as circulantes estão ocupadas, ele fica chorando? Tem como chamar uma das circulantes?] Fica chorando, porque não tem campainha, não tem acompanhante pra ajudar ou chamar alguém, então a mãe TEM que esperar alguém resolver vir.

Por meio deste depoimento observa-se que muitas mulheres são “largadas no cantinho”, conforme Heloísa Salgado⁶⁰, após observar que as mulheres depois do parto são postas em um ambiente totalmente distante do suporte contínuo intraparto, completamente incapazes de se movimentar, muitas vezes devido à anestesia e com seu bebê entre as pernas, vivendo um momento de “tortura” e transgressão dos seus direitos de mulher.

Janaina Aguiar⁶¹ afirma em sua tese de doutorado que há, realmente, uma relação assimétrica de poder entre a mulher parturiente e o profissional de saúde e isso é facilmente constatado nos relatos das entrevistadas no seu trabalho. A falta de limite ético pode ser considerado um exemplo dessa relação assimétrica de poder, pois muitos profissionais fazem julgamentos de ordem moral sobre a vida sexual das pacientes, desrespeitando e desvalorizando os direitos de liberdade e autonomia da mulher na execução de sua sexualidade.

Juridicamente, nota-se que se uma paciente que tenha sido maltratada ou agredida reagir violentamente à ação poderá ser enquadrada, consoante o art. 331 do Código Penal, no crime de desacato a funcionário público, se esta for atendida e agredida em ambiente público, se a maternidade for privada, a conduta da paciente pode ser enquadrada em outros crimes. Já a mulher, que sofreu primeiramente os maus-tratos e a agressão, ainda não tem proteção legal expressa, uma vez que os atos médicos são resguardados pela autoridade e atuação do profissional. Isso se

⁶⁰ SALGADO, Heloísa O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e no nascimento.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012. p. 98.

⁶¹AGUIAR, J. M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. p. 141.

agrava pelo fato das parturientes também não conhecerem seus direitos e não possuem meios de provar as condutas abusivas.

Uma vez havendo o reconhecimento da violência obstétrica, torna-se necessária a sua caracterização. No Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Violência Obstétrica “Parirás com dor”, de 2012, foi elaborada uma tipificação própria para a abordagem das modalidades de violência obstétrica no Brasil, uma vez que faltam referências na produção técnico-jurídica brasileira.

Abordou-se a violência obstétrica não apenas como aquela praticada única e exclusivamente por profissional da saúde, uma vez que as fontes de agressão contra as mulheres em processos reprodutivos são várias.

Assim, de acordo com o Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”⁶² a violência obstétrica poderá ser caracterizada por todos os atos exercidos contra a mulher no período de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde e qualquer outro tipo de servidor que pratique atos que advenham sobre o corpo da paciente, que afetem e/ou acarretem dor ou dano físico, sem as devidas recomendações fundamentadas em evidências científicas. Ademais, podem ser caracterizadas como violência obstétrica as ações verbais ou comportamentais que originem na mulher emoções de inferioridade, fragilidade, desamparo, temor, inconstância emocional, alienação, detrimento de integridade, dignidade e importância, além de qualquer ação cominada à mulher que transgrida a intimidade ou moralidade, caindo sobre seu juízo de integridade sexual e reprodutiva, possibilitando a afluência ou não aos órgãos sexuais e componentes reservados do seu corpo, como exemplo, a episiotomia, exames de toques agressivos e constantes, lavagem intestinal, cesariana sem anuência, dentre outros.

Ainda podem ser caracterizadas como violência obstétrica as ações ou modelos de organização que tolham, adiem ou impeçam a mulher de exercer os seus direitos instituídos, como exemplo o empecilho aos serviços de atendimento à saúde, obstáculo à amamentação, supressão ou transgressão dos direitos da mulher durante o período de gestação, parto e puerpério. Também podem ser consideradas violência obstétrica os atos e condutas ativas e passivas que tem como objetivo conseguir recursos financeiros de mulheres que estão vivendo o processo

⁶²BRASIL. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. 2012. [S.l.]. p. 60 e 61.

reprodutivo, transgredindo os direitos das mulheres já assegurados por lei, beneficiando pessoa física ou jurídica, como, por exemplo, cobranças impróprias por planos de saúde e profissionais da área, inferência a acordo de plano de saúde de caráter particular, como única justificativa que viabilize a entrada do acompanhante. Por fim, também são assinaladas como violência obstétrica as ações feitas por profissionais por intermédio de meios de comunicação, geridas a violar o psicológico das mulheres em processos reprodutivos, maculando os direitos das mulheres por meio de mensagens, representações ou outros símbolos expostos publicamente, nesse quesito, enquadram-se, por exemplos, a apologia à cirurgia cesárea sem recomendação científica e a marginalização do parto normal.⁶³

Portanto, analisa-se que a caracterização da violência obstétrica abrange tanto aspectos físicos quanto aspectos psicológicos, sexuais, institucionais, materiais e midiáticos que ferem o direito à dignidade humana da parturiente.

Em abril de 2014, para maior e melhor aprofundamento do tema, a Comissão de Direitos Humanos e Minorias, através da proposição do deputado Jean Wyllys convocou uma audiência pública para debater questões relacionadas à violência obstétrica, que resultou na conclusão do Projeto de Lei nº 7633/2014, o qual traz em sua estrutura os direitos da mulher durante a gestação e o parto e até nos casos de aborto e mais as obrigações dos profissionais envolvidos, além dos direitos do feto e recém-nascido.

Muitas outras audiências foram realizadas, pelo Brasil, juntamente com o apoio da Defensoria Pública e do Ministério Público dos estados onde essas audiências aconteceram, para facilitar o reconhecimento e a caracterização desse tipo de violência.

⁶³BRASIL. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. 2012. [S.l.]. p. 60 e 61.

4.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA TIPIFICADA LEGALMENTE

A Argentina e a Venezuela reconhecem e preveem legalmente a violência contra as mulheres durante o parto, demonstrando que há uma maturidade entre as instâncias dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Graciela Medina⁶⁴, advogada e doutora em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade de Mendoza, Argentina, descreve de forma brilhante, na introdução do seu artigo, que a lei de violência contra a mulher, que existe na Argentina, expressamente prevê a violência obstétrica. A autora afirma que para uma melhor compreensão da dimensão exata da violência obstétrica foi necessário observar os antecedentes do “Observatorio de Salud Género y Derechos Humanos”⁶⁵, resultado de um processo de investigação que teve início no ano de 2011, depois dos maus tratos que uma jovem recebeu durante serviço de saúde reprodutiva na cidade do Rosário. A partir desse caso, estudos foram feitos com base nas declarações de mulheres, atendidas em hospitais públicos, vítimas de alguma violência em consultas ginecológicas e obstétricas. Observou-se que há violação do direito à privacidade devido a intervenções não consentidas por meio da exibição do corpo e órgão sexuais das pacientes; violação do direito à informação e à tomada de decisões, direito à autonomia e a existência de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.

Para a autora supracitada entende-se por violência obstétrica⁶⁶:

[...] toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. El concepto de violencia obstétrica que tiene la ley de Venezuela es 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

⁶⁴ MEDINA, Graciela. **Violencia Obstetrica**. Revista de Derecho de Familia y de Las Personas. Diciembre de 2009. Buenos Aires, 2009. Disponível em : <<http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>>. Acesso em: 07 maio 2015.

⁶⁵ O Observatório de Salud Género y Derechos Humanos é uma iniciativa do Instituto de Género Derecho y Desarrollo e do Comitê da América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher.

⁶⁶ MEDINA, Graciela. **Violencia Obstetrica**. Revista de Derecho de Familia y de Las Personas. Diciembre de 2009. Buenos Aires, 2009. Disponível em : <<http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>>. Acesso em: 07 maio 2015

decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Ainda segundo Graciela Medina, esse tipo de violência só pode ser cometida por profissional da saúde. Porém, se for feita uma leitura rápida da disposição argentina, poderia se entender que apenas os profissionais que desempenham serviços ginecológicos e obstétricos é que seriam os legitimados ativos. Contudo, a interpretação que melhor se coaduna com a necessária proteção aos interesses envolvidos, é que amplia o rol de legitimados. Nesse sentido, de acordo com a referida autora, consideram-se legitimados ativos para cometer violência obstétrica⁶⁷:

a) todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etc. b) todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud. c) quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales. d) aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular. e) quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estados. f) las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas.

Algumas condutas podem caracterizar a violência obstétrica, porém é impossível relatar todas. Graciela Medina, observando a harmonização das leis argentinas nº 25.929 e 26.485 enumera dois tipos de violência: a violência obstétrica física e a violência obstétrica psíquica. A violência obstétrica física se configura quando se realiza na mulher práticas invasivas e fornecimento de medicamentos não justificados ou quando não se respeita o tempo e as possibilidades do parto fisiológico. Já a violência obstétrica psíquica se caracteriza pelo trato desumano, grosseiro, pela discriminação, humilhação, até mesmo pela omissão quando a parturiente vai requerer informações sobre as práticas obstétricas, andamento do trabalho de parto, estado do seu filho e outras informações necessárias. Ademais, existem condutas omissivas que configuram a violência obstétrica, quais sejam: falta de anestesia, omissão de informações sobre as intervenções médicas, omissão da intimidade e omissão das considerações das normas culturais.

⁶⁷ MEDINA, Graciela. **Violencia Obstetrica**. Revista de Derecho de Familia y de Las Personas. Diciembre de 2009. Buenos Aires, 2009. Disponível em : <<http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>>. Acesso em: 07 maio 2015.

Segundo a lei orgânica venezuelana sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência⁶⁸, os atos que caracterizam a violência obstétrica são:

Artículo 51. Violencia obstétrica. 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 amamantarlo 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.

Observa-se, desta forma, que as legislações argentina e venezuelana são muito semelhantes quando definem violência obstétrica como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que exerce sua atividade por meio de um trato desumanizador, pelo descomedimento da medicalização e pela patologização dos processos naturais. A lei da Venezuela ainda complementa o conceito com as consequências ou eventualidades desse tipo de violência. Afirma que as parturientes perdem o direito à autonomia e a faculdade de deliberar livremente sobre seus corpos e sexualidade, o que interfere negativa e diretamente na qualidade de vida das mulheres.

Porém, através da análise do corpo integral de cada dispositivo legal, percebe-se que há algumas diferenças. A Lei Nacional nº 26.485⁶⁹, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, que vigora na Argentina desde 2009, estabelece o conceito de violência contra a mulher e seus tipos, nos seguintes termos:

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

⁶⁸ VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. 2007. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 02 maio 2015.

⁶⁹ ARGENTINA. **Ley nº 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**. 2009. Disponível em: <<http://www.lapampa.gov.ar/normativascmjer/37034-ley-n-26-485-ley-nacional-de-violencia-contra-la-mujer.html>>. Acesso em: 07 maio 2015.

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 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.

O artigo 5º acima citado refere-se aos tipos de violência contra a mulher, já o art. 6º da mesma lei trata das modalidades dessa violência, consoante segue:

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 funcionarias/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 vulnera 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.

Portanto, a violência obstétrica está inserida no contexto da violência contra a mulher, segundo a lei argentina. Além disso, verifica-se que a modalidade da violência obstétrica pode apresentar os tipos de violência física e sexual, no caso de uma episiotomia consentida, por exemplo, ou física, sexual e psicológica, caso não haja consentimento da mulher em submeter-se ao procedimento. Por isso, deve-se apreciar cada caso particularmente.

A Lei venezuelana sobre a Violência contra a Mulher e a Família, de 1998, que define a violência contra a mulher, a família, a violência psicológica, física e sexual, assemelha-se estruturalmente à lei argentina.

Vigente na Venezuela desde 2007, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência⁷⁰, traz em seu texto a definição de violência, assim como os seus desdobramentos, nos seguintes termos:

Artículo 14. Definición. La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende todo acto sexista o conducta

⁷⁰ VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. 2007. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

inadecuada 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.

O artigo 15 do mesmo diploma legal trata das formas de violência de gênero, consistentes na violência psicológica, no assédio e na intimidação, na ameaça, na violência física, na violência doméstica, na violência sexual, no acesso carnal violento, na prostituição forçada, na escravidão sexual, no assédio sexual, na violência laboral, na violência patrimonial e econômica, na esterilização forçada, na violência midiática e institucional, na violência simbólica, no tráfico de mulheres e meninas e na violência obstétrica⁷¹. Eis a literalidade do dispositivo:

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

Não existe na Lei Nacional nº 26.485, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, vigente na Argentina, a tipificação dos delitos, muito menos as penas a serem aplicadas. Entretanto, na Venezuela, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, já traz o delito caracterizado e suas punições, deixando, assim, o dispositivo mais claro e o seu cumprimento mais eficaz. O art. 51 da lei venezuelana, já citado anteriormente, traz em seu corpo os atos delitivos e punições da violência obstétrica.

A lei venezuelana ainda prevê a responsabilidade civil daqueles que praticam o delito, garantindo à mulher ou a seus herdeiros o direito de reparação ou indenização do prejuízo ocasionado.

A Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência é precisa quando trata de coibir e erradicar a violência obstétrica, assim como as outras modalidades de violência ou delitos, daí ser altamente rigorosa e punitiva.

⁷¹ Artigo 15 da **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Venezuela. 2007. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

Explica o que não deve ser feito pelo profissional da saúde a uma mulher gestante ou em trabalho de parto, sob pena de sofrer as implicações definidas pela lei.

Na Venezuela não existe lei parecida com a Lei Nacional nº 25.929 da Argentina, nem tampouco há uma expressiva participação social em movimentos desse cunho como ocorre na Argentina, onde há uma associação entre o Estado e organizações mobilizadas para a realização de ações que levam ao conhecimento de mulheres e pais os seus direitos e os direitos dos seus filhos durante o nascimento. Vale salientar que na legislação venezuelana não existe qualquer referência ao direito ao acompanhante ou à sua presença como fator de bem-estar da mulher, ou como devem ser tratados mães, pais e filhos na esfera do atendimento materno.

A Lei argentina sugere um meio mais garantido na constituição de uma *práxis* médica e social que assegure não apenas os direitos da mulher, mas viabilize a evolução política, cultural e biológica.

No Brasil ainda não há lei que tipifique expressamente a violência obstétrica, mas já existe Projeto de Lei (nº 7633/2014) que trata do assunto. Enquanto isso, vai-se aplicando os dispositivos que podem coibir esse tipo de violência, como os tratados internacionais, a Constituição Federal, os Códigos Civil e Penal e o de ética Médica.

4.3 A APLICAÇÃO DAS LEIS NO ATENDIMENTO AO PARTO NO CONTEXTO BRASILEIRO

A aplicação das leis no atendimento ao parto deve ocorrer de maneira a garantir a humanização⁷² desse momento tão significativo para a mulher parturiente.

Um dos marcos dessa humanização e representação do reconhecimento do bem-estar da parturiente deu-se por meio da Lei 11.108⁷³, de 7 de abril de 2005, denominada de Lei do Acompanhante, a qual foi elaborada segundo as perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização.

⁷² Humanização do parto é quando a mulher é respeitada em todas as suas decisões sem sofrer nenhum constrangimento ou maus-tratos.

⁷³BRASIL. **Lei 11.108/2005. Lei do Acompanhante.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 20 nov. 2014.

A referida lei alterou a Lei 8.080, de setembro de 1990, garantindo 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), nos seguintes termos:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L: CAPÍTULO VII. DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO. Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. § 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. Art. 19-L. (VETADO)

O Ministério da Saúde, analisando o § 2º do artigo supracitado, publicou no mesmo ano a portaria nº 2.418⁷⁴, regulamentando a lei e pondo o prazo até julho de 2006 para que ocorresse a adequação das instituições à norma. Determinava, também, o período que compreende o pós-parto imediato e a autorização da cobrança das despesas do acompanhante, conforme tabela do SUS, pelo gestor.

Para reforçar o direito ao acompanhante, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36⁷⁵ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de junho de 2008, apresentou informações sobre a composição física, biossegurança, precaução e controle de infecção para trabalhadores, mulheres e seus acompanhantes. Já a Resolução Normativa nº 338⁷⁶, de 21 de outubro de 2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), afirma ser ilegal a cobrança de despesas do

⁷⁴BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418 de dezembro de 2005.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em 20 nov 2014.

⁷⁵BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 3 de junho de 2008.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf. Acesso em 20 nov 2014.

⁷⁶ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 338 de outubro de 2013.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=r aw&id=2591>. Acesso em: 20 nov 2014.

acompanhante para planos de saúde que contemplem o atendimento hospitalar com obstetrícia, seja em enfermaria (coletivo) ou em apartamento (privativo).

Apesar de existir a Lei do Acompanhante e as resoluções supracitadas, muitos são os relatos de que essas não estão sendo efetivadas, pois alguns hospitais privados não cumprem as determinações, conforme se observa no Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”⁷⁷. Essas instituições privadas alegam que a lei é aplicada apenas no âmbito do SUS, o que os desobrigam do cumprimento da Lei n 11.108, pois esta apenas faz menção à obrigatoriedade nos serviços de saúde do sistema público. Porém, observa-se que, conforme os artigos 1º, 2º e 5º da Lei nº 8.080⁷⁸, abaixo transcritos, a obrigatoriedade é nacional, ou seja engloba o público e o privado:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. [...] Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS : I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei.

Portanto, é indiscutível que o direito ao acompanhante não é apenas atribuído à mulher usuária da rede pública, mas a todas que utilizem qualquer instituição de saúde que realize partos, de caráter público ou privado.

Nesse contexto, vale ressaltar o desconhecimento da população em geral e de alguns profissionais de saúde, consoante afirma o Dossiê Violência Obstétrica

⁷⁷BRASIL. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. 2012. [S.l.]. p. 21.

⁷⁸BRASIL. **Lei 8.080/1990**. 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 em: 07 maio 2015.

“Parirás com Dor”,⁷⁹ das portarias do Ministério da Saúde nº 1.067 – GM, de 4 de julho de 2005, e a nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Aquela trata dos princípios, referências e diretrizes para o atendimento à saúde da mulher no domínio dos processos reprodutivos e também do recém-nascido; já esta trata dos direitos e deveres dos usuários da saúde. Ambas as portarias compreendem o atendimento humanizado, uma vez que definem mecanismos de regulação e criam os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, consoante o próprio dispositivo.

Não se pode deixar de ressaltar que o Ministério da Saúde, no dia 1º de junho de 2000, lançou a portaria 569, que considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania e que a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, determina que desde a fase do pré-natal, toda gestante possui o direito de conhecer e vincular-se à maternidade onde será feito o atendimento no âmbito do SUS.

4.4 DESCUMPRIMENTO DAS NORMATIZAÇÕES E LEGISLAÇÕES VIGENTES

O descumprimento da Lei 11.108/2005 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, quando se trata de adolescente grávida, é bastante comum. Muitos profissionais da saúde acreditam que não é necessária a presença de acompanhante no momento do parto, apesar de existirem estudos que apontam que a presença de um acompanhante no parto traz diversos benefícios para a mãe e o bebê. Não é de hoje que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a parturiente tenha um acompanhante no parto, fazendo essa recomendação desde 1985.

Simone Grilo Diniz⁸⁰, em sua tese de doutorado, leciona que:

⁷⁹ BRASIL. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. 2012. [S.l.]. p. 24.

⁸⁰ DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidade limites da humanização da assistência ao parto**. [Tese de Doutorado]. São Paulo; p.131.

O acompanhamento das parturientes durante o trabalho de parto e parto, enquanto questão para os serviços, surge com mais força a partir dos estudos de Hodnett e Osborn (1989), que mostraram, entre outros achados, que uma mulher dando à luz ao seu primeiro filho em um hospital universitário poderia ser atendida por até 16 pessoas diferentes, e ainda assim ficar sozinha durante a maior parte do tempo. A presença muitas vezes invasiva de estranhos e o isolamento das pessoas queridas durante o trabalho de parto e parto estavam relacionados ao aumento do estresse, interferindo no andamento do parto, prolongando-o e desencadeando o que foi descrito como uma “cascata de intervenções” (OMS, 1996).

Muitos são os benefícios proporcionados simplesmente pela presença do acompanhante, desde a redução do tempo de trabalho de parto, mínima necessidade de medicação ou analgesia, mínima incidência de parto operatório ou instrumental, uma vez que a parturiente sente-se mais confiante, propiciando um melhor desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Se o nascimento for por meio de cesárea, também são observados benefícios, como a redução do sentimento de ansiedade, assim como a diminuição da sensação de solidão, haja vista muitas mulheres que passam por cesárea relatarem que se sentem abandonadas, “largadas no cantinho”⁸¹.

Segundo o dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”⁸², os argumentos mais usados para justificar esse descumprimento são:

“O anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”. “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”, “O hospital tem suas próprias regras.”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto”.

Esses argumentos compõem violência obstétrica e como já foi visto acima, possui caráter institucional e psicológico, violando os direitos das parturientes.

O uso de argumentos como esses em instituições privadas é corriqueiro, porque muitas dessas instituições criam que os protocolos internos são mais importantes que a legislação nacional vigente. Já as instituições públicas que se

⁸¹ SALGADO, Heloísa O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e no nascimento.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

⁸² BRASIL. **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”.** Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. 2012. [s.l.]; p.65

utilizam desses mesmos argumentos alegam que desconhecem esse direito das parturientes.

Portanto, quanto ao descumprimento do direito ao acompanhante escolhido pela mulher para estar com ela no pré-parto, parto e pós-parto, entende-se que é caracterizado quando houver a restrição da escolha livre da mulher, restrição do tempo de permanência do acompanhante, restrição pelo vínculo com a instituição (quando afirmam que só quem tem direito são aqueles atendidos no SUS, ou se for particular, ou só para aqueles que o plano dá direito ao quarto e não a enfermaria, por exemplo), restrição pelo tipo de parto, impedimento da entrada ou permanência do acompanhante.

Acredita-se que se a Lei nº 11.108/2005, além de garantir o direito ao acompanhante, previsse também a punição para aqueles profissionais e instituições que a descumprissem, haveria uma maior constância do direito das mulheres e uma melhor aplicação e efetivação dessa lei.

Muitas mulheres, para poderem exercer os seus direitos, vão em busca do Ministério Público e até mesmo da polícia. Consoante o dossiê supracitado, muitas outras mulheres relataram que não denunciam esses atos antes do parto, pois acreditam que se fizerem algo que vá de encontro com o que a equipe médica e a instituição entendem podem sofrer represálias durante o seu atendimento. Por esse e outros motivos observa-se a vulnerabilidade da mulher no âmbito da assistência à saúde e a notória necessidade de ações que façam valer os direitos garantidos pelos dispositivos, na busca pela dignidade.

Além do descumprimento da Lei nº 11.108/2005, das resoluções do Ministério da Saúde, ANS e ANVISA, ocorre o descumprimento das legislações nacionais e internacionais que vigoram no país.

Observando-se esse descumprimento das normatizações e a propagação da violência obstétrica, caracterizada muitas vezes pela episiotomia (cirurgia realizada na vulva cortando a entrada da vagina com um bisturi ou tesoura) e pela epidemia de cesarianas que vem sendo realizadas no Brasil, o Ministério da Saúde e a ANS, após consulta pública, expressou algumas medidas para conter e combater a violência obstétrica, aperfeiçoar a qualidade do atendimento e a diminuição da taxa de cesarianas dispensáveis, tendo em vista que muitas parturientes são pressionadas a fazerem cesáreas agendadas antes mesmo do trabalho de parto com indicações infundadas, pondo em risco a vida da mãe e do bebê.

Assim, para que haja uma expressiva efetivação das legislações e redução da violência obstétrica, deve-se observar, também, as novas medidas que visam estimular o parto normal e restringir a prática do agendamento de cesáreas antes da parturiente entrar em trabalho de parto. De acordo com a Resolução Normativa nº 368⁸³, de 6 de janeiro de 2015, da ANS :

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Parágrafo único. Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I.

Essas medidas incluem a obrigatoriedade do fornecimento e preenchimento do “Cartão da Gestante”, com todas as informações sobre o pré-natal, para que a mulher possa ser atendida com segurança por qualquer profissional quando ela estiver em trabalho de parto ou em caso de intercorrências; o Cartão da Gestante apresenta uma “Carta de Informação à Gestante” sobre os seus direitos, inclusive sobre o direito ao acompanhante sem pagamento de taxas extras e sobre como consultar a taxa de cesáreas dos profissionais e serviços credenciados pela operadora; a divulgação, a pedido da mulher, das taxas de cesáreas dos profissionais e serviços vinculados à operadora e o uso obrigatório do partograma para o pagamento do procedimento de parto. Por meio do partograma, o médico ou outro profissional da área acompanha e registra a evolução do trabalho de parto e registra os atos, inclusive a necessidade de cesárea.

Destarte, apesar de notório o descumprimento das legislações e normatizações vigentes, tem-se observado também, por parte da população e de uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro, juntamente com a Defensoria Pública e Ministério Público, uma busca pelo cumprimento dessas leis e normas. Porém, muitas mulheres não sabem, ao certo, ainda quais são seus direitos

⁸³ ANS. **Resolução Normativa nº 368**, de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892> . Acesso em: 12 fev. 2015.

e muitas vezes também não se acham merecedoras desses direitos, como observa Simone Diniz⁸⁴:

Essa “percepção de ter direitos”, de “sentir-se autorizada a”, de ter “consciência da autoridade” (IRRRAG, 1996) ou “sense of entitlement”, a percepção de ser titular de um direito, formal ou não, é um pressuposto para compreender uma situação concreta como injusta, como uma violação ou uma negação de um direito. Aqueles que não se percebem como titulares de um direito, dificilmente podem se sentir merecedores de sua proteção ou promoção ou mesmo achar injusto que esse direito lhe seja negado. Ainda que o conjunto de “reivindicações de justiça” expresso nos documentos já referidos que pleiteiam os direitos das mulheres parturientes, tal como formulado, possa não ser conhecido das pessoas em geral, seu conteúdo aparece em muitas falas dos vários sujeitos e das mais variadas formas e intensidades. Essas expressões de que há algo errado, algo ainda sem nome, mas que mobiliza, racional ou emocionalmente, os sujeitos envolvidos serão determinantes da busca de alternativas na assistência. Esses diferentes sujeitos buscarão dar nomes e sentidos para o que vislumbram como alternativa futura ao presente incômodo. Este sentimento de injustiça encontra eco em um conjunto de instrumentos internacionais de direitos humanos, e também na legislação nacional.

Assim, percebe-se que é necessário tornar os direitos das mulheres conhecidos para que durante a vida delas e, principalmente, nos atendimentos de pré-parto, parto e pós-parto esses direitos possam ser cobrados e concretizados, pois muitos já são expressos nas legislações e só precisam ser efetivados.

⁸⁴ DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidade limites da humanização da assistência ao parto**. [Tese de Doutorado]. São Paulo; p. 173 - 174.

5. QUESTÕES CONCRETAS E EMBASAMENTO HERMENÊUTICO RELACIONADOS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Diante da carência de uma lei específica sobre violência obstétrica no Brasil e por meio de uma análise das questões concretas que envolvem esse tema, percebe-se que pode ser utilizada a Hermenêutica Constitucional para que ocorra uma melhor aplicação das leis já existentes e que assegurem os direitos das mulheres.

O presente capítulo tem por escopo realizar uma análise da jurisprudência relativa ao tema violência obstétrica, assim como a técnica interpretativa que deve lastrear a busca por uma proteção mais ampla aos direitos da mulher em trabalho de parto.

5.1 PESQUISAS ESPECÍFICAS SOBRE O MODELO OBSTÉTRICO NO BRASIL

Com base na pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”⁸⁵ coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, que teve como escopo analisar os determinantes, a dimensão e as consequências das intervenções obstétricas no parto, compreendendo as cesarianas dispensáveis; expor a motivação das mulheres para a escolha pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o pós-parto e período neonatal, além de delinear a estrutura dos estabelecimentos hospitalares quanto à qualificação dos profissionais, disponibilidade de insumos, aparelhamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva para adultos e neonatos, observa-se a presença constante dos atos que caracterizam a violência obstétrica no Brasil.

Esta pesquisa destaca-se por ter sido a primeira análise a apresentar uma visão nacional sobre a conjuntura da atenção ao parto e nascimento no Brasil, tendo sido realizada em maternidades públicas, privadas e mistas, entrevistando um total de 23.894 (vinte e três mil oitocentas e noventa e quatro) mulheres entrevistadas, com dados coletados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

⁸⁵ Brasil, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. P. 2. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015.

Segundo a já referida pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”⁸⁶ quase 30% (trinta por cento) das mulheres entrevistadas não ansiaram a gestação atual, 9% (nove por cento) ficaram descontentes com a gravidez e 2,3% (dois vírgula três por cento) disseram ter tentado cessar a gestação. As mulheres com gestação indesejada exibiram mínimo acompanhamento pré-natal com início tardio e tiveram menor número de consultas em relação às outras mulheres entrevistadas, corroborando com a seriedade da ampliação do planejamento reprodutivo para assegurar às mulheres o direito de deliberar se e quando almejam engravidar.

O cuidado no pré-natal é basilar para a saúde materna e do bebê, porém na pesquisa ficou constatado que, embora o atendimento seja praticamente genérico no país, sua adequação foi mínima, com 60% (sessenta por cento) das gestantes começando o pré-natal tardiamente, depois da 12^a (décima segunda) semana gestacional, e quase 1/4 (um quarto) delas sem receber o número mínimo de 6 (seis) consultas recomendado pelo Ministério da Saúde. A análise detectou que só 59% (cinquenta e nove por cento) das mulheres entrevistadas foram encaminhadas para internação por ocasião da realização do parto, contradizendo a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, a qual motiva que, no pré-natal, toda gestante tem o direito de apreciar e conectar-se à maternidade. Aproximadamente 1/5 (um quinto) das mulheres buscou mais de um serviço de atendimento para a admissão no momento do trabalho de parto, majorando os riscos de complicações para a mãe e para o bebê. As causas mais assinaladas na peregrinação, durante a procura de uma maternidade para a realização do parto, foram a falta de condição de atendimento devido à ausência de médicos, materiais e aparelhamentos.⁸⁷

Ainda de acordo com a citada pesquisa⁸⁸ o Sistema Único de Saúde (SUS) foi quem pagou 80% (oitenta por cento) do total de partos, os quais foram realizados em maternidades públicas e mistas, já os 20% (vinte por cento) restantes ocorreram no âmbito privado, com liquidação por plano de saúde ou desembolso direito. Constatou-se que muitas mães e recém-nascidos ficaram sujeitados a riscos desnecessários e evitáveis, devido ao fato da disparidade geográfica no

⁸⁶ *Ibidem*; p. 3.

⁸⁷ BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. P. 3. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015.

⁸⁸ *Ibidem*; p. 3.

oferecimento de serviços hospitalares do SUS. Muitas maternidades não proporcionaram os medicamentos e equipamentos imprescindíveis aos atendimentos de emergência, prejudicando tanto as mulheres como os recém-nascidos. Outras, ainda segundo a pesquisa, não tinham UTI neonatal com o número suficiente de leitos e UTI para adultos, o que demonstra a existência de vácuos assistenciais que exigem o deslocamento geográfico no atendimento e na internação para o parto. A análise destaca que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram as que exibiram as mais expressivas deficiências, principalmente nos estabelecimentos públicos e mistos.

O preenchimento dos prontuários é outro ponto que pode afetar a qualidade dos atendimentos. Por meio da pesquisa percebeu-se que há diferença quando se confrontou as informações escritas nos prontuários médicos com as informações ditas pelas entrevistadas.

Observa-se a violência obstétrica, principalmente, quando se analisa os dados referentes ao parto. De acordo com a pesquisa “Nascer Melhor no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”⁸⁹ a maior parte das mulheres tiveram seus filhos através de cesarianas, cirurgia feita em 52% (cinquenta e dois por cento) dos nascimentos. No âmbito privado a conjuntura é preocupante, pois 88% (oitenta e oito por cento) dos nascimentos foram por meio de cesarianas. O mais assustador é que não existem razões clínicas para uma taxa tão expressiva de cirurgias cesarianas. O estudo⁹⁰ ressalta que, no Brasil, quase um milhão de mulheres são submetidas a cesarianas sem indicação obstétrica apropriada por ano e deixam passar a chance de ser a protagonista do nascimento de seus filhos. Essas mulheres são submetidas, juntamente com seus filhos, a riscos de morbidade e mortalidade desnecessários, uma vez que a cesariana poderia ter sido evitada, o que acaba por também acarretar acréscimos dos recursos consumidos com a saúde. Quarenta e dois por cento (42%) das adolescentes fizeram cesarianas, segundo a pesquisa, e essas adolescentes eram 19% (dezenove por cento) de todas as mulheres incluídas no estudo. Essa taxa de cesarianas é alarmante, porque

⁸⁹ BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. p. 3. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015.

⁹⁰ *Ibidem*; p.3.

mulheres que começam a vida reprodutiva cedo tendem a ter muitos filhos e, portanto, estarão sujeitas a riscos nas gestações futuras.

Ainda de acordo com a pesquisa⁹¹, dentre as gestantes que tiveram parto vaginal, notou-se a preponderância de um modelo de atenção muito medicalizado, o qual desconhece as melhores e mais recentes evidências científicas existentes. A grande maioria das mulheres passou por intervenções excessivas, ficou limitada ao leito e sem estímulo para andar, foi proibida de se alimentar durante o trabalho de parto, utilizou medicamentos para apressar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia e pariu deitada de costas, geralmente com alguém realizando a manobra de Kristeller. Tais métodos, se utilizados sem recomendação clínica, ocasionam dor e consternação dispensáveis, além do que, não são indicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como procedimentos de costume.

Um número bem reduzido de mulheres brasileiras teve a oportunidade de passar pela experiência de um parto sem as intervenções já descritas, somente 5% (cinco por cento) do total, valor bem inferior aos 40% (quarenta por cento) notados no Reino Unido. Observa-se que esse padrão de intervenções desnecessárias se difundiu de maneira uniforme pelas regiões do Brasil, demonstrando que a medicalização do parto é uma prática comum⁹².

Um resultado positivo descoberto na pesquisa⁹³ foi que 75% (setenta e cinco por cento) das mulheres apresentaram um acompanhante durante algum período do seu parto. No ano de 2005, como já foi dito antes, foi promulgada a Lei nº 11.108, que assegura o direito de acompanhante de livre opção da mulher durante sua permanência no hospital. Ainda que não inserida em todas as instituições, como observou-se em capítulo anterior, essa modificação exibe a eficácia de uma política pública para transformar a cultura do nascimento, com a simples presença de um acompanhante, o qual tenha algum vínculo afetivo com a mulher. Se os gestores dos serviços forem compromissados com a implantação da presença do acompanhante, observar-se-ia esse dado em muitas outras pesquisas, o que seria algo extremamente positivo, já que se trata de um direito extremamente relevante para a mulher em trabalho de parto.

⁹¹BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. p. 3. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015

⁹² *Ibidem*; p. 3.

⁹³ BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. *Loc.cit.*

A pesquisa ainda ressalta, porém, que pouco menos de uma década após a promulgação da lei, menos de 20% (vinte por cento) das mulheres puderam se beneficiar da presença continuada do acompanhante no tempo da internação, mostrando que esse ainda é uma regalia das mulheres com renda, possuidoras de escolaridade e pós-escolaridade, brancas, usufrutuárias do setor privado e que passaram por cesarianas.⁹⁴

Conforme as evidências científicas até então apresentadas, o modelo de atendimento ao parto e nascimento acompanhados por enfermeiras obstétricas e obstetrizas elevam as chances de partos vaginais naturais e reduzem as intervenções desnecessárias, sem afetar a saúde das mulheres e dos bebês. Esse tipo de atendimento está em franco embate com o que está arraigado no Brasil (modelo que exige a presença exclusiva de um médico obstetra), em que apenas 15% (quinze por cento) dos nascimentos foram assessorados por enfermeiras e obstetrizas, tornando-se mais frequente nas regiões mais carentes, onde falta médicos.⁹⁵

Por meio da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimentos”⁹⁶ observou-se como ponto positivo que a maior parte das mulheres brasileiras, aproximadamente 70% (setenta por cento), ansiava um parto vaginal no começo da gestação. Todavia, foram poucas as mulheres amparadas na escolha pelo parto vaginal: no setor privado apenas 15% (quinze por cento) de mulheres tiveram um parto vaginal e, geralmente, eram as que estavam na primeira gravidez, no seu primeiro parto. Já 1/3 (um terço) das mulheres que preferiram por uma cesariana, desde o início da gestação, mencionou o medo da dor do parto como o fundamental pretexto para a escolha desse tipo de parto. Ainda que a prioridade inicial pelo parto vaginal fosse máxima, notou-se que, durante a gestação, aconteceu uma alteração da escolha em relação ao tipo de parto, que não pode ser justificada pelo fato de dificuldades e complicações. Deduz-se que isso ocorra devido à orientação dada no pré-natal, a qual pode estar levando a expressiva aceitação da cesariana. As mulheres que sustentaram sua preferência pelo parto vaginal no fim da gestação foram as que exibiram a menor proporção de cesarianas,

⁹⁴ BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. p. 4. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015

⁹⁵ *Ibidem*; p.4.

⁹⁶ BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. *Loc.cit.*

apenas 20% (vinte por cento). Dentre as mulheres que passaram por cesariana anterior, só 15% (quinze por cento) tiveram um parto vaginal na gravidez atual, advertindo que no Brasil, mesmo com as evidências científicas dizendo o oposto, adota-se que se a mulher tiver uma cesárea, os outros partos também serão por meio de cesáreas. Portanto, é imprescindível reforçar que deve-se evitar que o primeiro parto seja por cesariana sem motivo justificado e apoiar a escolha da mulher pelo parto vaginal.

Ainda analisando a pesquisa sob foco⁹⁷, em relação aos recém-nascidos, constatou-se que a proporção de nascimentos prematuros (antes de 37 semanas) foi de 11,3% (onze vírgula três por cento) e quando se comparou os números populacionais da Inglaterra e País de Gales, a proporção de prematuros no Brasil foi 55% (cinquenta e cinco por cento). Preocupou-se, também, com a proporção elevada de bebês que nasceram com 37 ou 38 semanas gestacional, 35% (trinta e cinco por cento), os quais, apesar de não serem prematuros, são bebês que se chegassem a 39 semanas ou mais de gestação ganhariam mais peso e maturidade. Esse surto de bebês nascidos com 37 ou 38 semanas, no Brasil, pode ser esclarecido pelo alto índice de cesarianas marcadas antes do início do trabalho de parto, sobretudo no setor privado. É um surto silencioso, porque esses bebês, comumente, ganham alta sem qualquer complicação grave visível, dando uma pérfida impressão de que nascer antes de 39 semanas não causará nenhum impacto negativo. Entretanto, conforme a pesquisa supracitada, já existem estudos que mostram que as crianças que nasceram antes das 39 semanas são mais internadas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do que as que nasceram após as 39 semanas, e precisam de um apoio ventilatório para respirar, além de serem mais propensas a risco de morbidade e mortalidade.⁹⁸

Quanto à separação mãe-bebê observou-se que esta é proporcionalmente maior e mais comum em regiões e grupos populacionais de expressivo poder aquisitivo, provando que há um contrassenso entre o acesso às melhores práticas e as classes econômicas. Portanto, quanto mais elevado o poder aquisitivo, mais frequente o uso de práticas não indicadas. O que também colaborou,

⁹⁷ BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. p. 5. Disponível em: http://www6.enp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015.

⁹⁸ *Ibidem*; p. 5.

expressivamente, para a separação mãe-bebê foi o tipo de parto. As mulheres que tiveram o parto vaginal ficaram mais tempo com seus bebês, diferentemente das que tiveram parto cesáreo.⁹⁹

Analisando-se que a assistência obstétrica deve ser voltada para as necessidades da mulher e a satisfação desta com o atendimento auferido, percebe-se que é um modo de se ponderar a qualidade dos serviços de saúde. Os pontos da relação entre profissionais de saúde e parturientes (tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas informações, oportunidade para fazer perguntas e autonomia nas decisões) ficaram associados a uma intensa satisfação com o atendimento, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil”. Constatou-se que a mínima satisfação foi referida por mulheres pretas e pardas de classe social inferior e baixa escolaridade, habitantes das Regiões Norte e Nordeste, que optaram pelo parto vaginal, na maioria das vezes, recebidas no setor público, lembrando que existe uma elitização da assistência.¹⁰⁰

Isto posto, a pesquisa concluiu que as mulheres brasileiras e os seus bebês, independentemente da classe social a que pertençam, estão sendo expostos, sem necessidade, ao risco de consequências adversas no parto e no nascimento. As mulheres de classe social elevada vivem um maior número de intervenções obstétricas, principalmente a operação cesariana, e dão à luz a uma taxa elevada de bebês nascidos antes das 39 semanas, não usufruindo os benefícios sobrevividos da sua posição social. Já as mulheres mais desprovidas, que são atendidas no setor público, são sujeitadas a partos muito medicalizados¹⁰¹ e confirmam mínima satisfação com o atendimento. Apresentam os piores números perinatais de situação de saúde, advertindo a reduzida efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal que prevalece nos serviços de âmbito público e privado do Brasil. Assim, verifica-se que os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”¹⁰² sugerem uma reforma urgente no modelo de atendimento ao parto e ao nascimento no país, tendo

⁹⁹BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. p. 5. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015.

¹⁰⁰ *Ibidem*; p. 7.

¹⁰¹ Dar caráter médico; Tratar algo como problema médico.

¹⁰² BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. p. 6. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015.

em conta que a maioria dos fins assinalados exibem relação com problemas na categoria da assistência. Para tal, é essencial a união de gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, sociedade civil, principalmente as mulheres, para transformar o modo de nascer no Brasil.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gêneros nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo¹⁰³ juntamente com o SESC, divulgada no ano de 2010, também exhibe dados que comprovam a violência obstétrica sofrida pelas mulheres brasileiras. Verificou-se que uma em cada quatro mulheres são afetadas por alguma forma de violência durante o parto, e de acordo com esse estudo, os tipos de violência mais comum são os gritos dos profissionais de saúde para com as parturientes, além dos procedimentos dolorosos sem anuência ou informação, a ausência de analgesia e ou até mesmo a negligência.

No ano de 2012 um grupo de mulheres blogueiras, que lutam para denunciar a violência obstétrica principalmente através de blogs e redes sociais, disponibilizaram na Internet um teste, conhecido como “Teste da violência obstétrica”¹⁰⁴, o qual foi respondido voluntariamente por duas mil mulheres, as quais confirmaram os resultados do estudo da Fundação Perseu Abramo. Segundo a jornalista Ana Carolina Franzon, uma das coordenadoras do teste, este foi realizado para mostrar a outras mulheres que o desconforto do parto era a violação de seus direitos. Um dos resultados do referido teste foi o documentário “Violência Obstétrica – A voz das Brasileiras”, com vários depoimentos de mulheres que sofreram inúmeros tipos de procedimentos invasivos e humilhação durante o parto. O relato da mineira Ana Paula é um dos mais marcantes, pois após sofrer várias formas de violência obstétrica, o seu bebê não resistiu e faleceu por causas confusas. Diante disso, Ana Paula denunciou ao Ministério da Saúde a morte de sua filha, pedindo uma investigação e também denunciou a equipe médica, o hospital e o plano de saúde que a atenderam ao Conselho Regional de Medicina de Belo Horizonte. Diante da inércia e silêncio desses órgãos a vítima entrou com uma ação na justiça, segundo consta na página da Fundação Perseu Abramo. Consoante a advogada de

¹⁰³ BRASIL, Fundação Perseu Abramo. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>. Acesso em 30 maio 2015.

¹⁰⁴ FRANZON, Ana Carolina Arruda; e SENA, Ligia Moreiras. **Teste da Violência Obstétrica**. Violência Obstétrica é violência contra a mulher. Avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos durante internação para o parto e nascimento. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em: 30 maio 2015

Ana Paula, Gabriella Sallit, o processo de sua cliente foi o primeiro a tratar a violência obstétrica nestes termos. Afirma ainda que não é um processo contra erro médico, ou pelo fim de uma conduta médica, refere-se a um procedimento, a “violência no tratar”¹⁰⁵.

Em 2011 o governo federal lançou a Rede Cegonha¹⁰⁶, com o objetivo “implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” conforme portaria nº 1.459¹⁰⁷, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde. Acredita-se que em virtude de o SUS incentivar e ter programas desse tipo, muitas gestantes com planos de saúde buscam realizar seus partos no setor público. Segundo o Portal Brasil¹⁰⁸, nos dias de hoje, 84% dos partos concretizados na rede privada são cesarianas e no SUS essa taxa é de 40%. O parto normal é o procedimento mais procurado no SUS por usuárias de plano de saúde, segundo um mapeamento de operações de ressarcimento ao SUS, divulgado pelo Ministério da Saúde e ANS¹⁰⁹.

Na tentativa de fugir dos atos de violência obstétrica cometidos por profissionais e pelas instituições, muitas mulheres buscam ter seu parto em casa, o chamado parto domiciliar, o qual, segundo os estudos médicos baseados em evidências científicas, asseguram ser uma alternativa segura para as parturientes de baixo risco acolhidas por profissionais qualificados.¹¹⁰ A contenda sobre o local de parto deve estar diretamente relacionada ao direito à autonomia, ao protagonismo feminino, já que a seleção do local de parto é considerada um direito reprodutivo fundamental. Além disso, o direito de escolha do local de parto deve

¹⁰⁵ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>. Acesso em 30 maio 2015.

¹⁰⁶ PORTAL DA SAÚDE. SUS. **Rede Cegonha**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Acesso em: 30 maio 2015

¹⁰⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/b=vs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 30 maio 2015.

¹⁰⁸ PORTAL BRASIL. **Gestantes com plano de saúde buscam SUS para parto normal**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/gestantes-com-planos-de-saude-buscam-sus-para-parto-normal>. Acesso em: 30 maio 2015.

¹⁰⁹ PORTAL DA SAÚDE. SUS. **Mapeamento traz serviços do SUS utilizados por quem tem plano**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16094-mapeamento-traz-servicos-do-sus-utilizados-por-quem-tem-plano>. Acesso em: 30 maio 2015.

¹¹⁰ AMORIM, Melania. Estudando parto domiciliar. **Parto domiciliar: direito reprodutivo e evidências**. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html>. Acesso em: 10 jun 2015

estar relacionado ao reconhecimento e ajustada interpretação das evidências científicas. Segundo Melania Amorim¹¹¹, atualmente não se analisa o processo de decisão, acatando apenas os entendimentos e experiências do prestador de cuidado, haja vista a Medicina Baseada em Evidências versar na “relação harmoniosa da experiência clínica individual com as melhores evidências científicas corretamente disponíveis e com as características e expectativas dos pacientes”¹¹².

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e alguns conselhos regionais de Medicina desaconselham o parto domiciliar. Porém, deve-se frisar que tanto a Organização de Saúde (OMS) como a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) acatam o direito de preferência do local de parto pelas mulheres e concordam que, quando auxiliado por profissionais habilitados, existem vantagens significativas para as mulheres que desejam e podem ter partos domiciliares. A OMS admite as enfermeiras-obstetras, as parteiras e os médicos como profissionais habilitados para prestar assistência ao parto e anui que as mulheres podem eleger ter seus partos em casa se elas apresentam gestações de baixo-risco, auferem o nível adequado de cuidado e estabelecem planos de contingência para a transferência, caso surjam complicações durante o parto, para uma unidade de saúde apropriadamente equipada¹¹³.

Há um número crescente de mulheres descontentes com o modelo de assistência obstétrica brasileiro, o qual é demasiadamente tecnocrático e marcado pelas altas taxas de cesárea no setor privado e pelos partos traumatizantes com excesso de intervenções no setor público. Embora exista a política de Humanização

¹¹¹ Melania Amorim possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (1989), residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo IMIP (1992), mestrado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (1995) e doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (1998). Pós-doutorado concluído em 2009, também pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-doutorado na Organização Mundial de Saúde (OMS) em Genebra (2010). Tem Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) por concurso (1992). Atualmente é professora adjunta doutora da Universidade Federal de Campina Grande (PB) e professora da pós-graduação (mestrado profissional em terapia intensiva, mestrado acadêmico e doutorado em saúde materno-infantil) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP - Recife/PE). Ensina Ginecologia e Obstetrícia na graduação e ministra as disciplinas "Elaboração de Projetos de Pesquisa", "Informática Aplicada à Saúde", "Epi-Info: Curso Avançado" e "Saúde Baseada em Evidências" na pós-graduação. Atua como consultora técnico-científica em Saúde Materno-Infantil no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) em Campina Grande - PB. Faz parte dos Comitês Especializados da FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) de "Medicina Baseada em Evidências" e "Gravidez de Alto Risco". Membro do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), EUA.

¹¹² AMORIM, Melania. Estudando parto domiciliar. **Parto domiciliar: direito reprodutivo e evidências**. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html>. Acesso em: 10 jun 2015.

¹¹³ AMORIM, Melania. *Loc.cit.*

da Assistência ao Parto e Nascimento recomendada pelo Ministério da Saúde no Brasil, é notório que o modelo presente não admite ainda à grande maioria das usuárias terem um auxílio ao parto humanizado. Observando essa situação, Melania Amorim afirma que¹¹⁴:

Vivemos ainda em um país onde, "quando não se corta por cima, se corta por baixo", como bem definem Diniz e Chachan, referindo-se às cesáreas e episiotomias desnecessárias. Mais ainda, vivenciamos o chamado "paradoxo perinatal brasileiro", uma vez que apesar de termos 98% de partos hospitalares e da adoção indiscriminada da tecnologia para assistência ao parto, a mortalidade materna e neonatal persistem elevadas.

Percebe-se que a questão da escolha do local do parto envolve os direitos reprodutivos básicos e uma busca constante para implementar estratégias de segurança e a satisfação de todas as mulheres usuárias do sistema de saúde independente da escolha do local, pois é direito da mulher ser bem assistida recebendo um tratamento humanizado.

No dia 06 de julho de 2015 entraram em vigor no Brasil as novas regras instituídas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) para incentivar o parto normal e diminuir as cesarianas desnecessárias. Devido à Resolução Normativa nº 368, as operadoras de planos de saúde, quando forem solicitadas, deverão expressar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais concretizados nos estabelecimentos de saúde e o percentual, também, dos procedimentos realizados por médico. As operadoras de plano de saúde ainda serão obrigadas a prover o Cartão Gestante e a Carta de Informação à Gestante, que deverá ter o registro de todo o acompanhamento do pré-natal, e estabelecer que os obstetras façam uso do Partograma, documento gráfico em que são anotados os acontecimentos ao longo do trabalho de parto.

Dessa forma, a ANS busca incentivar o setor privado de saúde a modificar o modelo de assistência ao parto e nascimento, gerando um crescente avanço nos cuidados à gestante e à criança. O Partograma passa a ser fundamental para a cobertura do procedimento; nos casos em que existir justificativa clínica para o não uso do documento, deverá ser exposto um relatório médico minucioso e se a cirurgia

¹¹⁴ AMORIM, Melania. Estudando parto domiciliar. **Parto domiciliar: direito reprodutivo e evidências**. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html>. Acesso em: 10 jun 2015.

for eletiva (a querer da parturiente), o relatório médico precisará conter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido firmado pela beneficiária, que suprirá o Partograma para que aconteça o pagamento do procedimento.

Por meio do Cartão da Gestante, qualquer profissional de saúde terá a informação de como foi a gestação, promovendo um melhor atendimento à mulher durante o trabalho de parto. Já a Carta de Informação à Gestante traz orientações e informações para que a parturiente possa decidir como será o parto e viver com tranquilidade esse momento. Consoante a ANS, 15 (quinze) dias é o prazo para que as informações referentes as taxas de partos estejam disponíveis para as usuárias do plano de saúde, computados a partir da data do pedido. Caso as operadoras deixem de dar as informações requeridas em cumprimento à Resolução Normativa pagarão multa de R\$ 25 mil (vinte e cinco mil reais).¹¹⁵

5.2 DECISÕES JUDICIAIS PERTINENTES À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Já no âmbito do Judiciário, pouco se discute sobre a violência obstétrica. Observa-se que algumas decisões judiciais referem-se a algum procedimento que compreende a violência obstétrica, como se pode notar em determinadas decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul¹¹⁶:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MATERIAIS E MORAIS. LUCROS CESSANTES. PARTO NORMAL. EPISIOTOMIA. LACERAÇÃO PERINEAL DE 4º GRAU. SUTURA. DESCONTROLE NA ELIMINAÇÃO DOS DEJETOS. INSUCESO 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

¹¹⁵ BRASIL. ANS. **Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>. Acesso em: 08 jul 2015.

¹¹⁶ BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível . Número 70021336938**. Sexta Câmara Cível. Relator Artur Arnildo Ludwig. Julgado em 13/08/2009. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70021336938%26num_processo%3D70021336938%26codEmenta%3D3088525+episiotomia++++&proxystylesheet=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&access=p&client=tjrs_index&site=ementario&oe=UTF-8&numProcesso=70021336938&comarca=Casca&dtJulg=13/08/2009&relator=Artur%20Arnildo%20Ludwig&aba=juris. Acesso em 20 maio 2015.

prematura e os danos físicos e morais, causando situação deplorável à apelante, originada de dilaceração perinal 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 atécnica, 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. (Apelação Cível Nº 70021336938, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Artur Arnildo Ludwig, Julgado em 13/08/2009).

Além dessa decisão sobre a episiotomia, também se observou no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul outra decisão, que condena o médico e a instituição, conforme ementa abaixo¹¹⁷:

Ementa: RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. LEGITIMIDADE DO HOSPITAL. MÉDICO CREDENCIADO AO SUS. PARTO. EPISIOTOMIA MEDIANA. PROCEDIMENTO NÃO RECOMENDADO À ESPÉCIE. CONDIÇÕES ANATÔMICAS DA PACIENTE QUE DENOTAVAM A INADEQUAÇÃO DO PROCEDIMENTO. CULPA CARACTERIZADA. DANOS MORAIS. QUANTUM. MANUTENÇÃO. DANOS MATERIAIS NÃO CARACTERIZADOS. 1. LEGITIMIDADE PASSIVA DO NOSOCÔMIO. A despeito da ausência de relação empregatícia entre médico e hospital, a partir do momento em que o nosocômio disponibiliza suas dependências para o atendimento pelo seu corpo clínico, está igualmente tornando-se responsável pelos procedimentos que ali vierem a ser executados, com todas as conseqüências daí decorrentes. A vinculação do profissional ao Sistema Único de Saúde em nada altera essa realidade, relevando a circunstância de ter sido o atendimento prestado em suas dependências. 2. CULPA. Hipótese na qual a perícia realizada em juízo confirmou a incorreção do procedimento empregado pelo médico demandado (episiotomia mediana), dado o alto risco de lesões na região retal, principalmente considerando as condições anatômicas da paciente. A prematura alta hospitalar, sem a adoção de todas as cautelas que a espécie recomendava, fato igualmente

¹¹⁷ BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível. Número 70028052017.** Décima Câmara Cível. Relator Paulo Antônio Kretzmann. Julgado dia 26/03/2009. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70028052017%26num_processo%3D70028052017%26codEmenta%3D2866812+episiotomia++++&proxystylesheet=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&access=p&client=tjrs_index&site=ementario&oe=UTF-8&numProcesso=70028052017&comarca=Comarca%20de%20Ven%C3%A2ncio%20Aires&dtJulg=26/03/2009&relator=Paulo%20Ant%C3%B4nio%20Kretzmann&aba=juris. Acesso em: 20 de maio 2015.

esclarecido pela prova pericial, serve apenas para deixar ainda mais clara a culpa do demandado, que foi também negligente ao se omitir nos cuidados que o pós-parto exigia. 3. DANOS MORAIS. QUANTUM. O valor da reparação deve compreender, dentro do possível, a compensação pelo dano infligido à vítima, ao mesmo tempo servindo de freio, de elemento inibidor e de sanção ao autor do ato ilícito, a fim de que não o volte a repetir. Hipótese em que o quantum fixado a título de reparação por dano moral vai mantido, por apresentar-se consentâneo aos parâmetros de fixação desta Corte. 4. DANOS MATERIAIS. Não comprovadas eventuais limitações para as tarefas diárias, nem mesmo inaptidão para o trabalho, descabe a fixação de pensionamento. APELOS IMPROVIDOS. (Apelação Cível Nº 70028052017, Décima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Paulo Antônio Kretzmann, Julgado em 26/03/2009).

Ademais, percebe-se claramente o transtorno que essas intervenções desnecessárias causam nas parturientes. A ementa que segue abaixo, do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul¹¹⁸, traz mais um caso de episiotomia que exemplifica bastante o que pode ocorrer se o corte for extenso demais e atingir a musculatura anal.

Ementa: RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. Cabe indenização por danos morais e materiais quando demonstrado pelo conjunto probatório que houve falha na atuação médica pelas conseqüências 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. (Apelação Cível Nº 70019587369, Décima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Alberto Schreiner Pestana, Julgado em 08/11/2007).

Porém, além dessas decisões existem outras que julgam improcedente o pedido, acredita-se que por falta de conhecimento específico e por basear-se apenas em uma corrente da medicina para fundamentar a decisão, esquecendo-se

¹¹⁸ BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível. Número 70019587369.** Décima Câmara Cível. Relator Jorge Alberto Schreiner Pestana. Julgado em 08/11/2007. Disponível em:

http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70019587369%26num_processo%3D70019587369%26codEmenta%3D2141195+episiotomia++++&proxystylesheet=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&access=p&client=tjrs_index&site=ementario&oe=UTF-8&numProcesso=70019587369&comarca=S%C3%A3o%20Leopoldo&dtJulg=08/11/2007&relator=Jorge%20Alberto%20Schreiner%20Pestana&aba=juris. Acesso em: 20 maio 2015.

que muitas são as evidências médicas científicas que condenam os procedimentos desnecessários durante o parto.

No Ano de 2014, a Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, numa medida extrema e possivelmente inédita, determinou que uma parturiente fosse submetida a uma cesariana contra a sua vontade, por considerar que mãe e bebê corriam risco de morte. De acordo com a reportagem do Jornal online Folha de São Paulo¹¹⁹, o caso aconteceu em Torres, distante 193 km de Porto Alegre, quando Adelir Carmem Lemos de Góes, foi levada de casa por policiais militares e conduzida ao hospital, onde deu à luz uma menina. Segundo consta, a médica informou a Adelir que seu bebê estava em posição pélvica e por já se encontrar em trabalho de parto determinou que ela fizesse uma cesariana. Porém, a parturiente se recusou a ficar no hospital, uma vez que almejava ter um parto vaginal, diferente dos seus dois primeiros partos que foram cesarianas, e assinou um termo de responsabilidade e voltou para sua residência. Depois disso, a médica foi ao Ministério Público, o qual acionou a justiça. A juíza que assumiu o caso, Liniane Maria Mog da Silva, aceitou os argumentos médicos e determinou que a gestante fosse levada para o hospital, com o apoio da polícia, caso fosse necessário. A doula¹²⁰ que acompanhava a gestação de Adelir, Stephany Hendz, disse que durante os exames preliminares foi constatado que o bebê estava saudável e com batimentos cardíacos dentro dos padrões e que não haveria essa necessidade urgente de realizar a cesárea. Por volta das 1h30, do dia 01 de abril de 2014, segundo o marido da Adelir, o oficial de justiça apareceu em seu domicílio juntamente com policiais e uma ambulância, determinando que a gestante fosse levada para o hospital. Em nota, o hospital nega que tenha induzido a cesariana e afirma que o acionamento da Promotoria se deu porque a mãe e o bebê corriam risco iminente de morte, porém não entra em detalhes e nem fundamenta os riscos.

O caso circulou na mídia nacional e gerou uma “Moção de Repúdio à violação dos direitos humanos de Adelir Carmem Lemos Góes”¹²¹ feita pelo Conselho

¹¹⁹ BALOGH, Giovanna. Folha de São Paulo. **Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>. Acesso em: 30 jun 2015.

¹²⁰ Doula: mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com o bebê. Dando conforto, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante a gestação, parto e pós-parto imediato.

¹²¹Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Moção de repúdio à violação dos direitos Humanos de Adelir Carmem Lemos Góes**. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/#!/Moção-de-Repúdio-à-violação-dos-direitos-humanos-de-Adelir->

Nacional dos Direitos da Mulher, afirmando e reforçando que todas as mulheres têm direito ao acesso a um atendimento à saúde de qualidade e humanizado, além de receber esclarecimentos de forma simples e adequada sobre seu estado de saúde, sobre os procedimentos que irão ser propostos, inclusive a recusa ou consentimento livre, voluntário e esclarecido sobre esses procedimentos.

5.3 QUESTÕES HERMENÊUTICAS APLICÁVEIS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Analisando-se o tema “violência obstétrica”, seus dados e consequências, observa-se que se a Hermenêutica constitucional fosse aplicada ocorreria uma expressiva redução desses casos de violência obstétrica e os direitos das mulheres seriam, realmente, efetivados, uma vez que a Constituição Federal do Brasil de 1988 traz em seu corpo a proteção a direitos fundamentais, especialmente o direito à dignidade da pessoa humana.

Por meio da interpretação constitucional procura-se compreender, investigar e mostrar o conteúdo, o significado e a abrangência das normas que formam a Constituição. Logo, percebe-se que a hermenêutica constitucional é um ofício de mediação que possibilita a concretização, realização e aplicação das normas constitucionais.

Segundo Canotilho¹²², interpretação constitucional é compreender, investigar e mediatizar o teor semântico dos enunciados linguísticos que constituem o texto constitucional. Vale ressaltar que a Constituição não se abrevia somente ao conjunto de normas, todavia descreve uma associação de elementos sociais, políticos, econômicos e outros. Isto posto, ao considerar a Constituição de um Estado, analisa-se não só o texto constitucional, mas o andamento do país.

Salienta Paulo Bonavides¹²³ que “a moderna interpretação da Constituição deriva de um estado de inconformismo de alguns juristas com o positivismo lógico-formal que tanto prosperou na época do Estado Liberal”. A partir dessa hodierna interpretação do texto constitucional é que surgiu o constitucionalismo, objetivando

Carmem-Lemos-de-Góes/cmbz/4651B139-80E3-4795-90C6-E0CC55C27A96. Acesso em 10 jun 2015.

¹²² CANOTILHO, J. J. GOMES. **Direito Constitucional**. Coimbra, Almedina. 1993; p. 208.

¹²³ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo, Malheiros, 1994; p. 424.

garantir a defesa do indivíduo, já que este é considerado o cerne do Estado Democrático de Direito, o qual é caracterizado pela tutela dos direitos fundamentais.

A Hermenêutica Constitucional está auferindo lugar dentro do método de interpretação, dado que a Constituição é o documento normativo mais significativo de um Estado e, por consequência, as normas e princípios que formam o ordenamento jurídico necessitarão buscar sua validade na Carta Magna, uma vez que esta se encontra no topo da pirâmide normativa.

Segundo os ensinamentos de Peter Haberle, a hodierna hermenêutica constitucional garante que a interpretação constitucional não deve ficar restrita a uma interpretação fechada, que privilegie exclusivamente os procedimentos formalizados pelos juízes e legisladores, entretanto deve atender a todos os potenciais atores sociais, partícipes materiais do fenômeno social, como os cidadãos e grupos de interesse, órgãos estatais, o sistema público, e outros. Esses atores sociais formam forças produtivas de interpretação, agindo como pré-intérpretes do abstruso normativo constitucional, ou intérpretes constitucionais em sentido lato.¹²⁴

Haberle afirma ainda que “a interpretação há de ser tão mais aberta quanto mais pluralista e complexa for a sociedade”¹²⁵. Ou seja, a teoria da interpretação constitucional precisa ser proposta sob a atuação da teoria democrática. Logo, é inopinado uma interpretação do texto constitucional quando ausente o cidadão ativo e as potências públicas citadas.

A hermenêutica proposta por Haberle entende que a doutrina da interpretação constitucional precisa observar o assunto – “Constituição e realidade constitucional”¹²⁶- permitindo que o novo modo de interpretar ligue a norma à realidade, e dessa forma, consinta uma preparação de qualidade do magistrado para analisar todas as questões existentes no corpo social antes mesmo de compor o seu convencimento¹²⁷.

¹²⁴ HABERLE, Peter. **Hermenêutica Constitucional** - A Sociedade aberta dos interpretes da constituição: Contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da constituição. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. 2ª Ed. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 2002, p. 9.

¹²⁵ *Ibidem*; p. 13.

¹²⁶ HABERLE, Peter. *Loc. cit.*

¹²⁷ SILVA JÚNIOR, Antônio Soares. **A hermenêutica constitucional de Peter Haberle: a mudança do paradigma jurídico de participação popular no fenômeno de criação/interpretação normativa segundo a teoria concretista**. Jus Navegandi, Teresina, ano 10, n 1208, out. 2006, p. 06. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/9070/a-hermeneutica-constitucional-de-peter-haberle>. Acesso em: 02 jun 2015.

Portanto, por meio da aplicação da Hermenêutica constitucional seria possível combater a violência obstétrica, uma vez que os atores sociais, principalmente as mulheres, buscam essa interpretação aberta da Constituição Federal, a qual garante o direito fundamental da dignidade humana.

Diante disso, observando-se as decisões judiciais apresentadas nesse trabalho, entende-se que o método interpretativo mais adequado à garantia da integridade física das mulheres que foram submetidas a procedimentos desnecessários é a Hermenêutica Constitucional, haja vista a Constituição Federal do Brasil de 1988 assegurar expressamente a proteção à integridade física no seu art. 5º, inciso III garantindo que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”¹²⁸. Contudo, nem sempre o referido método é contemplado nas decisões judiciais, o que acaba por comprometer a efetiva proteção das mulheres.

¹²⁸ BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em. 20 nov. 2014.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi exposto, passa-se agora a consignar algumas observações a título de resultado da pesquisa bibliográfica, de modo a elucidar a problemática proposta.

O presente trabalho, com foco na violência obstétrica e a transgressão do direito da dignidade humana da parturiente, pautou-se no estudo das frentes de pesquisa: da obstetrícia baseada em evidências científicas e dos direitos humanos.

Constatou-se que existe uma intensa violação desses direitos das parturientes nas instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, mesmo esses direitos sendo constitucionalmente determinados e abarcados pela legislação internacional. Observou-se, realmente, a existência de uma relação de ordem assimétrica entre o profissional de saúde e a paciente. Na grande maioria das vezes é a decisão do médico que prevalece e a mulher muitas vezes nem é informada dos procedimentos e decisão, apenas sente no próprio corpo as consequências da escolha médica, deixando de ser a protagonista do parto.

Verificou-se que por causa desses direitos violados está havendo o fortalecimento do discurso da humanização da assistência ao parto e uma busca por justiça e igualdade, pois muitos instrumentos de direito internacional e legislação nacional asseguram uma vida digna para as mulheres e seus filhos.

A mulher tem o direito a uma vida sexual e reprodutiva saudável, livre, prazerosa, sem violação dos direitos à integridade corporal, à dignidade humana, livre das práticas abusivas e invasivas sem necessidade durante os procedimentos de atendimento, pois o direito de não passar por sofrimentos desnecessários consta nos instrumentos citados no decorrer deste trabalho, principalmente naqueles referentes ao cuidado com a saúde.

Analisou-se a relação entre a dignidade da pessoa humana e a proteção jurídica da parturiente e notou-se que, apesar do direito à dignidade da pessoa humana ser de grande relevância, necessita-se de uma maior efetivação desse direito no atendimento das parturientes e mulheres de forma geral, pois mesmo este direito estando resguardado por instrumentos normativos internacionais, há uma marginalização quando se trata do gênero feminino, embora se entenda como resultado da análise que a dignidade da pessoa humana deva ser valorizada e

centralizada, para que assim sejam garantidos e aplicados os direitos decorrentes desse.

A violência obstétrica é um impedimento à concretização da dignidade da pessoa humana. Investigou-se os elementos caracterizadores da violência obstétrica e como esta deve ser reconhecida; as leis argentina e venezuelana que tratam do tema; a questão da aplicação das leis no atendimento ao parto, como a Lei do Acompanhante e as resoluções normativas que existem acerca do assunto e, por fim, o descumprimento das normatizações e legislações vigentes. Verificou-se, então, que a violência obstétrica pode ser aquela não apenas cometida por profissionais de saúde, mas por qualquer profissional que tenha participação em um dos períodos do estado gravídico, e que a violência obstétrica encontra-se no rol das violências contra a mulher e o recém-nascido. Além disso, constatou-se que no Brasil ainda não há legislação específica que trate da violência obstétrica, embora exista um projeto de lei (nº 7633/2014) em tramitação, e que os países vizinhos, como a Argentina e a Venezuela, encontram-se mais preparados nesse quesito, haja vista já possuam leis que tratem a respeito.

Estendeu-se ainda a discussão a respeito da aplicação das poucas leis que tratam dos direitos da parturiente no atendimento ao parto. Observou-se que a Lei do Acompanhante é uma das quais garante à mulher o direito de ter alguém da família ou pessoa próxima acompanhando-a durante o parto, porém ainda ocorre uma relutância dos hospitais quanto à sua aplicação, mesmo sendo comprovados cientificamente que esse acompanhamento traz benefícios à parturiente.

E, por fim, apreciou-se o descumprimento das normatizações e legislações vigentes, tendo sido constatado ao final da pesquisa que muitas mulheres, parturientes, acabam sofrendo a transgressão do direito à dignidade da pessoa humana, pois não podem decidir a maneira como seu filho chegará ao mundo, nem ter o apoio de um familiar durante o momento do parto, nem seus direitos respeitados, porque as legislações e normatizações vigentes são descumpridas, uma vez que não há dispositivo expresso que criminalize e puna a violência obstétrica. Embora exista a ausência de uma lei específica que trate do assunto, o Brasil possui em sua Carta Magna normas e princípios que abrangem e asseguram o direito das parturientes, porém esses não garantem a erradicação da violência obstétrica.

Sendo assim, o estudo compreendeu que apesar da valorização do direito à dignidade da pessoa humana e da existência de vários instrumentos internacionais que o assegurem, é necessária a aprovação do projeto de lei que criminaliza a violência obstétrica, haja vista que muitas mulheres têm, diariamente, seus direitos violados no momento em que elas estão mais indefesas, prestes a dar à luz, preocupadas única e exclusivamente com a chegada do seu filho.

Por meio da pesquisa, observou-se também que devido ao aumento dos casos de violência obstétrica está acontecendo um movimento que luta pela humanização do atendimento ao pré-parto, parto e pós-parto, formado por profissionais humanizados e mulheres, dentre as quais, muitas que sofreram alguma conduta caracterizadora da violência obstétrica, e por muitos outros personagens (doulas/familiares) que lutam pelos direitos das parturientes. Deve-se a esse movimento a elevação do número de partos domiciliares, uma vez que há um progressivo número de mulheres insatisfeitas com o modelo de assistência obstétrica existente no país.

A diminuição dos procedimentos inadequados e dolorosos, ou a adesão às recomendações da OMS, o oferecimento dos métodos não farmacológicos de facilitação da fisiologia e de manejo da dor, a entrada de acompanhantes no trabalho de parto e parto, a extinção dos procedimentos de limpeza ritual, o acolhimento e reconhecimento da usuária, sua inclusão no diálogo da assistência e o fim das humilhações de caráter sexual são fatores que contribuem para a humanização e combate a violência obstétrica.

Para que ocorra essa humanização basta exclusivamente a sensibilização e o treinamento dos profissionais, além da efetivação dos direitos das mulheres, como o respeito à condição de pessoa humana, a consideração ao direito à integridade física e ao estar livre de tratamento degradante ou desumano, quando se comete a prevenção de procedimentos evitáveis como a episiotomia e a manobra de Kristeller, a cautela da privacidade das parturientes, a eliminação das expressões hostis e humilhantes dos profissionais na hora do parto e o direito à equidade e melhor assistência fundamentada nas ênfases científicas. Portanto, combatendo a violência obstétrica, punindo o sujeito e a instituição que a pratica terá como resultado a humanização do atendimento e a efetivação dos direitos das mulheres, no caso específico, das parturientes.

A violência obstétrica é muitas vezes considerada silenciosa, pois se percebe que os profissionais que a realizam e a paciente a qual é submetida não têm noção de que se trata de um tipo de violência, já que a grande maioria da população vê os profissionais como os possuidores de conhecimento, assim os procedimentos realizados por eles são considerados corretos. Visualiza-se esse tipo de acontecimento no reduzido número de decisões judiciais que tratam de algum procedimento desnecessário, que caracterize violência obstétrica, e como se pode observar nas jurisprudências citadas anteriormente, os casos de violência obstétrica só foram assim julgados porque causaram intensos prejuízos às vítimas. Os que foram julgados improcedentes não levaram em consideração as evidências médico-científicas.

Portanto, enquanto aguarda-se a aprovação do projeto de lei nº 7633/2014, o qual dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido durante o estado gravídico e puerperal, concluiu-se, neste trabalho, que por meio da hermenêutica constitucional pode-se ter a interpretação combinada dos dispositivos constitucionais que alicerçam os direitos fundamentais assegurando, dessa forma, os direitos das parturientes, principalmente, o direito à dignidade humana e o combate à violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

ABREU, V. **A Abusividade da Taxa de Acompanhamento no Parto de Acordo com o Código de Defesa do Consumidor**. Universo Jurídico, Juiz de Fora, ano XI, 02 de set de 2009. Disponível em: http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/6468/a_abusividade_da_taxa_de_acompanhamento_no_parto_de_acordo_com_o_codigo_de_defesa_do_consumidor. Acesso em 20 nov. 2014.

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf> Acesso em 10 dez 2014

ALMEIDA apud LEÃO. Míriam Rêgo de Castro Leão, et al. **Reflexão sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, nº 8; Rio de Janeiro. 2013, p. 2397. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/46310/Reflex%C3%B5es%20sobre%20o%20excesso%20de%20cesarianas%20no%20Brasil%20e%20a%20autonomia%20das%20mulheres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 mar. 2015

AMORIM, Melania. Estudando parto domiciliar. **Parto domiciliar: direito reprodutivo e evidências**. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html>. Acesso em: 10 jun 2015

ARGENTINA. **Ley nº 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**. 2009. Disponível em: <http://www.lapampa.gov.ar/normativascmjer/37034-ley-n-26-485-ley-nacional-de-violencia-contra-la-mujer.html>. Acesso em: 07 maio 2015.

BALOGH, Giovanna. Folha de São Paulo. **Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>. Acesso em: 30 jun 2015.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002, p. 121 *apud* SILVA, Déborah. **A contribuição do CNJ para a concretização da**

dignidade da pessoa humana no contexto da atuação do Poder Judiciário. Revista de Direito Brasileira. Ano 3. Vol 6. Florianópolis/SC. Set – Dez/ 2013. Disponível em:< www.rdb.org.br>. Acesso em: 03 mar. 2015

BARCELLOS, L.G.; SOUZA, A.O.R.; MACHADO, C.A.F. **Cesariana: uma visão bioética.** Revista Bioética 2009 17 (3): 497-510 Disponível em : http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/513/514 Acesso em 10 dez 2014

BARROCA, Nathália. **A Epidemia de Partos Cesáreos: Autonomia de Vontade da Parturiente vs. Intervenção Médica, na Tomada de Decisão.** Disponível em:< http://www.jurisite.com.br/doutrinas/Constitucional/doutconst_138.html> Acesso em 13 out. 2014

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação.** Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em 10 nov 2014.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 2004; p. 30.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** São Paulo, Malheiros, 1994; p. 424.

BRASIL, ANS. **Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal.** Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_intervencao_melhorar_obstetrica_suplementar.pdf

BRASIL, ANS. **Resolução Normativa nº 338 da Agência Nacional de Saúde (ANS).** Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2591#rn338. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL, ANS. **Resolução Normativa nº 368,** de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de

saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892> . Acesso em: 12 fev. 2015.

BRASIL. ANS. **Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>. Acesso em: 08 jul 2015.

BRASIL, ANVISA. **Resolução Da Diretoria Colegiada n. 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/68ca68004176e425869b97fce4f29e98/RDCSEGURan%C3%A7adoPaciente.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 20 nov. 2014.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**. Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. P. 5. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 27 maio 2015

BRASIL, Fundação Perseu Abramo. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>. Acesso em 30 maio 2015.

BRASIL, FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados**. Agosto de 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf> . Acesso em: 07 maio 2015

BRASIL. **Lei nº. 10.406/02**. Institui o Código Civil. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em 20 nov. 2014.

BRASIL. **Lei nº. 8.078**. Institui o Código de Defesa do Consumidor. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848**. Institui o Código Penal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL. **Lei 8.069/1990**. Institui o Estatuto Da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 20 nov. 2014.

BRASIL. **Lei 8.080/1990**. 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 em: 07 maio 2015.

BRASIL. **Lei 10.778/2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm#art63. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL. **Lei 11.108/2005**. Lei Do Acompanhante. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 3 de junho de 2008**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011 - Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf . Acesso em 20 nov 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067/2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>. Acesso em 20 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/b=vs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 30 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820/2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 2.418/2005**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1931/2009**. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm. Acesso em 20 nov. 2014

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível . Número 70021336938**. Sexta Câmara Cível. Relator Artur Arnildo Ludwig. Julgado em 13/08/2009. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70021336938%26num_processo%3D70021336938%26codEmenta%3D3088525+episiotomia++++&proxystylesheet=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&access=p&client=tjrs_index&site=ementario&oe=UTF-8&numProcesso=70021336938&comarca=Casca&dtJulg=13/08/2009&relator=Artur%20Arnildo%20Ludwig&aba=juris. Acesso em 20 maio 2015.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível. Número 70028052017**. Décima Câmara Cível. Relator Paulo Antônio Kretzmann. Julgado dia 26/03/2009. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70028052017%26num_processo%3D70028052017%26codEm

enta%3D2866812+episiotomia++++&proxystylesheet=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&access=p&client=tjrs_index&site=ementario&oe=UTF-8&numProcesso=70028052017&comarca=Comarca%20de%20Ven%C3%A2ncio%20Aires&dtJulg=26/03/2009&relator=Paulo%20Ant%C3%B4nio%20Kretzmann&aba=juris. Acesso em: 20 de maio 2015.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível. Número 70019587369.** Décima Câmara Cível. Relator Jorge Alberto Schreiner Pestana. Julgado em 08/11/2007. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70019587369%26num_processo%3D70019587369%26codEmenta%3D2141195+episiotomia++++&proxystylesheet=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&access=p&client=tjrs_index&site=ementario&oe=UTF-8&numProcesso=70019587369&comarca=S%C3%A3o%20Leopoldo&dtJulg=08/11/2007&relator=Jorge%20Alberto%20Schreiner%20Pestana&aba=juris. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. **Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher.** Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Violência obstétrica. “Parirás com Dor”.** Dossiê elaborado pela REDE PARTO DO PRINCÍPIO para a CPMI da Violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> acesso em 20 jun 2014

CANOTILHO, J. J. GOMES. **Direito Constitucional.** Coimbra, Almedina. 1993; p. 208.

CHAVES NETTO, Hermógenes. **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

CREMESP. **Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes.** São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. 96 p. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/CodigoEticaMedica2013.pdf> Acesso 10 dez 2014

Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. Nações Unidas. Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>> . Acesso em: 23 mar. 2015

DIAS, M.A.B. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. Tese de doutorado. Fiocruz, 2006. Rio de Janeiro-RJ. Disponível em: <http://www.dendimim.com.br/public/Material%20de%20leitura/Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 10 dez 2014

DINIZ, S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese de doutorado. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf> Acesso em 10 dez. 2014

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Cienc. Saude Colet., v.10, n.3, p.627-37, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019 Acesso em 10 dez. 2014.

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, 2006;1(1): 80-91. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf Acesso em: 10 dez. 2014

FRANZON, Ana Carolina Arruda; e SENA, Ligia Moreiras. **Teste da Violência Obstétrica**. Violência Obstétrica é violência contra a mulher. Avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos durante internação para o parto e nascimento. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em: 30 maio 2015

FREITAG, Barbara. **The question of morality: from Kant's practical reason to Habermas's discursive ethics**. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo, 1 (2): 7-44. 2. Sem. 1989.

HABERLE, Peter. **Hermenêutica Constitucional** - A Sociedade aberta dos interpretes da constituição: Contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da constituição. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. 2ª Ed. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 2002.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Resultados preliminares. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf> Acesso em 10 dez. 2014

LOPES, Alessandrée Silva. **A vivência de privacidade pelas parturientes no ambiente hospitalar: uma contribuição para o cuidar em enfermagem obstétrica**. 2007. 69f. Dissertação. Mestrado em enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2007.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDINA, Graciela. **Violencia Obstetrica**. Revista de Derecho de Familia y de Las Personas. Diciembre de 2009. Buenos Aires, 2009. Disponível em: <<http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>>. Acesso em: 07 maio 2015

MORAES, Maria Celina Bodin de. O conceito de dignidade da pessoa humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Constituição, direitos fundamentais e Direito Privado*. Porto Alegre: Livr. do Advogado. Ed., 2003. Apud SILVA, Déborah. **A contribuição do CNJ para a concretização da dignidade da pessoa humana no contexto da atuação do Poder Judiciário**. Revista de Direito Brasileira. Ano 3. Vol 6. Florianópolis/SC. Set – Dez/ 2013. Disponível em:< www.rdb.org.br>. Acesso em: 03 mar. 2015.

OMS. **DECLARAÇÃO DA OMS Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde** .2014 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 10 dez 2014.

Organização dos Estados Americanos, **Convenção Americana de Direitos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”)**, 1969. Disponível em:<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>. Acesso em 10 nov. 2014

Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Moção de repúdio à violação dos direitos Humanos de Adelir Carmem Lemos Góes**. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/#!/Moção-de-Repúdio-à-violação-dos-direitos-humanos-de-Adelir-Carmem-Lemos-de-Góes/cmbz/4651B139-80E3-4795-90C6-E0CC55C27A96>. Acesso em 10 jun 2015.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 4ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

_____. **Direitos reprodutivos como direitos humanos**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/57530781/Flavia-Piovesan-Direitos-Humanos#scribd>> Acesso em: 15 mar 2015.

_____. **Temas de Direitos Humanos**. 3^o Edição. São Paulo. Saraiva 2009.

PORTAL BRASIL. **Gestantes com plano de saúde buscam SUS para parto normal**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/gestantes-com-planos-de-saude-buscam-sus-para-parto-normal>. Acesso em: 30 maio 2015

PORTAL DA SAÚDE. SUS. **Mapeamento traz serviços do SUS utilizados por quem tem plano**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16094-mapeamento-traz-servicos-do-sus-utilizados-por-quem-tem-plano>. Acesso em: 30 maio 2015

PORTAL DA SAÚDE. SUS. **Rede Cegonha**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Acesso em: 30 maio 2015

REIS, Jorge Renato dos. **Autonomia de vontade: um princípio fundamental do direito privado como base para instauração e funcionamento da arbitragem**. 2010, p. 8245. Disponível em: <<http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3874.pdf>> Acesso em: 12 março de 2015.

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. **Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300020&script=sci_arttext Acesso em 10 dez 2014

REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. [s.l.]: Ed. 11^a Editora Guanabara Koogan; 2009.

SALGADO, Heloísa. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (mestrado em saúde pública).** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/pt-br.php> Acesso em 10 dez 2014

SILVA JÚNIOR, Antônio Soares. **A hermenêutica constitucional de Petr Haberle: a mudança do paradigma jurídico de participação popular no fenômeno de criação/interpretação normativa segundo a teoria concretista.** Jus Navegandi, Teresina, ano 10, n. 1208, out. 2006, p. 06. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/9070/a-hermeneutica-constitucional-de-peter-haberle>. Acesso em: 02 jun 2015.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. **Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico.** Femina, setembro de 2010, vol 38 nº 10; 505-16. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf> Acesso em 10 dez 2014

STOLZE, Pablo; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil. Volume I – Parte Geral.** 13ª ed. Rev. Atual. e Ampliada. 2011.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** 2007. Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf. Acesso em: 02 maio 2015.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Revista Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p. 138-151, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>. Acesso em 10 dez 2014

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia I.** 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2012.