

UNIVERSIDADE FUMEC
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, SOCIAIS E DA SAÚDE

Regiane Priscilla Monteiro Gonçalves

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL:
E os direitos fundamentais das mulheres**

Belo Horizonte

2020

Regiane Priscilla Monteiro Gonçalves

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3946516118119144>

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL:

Uma análise sobre o prisma dos direitos fundamentais

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Direito (*stricto sensu*) da Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde da Universidade FUMEC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Área de concentração: Instituições sociais, direito e democracia
Linha de pesquisa: Esfera pública, legitimidade e controle.

Projeto: Estado democrático de Direito, Direitos e garantias fundamentais e controle e legalidade.

Orientadora: Professora Doutora Maria Tereza Fonseca Dias

Belo Horizonte 2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G635v Gonçalves, Regiane Priscilla Monteiro, 1985-
A violência obstétrica no Brasil: uma análise sobre o prisma dos direitos fundamentais / Regiane Priscilla Monteiro Gonçalves. - Belo Horizonte, 2020.
103 f. : il.

Orientador: Marcelo Barroso Lima de Brito Campos (*ad hoc*)

Orientadora: Maria Tereza Fonseca Dias (Orientação realizada até 04/08/2020)

Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade FUMEC, Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, Belo Horizonte, 2020.

1. Direitos fundamentais - Mulheres. 2. Obstetrícia. 3. Parto humanizado. I. Título. II. Campos, Marcelo Barroso Lima de Brito. III. Universidade FUMEC, Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde.

CDU: 618-089.888



FUMEC

Dissertação intitulada: "A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: Uma análise sobre o prisma dos direitos fundamentais" autoria de REGIANE PRISCILLA MONTEIRO GONÇALVES, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Marcelo Barroso Lima Brito de Campos – Universidade FUMEC
(Orientador "ad hoc")

Profa. Dra. Astréia Soares Batista – Universidade FUMEC
(Examinadora Interna)

Profa. Dra. Bruna Rodrigues Colombaroli
(IDP – Instituto Brasillense de Direito Público)
(Examinadora Externa)

Prof. Dr. Sérgio Henrique Zandoná Freitas
Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito
Universidade FUMEC

BeloH ã d
Belo Horizonte, 21 de agosto de 2020

AGRADECIMENTOS

Eu sei que tudo isso já estava escrito pelo Pai. Ele, com tanto carinho, escreveu todos os meus dias, lapidou todos os meus sonhos e me deu a oportunidade de realizá-los.

A ti meu Deus, toda honra, toda glória, todo louvor. Obrigada pelo teu amor constante, pelo afago nos momentos mais difíceis, pelo refrigério, a paz no momento do caos, a presença nos momentos de solidão, a sabedoria para escrever cada linha quando achei que não seria capaz, isso tudo é obra tua, foi porque assim tu quiseste.

Obrigada pela tua morte que me trouxe vida em abundância. Obrigada por me escolher para ser tua filha, mesmo sendo tão inmerecedora da tua graça e do teu amor. Obrigada por me resgatar das trevas para tua maravilhosa luz. Obrigada por esse amor que é tão lindo e zeloso. Obrigada pelas tantas bênçãos.

GRATIDÃO. É essa a palavra que define este momento tão feliz.

Gostaria de agradecer a todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

Agradeço aos professores e colegas do mestrado por todo ensinamento e aprendizado compartilhado. Registro meu agradecimento à Cláudia Márcia, por todo apoio, paciência e presteza na secretaria do Mestrado.

Serei sempre grata à minha família, por ser meu porto seguro, especialmente aos meus filhos amados, Davi e Beatriz, que me deram forças para continuar em busca dos meus ideais. Minha homenagem aos meus pais, por serem exemplos reais e minha vida de honra, honestidade e amor!

Não poderia deixar de agradecer ao meu amado esposo, Alexis Enderson Guirado Peixoto, por todo carinho, paciência e motivação para conclusão deste trabalho. Obrigada por todo apoio, pela serenidade e força, por sempre caminhar comigo em busca dos meus sonhos. Obrigada por ser meu porto seguro,

As minhas irmãs, por nossa união e por estarem ao meu lado incondicionalmente, obrigada!

A minha brilhante orientadora Maria Tereza Fonseca Dias, que, desde o primeiro contato, acolheu-me, incentivou-me e desafiou-me a fazer melhor, acreditando sempre que eu era capaz. Obrigada por todas as lições, por toda orientação e por toda palavra amiga.

Agradeço ainda aos meus amados alunos do Centro Universitário Estácio de Sá, por me apoiarem, e compreenderem meus momentos de cansaço e esgotamento nesta caminhada árdua mais gratificante.

*Do que se tem medo? Da morte, foi sempre a resposta, e de todos os males que possam simbolizá-la, antecipá-la, recordá-la aos mortais. Da morte violenta, completaria Hobbes. De todos os entes reais e imaginários que sabemos ou cremos dotados de poder de vida e de extermínio: da natureza desacorrentada, da cólera, de Deus, da manha do Diabo, da crueldade do tirano, da multidão enfurecida [...] Temos medo do grito e do silêncio, do vazio e do infinito; do para sempre e do nunca mais [...] **Temos medo do esquecimento e de não mais poder lembrar [...] Do irreparável. Do inominável...Temos medo do ódio que devora e da cólera que corrói, mas também da resignação sem esperança, da dor sem fim e da desonra. Da mutilação dos corpos e dos espíritos** (CHAUÍ, 2009, p. 36-37, grifos acrescidos).*

RESUMO

Recentemente foi instituído o termo violência obstétrica, atribuído à violência de gênero institucionalizada e praticada contra mulheres em situação de gestação. Socialmente enraizada e naturalizada em prol da relação de poder na relação médico paciente, ocorre mediante uma mecanização/mercantilização do processo do parto. Nesse processo, a mulher passa por um espécie de apropriação de seu corpo, que é estendido a todos os profissionais de saúde envolvidos na ação e que se concretiza em um tratamento desumanizado, abusivo de técnicas comprovadamente inúteis e consciente patologização dos processos naturais do parto. Atualmente o Brasil não conta com nenhuma legislação federal que positivasse ou mesmo conceitue as práticas da violência obstétrica. Enquanto o Projeto de Lei nº 7.633/14 permanece em tramitação no Congresso Nacional, o Judiciário responde a diversas demandas postas a julgamento, sobre o tema. Contextualizada a realidade advinda da violência obstétrica, o presente trabalho buscou responder os seguintes questionamentos: a violência obstétrica é capaz de ferir os direitos fundamentais das mulheres? E diante da omissão legislativa, como vem sendo o tratamento conferido pelo Judiciário brasileiro ao tema? Para responder a esses questionamentos, a presente pesquisa analisou quais seriam os impactos das omissões legislativas, no enfrentamento pelo Judiciário na proteção dos direitos fundamentais das mulheres e também do aviltamento dos princípios constitucionais como a dignidade da pessoa humana. Como marco teórico adotou-se a teoria de Robert Alexy, na conceituação de dignidade da pessoa humana, e, por fim, como forma de análise judicial da omissão legislativa Ronald Dworkin. Diante da multidisciplinaridade do tema, o material de pesquisa se concentrou nas áreas do Direito, mas, com importantes contribuições de temas específicos das ciências biológicas para explanação de temas de domínio exclusivo das áreas de saúde, como exemplo a episiotomia, manobra de Kristeller, entre outros procedimentos médicos que, se mal empregados, são capazes de gerar a violência obstétrica. O tipo predominante de raciocínio para análise do material foi, portanto, o indutivo-dedutivo e, para a análise dos dados coletados dos acórdãos do STJ e STF, o qualitativo. Para consecução da pesquisa foram utilizados diversos procedimentos metodológicos complementares entre si, a saber, a pesquisa bibliográfica e a análise documental de acórdãos judiciais. As conclusões obtidas pela presente pesquisa foram suficientes para afirmar que a violência obstétrica culmina em verdadeira violação dos direitos fundamentais e também do aviltamento dos princípios constitucionais como a dignidade da pessoa humana, instituindo um verdadeiro estado de exceção quando do assunto parto, o que não acontece, a exemplo, em outras áreas das ciências médicas, cujo consentimento livre e informado é requisito essencial a todo e qualquer procedimento. Concluiu ainda que o Judiciário, mesmo diante da ausência de lei própria, vem sendo capaz de punir a conduta através de uma análise principiológica e fundamental dos direitos femininos. Por fim, concluiu que a humanização do parto, tão defendida pelo movimento ReHuna, pode contribuir para a minimização da violência obstétrica e o resguardo dos direitos fundamentais das mulheres.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Violação; Dignidade da pessoa humana; Direitos Fundamentais; Humanização do parto.

ABSTRACT

The term obstetric violence was recently instituted, attributed to institutionalized gender violence and practiced against pregnant women. Socially rooted and naturalized in favor of the power relationship in the doctor-patient relationship, it occurs through a mechanization / commercialization of the delivery process. In this process, the woman goes through a kind of appropriation of her body, which is extended to all health professionals involved in the action and which materializes in a dehumanized treatment, abusive of techniques proven useless and conscious pathologization of the natural processes of childbirth. Currently, Brazil does not have any federal legislation that positively or even conceptualizes the practices of obstetric violence. While Bill 7,633 / 14 remains in progress in the National Congress, the Judiciary responds to several demands put on trial on the subject. Contextualizing the reality arising from obstetric violence, the present study sought to answer the following questions: is obstetric violence capable of harming women's fundamental rights? And given the legislative omission, how has the Brazilian Judiciary handled the issue? To answer these questions, the present research analyzed what would be the impacts of legislative omissions, in the confrontation by the Judiciary in the protection of the fundamental rights of women and also the debasement of constitutional principles such as the dignity of the human person. As a theoretical framework, the theory of Robert Alexy was adopted, in the concept of human dignity, and, finally, as a form of judicial analysis of the legislative omission Ronald Dworkin. In view of the multidisciplinary nature of the theme, the research material was concentrated in the areas of law, but with important contributions from specific themes in the biological sciences to explain topics in the exclusive domain of the health areas, such as episiotomy, kristeler maneuver, among others. other medical procedures that, if misused, are capable of generating obstetric violence. The predominant type of reasoning for the analysis of the material was, therefore, inductive-deductive and, for the analysis of the data collected from the STJ and STF judgments, the qualitative. To carry out the research, several complementary methodological procedures were used, namely, bibliographic research and documentary analysis of judicial judgments. To carry out the research, several complementary methodological procedures were used, namely, bibliographic research and documentary analysis of judicial judgments. The conclusions obtained by the present research were sufficient to affirm that obstetric violence culminates in a true violation of fundamental rights and also the debasement of constitutional principles such as the dignity of the human person, establishing a true state of exception when it comes to childbirth, which does not happen, for example, in other areas of the medical sciences, whose free and informed consent is an essential requirement for any and all procedures. He concluded that the Judiciary, even in the absence of its own law, has been able to punish conduct through a fundamental and fundamental analysis of women's rights. Finally, he concluded that the humanization of childbirth, so defended by the Rehuna movement, can contribute to the minimization of obstetric violence and the protection of women's fundamental rights.

Keywords: Obstetric Violence; Violation; Dignity of human person; Fundamental rights; Humanization of childbirth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AgRg – Agravo Regimental

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ART – Artigo

CC – Código Civil

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CDP – Centro de Detenção Provisória

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher

CEVI – Comissão de Peritas(os)

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIM – Comissão Interamericana de Mulheres

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CP – Código Penal

CREMESC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina

DJE – Diário Judicial Eletrônico

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EDcl – Embargos de Declaração

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

LMP – Lei Maria da Penha

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MESECVI – Mecanismo de Seguimento da Convenção de Belém do Pará

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e nascimento

RN – Resolução Normativa

STF – Supremo Tribunal de Justiça

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura **UTI**

– Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quantidade , Tribunal e número dos processos delimitados	80
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Índice de Mortalidade materna Brasil, Argentina	43
Figura 2 - Dados referentes a lacerações em diferentes graus e períneo integro	55
Figura 3 - Cesáreas no Brasil entre 2010 e 2016	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de cesarianas, Brasil e Regiões – Período: 2000 – 2014.....	45
Tabela 2 - Nascimentos por tipo de parto, Brasil, Regiões e Unidades da Federação – Período: 2014.....	60
Tabela 3 - Quantidade total de acórdãos encontrados após pesquisas com palavras-chave.....	80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS NO ESTADO BRASILEIRO	15
2.1 Abordagem histórica dos direitos fundamentais	15
2.2 Os direitos fundamentais e seus reflexos nos direitos humanos	20
2.3 Os direitos fundamentais das mulheres nas constituições até 1988.....	28
2.3.1 O empoderamento feminino e sua relação com quarta ordem de direitos fundamentais	31
2.4 Consentimento e autonomia da parturiente na ótica dos direitos fundamentais ..	35
2.4.1 A humanização do parto como forma de diminuição da violência	40
2.4.2 As diretrizes da organização mundial de saúde e a importância da humanização	41
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	46
3.1 Conceituação e formação	46
3.2 Hipóteses mais comuns de violência obstétrica	50
3.3 Episiotomia	53
3.4 Manobra de kristeller.....	55
3.5 Fórceps	57
3.6 Cesáreas eletivas	58
3.7 Restrições e imposições desnecessárias à parturiente na realização do parto	63
3.8 Violência psicológica.....	65
4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E SEU TRATAMENTO JURÍDICO	69
4.1 Da análise das legislações estaduais e Projeto de Lei Federal nº 7.633/2014.....	69
4.2 Tratamento da violência obstétrica pelos tribunais superiores.....	79
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	92

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como sendo derivada da imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis à mulher em situação de parto. No âmbito do Sistema Regional de Proteção aos Direitos Humanos, é importante destacar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994, da qual o Brasil é signatário.

Preocupados com a violência contra a mulher, e a forma como essa ofensa é capaz de lesar a dignidade humana, e acaba por traduzir a manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens, acordaram que a eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para seu desenvolvimento individual e social e sua plena e igualitária participação em todas as esferas de vida.

Por meio desse tratado foi estabelecida a “Convenção de Belém do Pará”, no seu art. 1º como: “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (PARÁ, 2015, p.147).

O presente trabalho aborda a violência obstétrica e o direito fundamental à liberdade da mulher, que na anteriormente citada “Convenção de Belém do Pará”, precisamente em seu art. 6º, determina o direito de toda mulher a ser livre de violência, e abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada, livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

A referida Convenção refletiu sobre a gama de princípios e mecanismos legislativos que asseguram a dignidade física e moral das mulheres, sua autonomia face às decisões quanto ao próprio corpo e os procedimentos no pré-natal, parto e puerpério, bem como a possibilidade de reparação no âmbito jurídico nos casos em que ficar caracterizada violência.

Entretanto, o desrespeito a esses comandos legais e principiológicos a dignidade da pessoa humana, tem causado diversos transtornos e danos físicos e psicológicos durante esse período que é tão delicado para as mulheres. O processo de formação histórica do parto, atribuindo a este momento uma situação de dor, faz com que a cultura da violência obstétrica se torne enraizada e, muitas vezes, impercebível pela parturiente (GRIBOSKI, 2006).

Ao mesmo tempo, cabe ao Estado resguardar as garantias e direitos fundamentais

das mulheres. É na rede pública de saúde que as mulheres e familiares sofrem os descomedimentos da violência obstétrica (LANSKY, 2019). Tendo sido previsto na Constituição que a ordem jurídica brasileira é fundada no paradigma do Estado Democrático de Direito com ampla constitucionalização de direitos fundamentais. Torna-se primordial que ocorram mudanças quanto ao tratamento da violência obstétrica, inclusive com a redefinição do papel dos envolvidos neste cenário, a fim de propiciar, a valorização do indivíduo como figura central da tutela do Estado.

Em 2000, 191 países membros das Nações Unidas adotaram a Declaração do Milênio (ONU, 2000). No referido documento esses países assumiram oito compromissos cujo objetivo primordial estava pautado na melhoria da qualidade de vida humana. Como signatário do acordo, o Brasil comprometeu-se publicamente em reduzir a níveis menores que dois terços a mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2004). É nesse contexto que fatores associados à violência obstétrica claramente impedem que tais metas sejam atingidas, já que a adoção de certos atos praticados contra a mulher ou recém-nascido, classificados como violência obstétrica, quando não resultam na mortalidade infantil, antigem a sua genitora de forma lesiva no plano físico ou mesmo psíquico, o que afasta cada vez mais o Estado do cumprimento da meta e, indubitavelmente, reduz a qualidade da vida humana almejada.

O objetivo do trabalho é abordar a violência obstétrica no Brasil, demonstrando correntes doutrinárias e conceitos essenciais sobre o tema, e as circunstâncias que possibilitam caracterizar essa prática lesiva, bem como legislação pertinente e as ações que podem ser tomadas judicialmente diante esse crime. O trabalho é relevante para os estudantes de direito, academia e sociedade como um todo, posto que a falta de informação é um dos principais motivos pelos quais essa prática ainda é recorrente dentro do ambiente hospitalar (LANSKY, 2019). A ignorância da gestante, em não conhecer os procedimentos médicos nem os seus direitos, acaba por considerar que a violência sofrida é fator natural do parto, o que evidencia a institucionalização e naturalização de distorções no tratamento à saúde da mulher.

O estudo do tema é extremamente pertinente, visto que a sociedade, cada vez mais, vem se voltando para humanização do parto com ações iniciadas em 1993, pela então criada Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna). Sua primeira ação foi a redação da “A Carta de Campinas”, documento precursor nas denúncias as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dava a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (Rehuna, 1993).

Considera-se que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Dessa forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (Rehuna, 1993).

O momento do parto deixou de ser algo comum e fisiológico do corpo humano e houve uma procedimentalização, levando o ato para o ambiente hospitalar e conferindo ao médico toda a autonomia e diretriz na condução do parto. O fenômeno de dar à luz era encarado como um evento fisiológico, mantendo-se a medicina longe do cenário da parturição (WOLFF; WALDOW, 2008). A presença masculina só era requisitada em casos extremos (REZENDE, 1998).

[...] esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras [...]. (DEL PIORE, 1995, p. 263, *apud* WOLFF; WALDOW, 2008, p. 142).

Assim, no século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, quando os governos da época perceberam a necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, surgindo assim, rotinas cirúrgicas no parto, incluindo-se o uso da episiotomia e do fórceps profilático. (WOLFF; WALDOW, 2008). Nos séculos XIX e XX, o fórceps tornou-se um símbolo da dominação masculina na prática do parto.

Mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciando sua aceitação como disciplina técnica e científica consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso. (SEIBERT *et al.*, 2005, p. 247).

Esses são alguns exemplos de práticas da violência obstétrica, que acabam por comprometer princípios constitucionais básicos como a dignidade da pessoa humana.

Outro fator importante a ser abordado no presente trabalho é como a questão vem sendo tratada pelo judiciário. Diante da ausência de legislação específica sobre o tema, em nível Federal, somente o projeto de lei 7633/2014 e as diretrizes criadas pela OMS para orientação do tema. Atualmente, o judiciário apesar de incontrovertida posição sobre o potencial

lesivo da violência obstétrica aos Direitos Fundamentais, no campo prático, restringe-se a proferir decisões e julgamentos em casos isolados.

A ausência de uma legislação específica não pode impedir que o judiciário possa punir a prática, uma vez que resta caracterizada a violação de princípios e direitos basilares do Estado Democrático de Direito, podendo haver a aplicação da responsabilidade civil da equipe hospitalar e do Estado (art. 927 e seguintes do CC/02) ou ainda aplicação da lei penal em caso de constrangimento ilegal (art. 146, CP), lesão corporal (art. 129, CP) ou homicídio (art. 121, CP). O direito deve equacionar o problema da violência obstétrica no âmbito dos direitos e garantias fundamentais.

Assim, a presente pesquisa buscou responder aos seguintes questionamentos: a violência obstétrica está vedada constitucionalmente no âmbito do direito fundamental à saúde, aos direitos sexuais e reprodutivos, ao direito à informação e ao princípio da dignidade da pessoa humana? Como os tribunais superiores STJ e STF têm atuado nas demandas referentes à violência obstétrica no Brasil diante da ausência de uma legislação específica sobre o tema?

No tocante a metodologia, o estudo ocorreu sob perspectiva interdisciplinar, pois correlacionou temáticas do Direito e das Ciências Biológicas com conceitos próprios da área da saúde (GUSTIN; DIAS, 2013). Utilizando o modelo de desenvolvimento argumentativo, a pesquisa caminhou com estudo quantitativo, realizado por meio de revisão de literatura, no primeiro semestre de 2019, utilizando bases de dados da área da saúde e revistas da área jurídica.

Foram observadas normas que tratam sobre o tema, além do posicionamento de órgãos como a Organização Mundial da Saúde, pesquisas a respeito do assunto, trabalhos acadêmicos, propostas de Organizações, entre outras fontes de informação e reflexão, preferencialmente de data recente, com fim de levantar hipóteses para responder os problemas levantados na Introdução.

Quanto à amplitude no rol dos direitos fundamentais e com intenção de obter maior objetividade na pesquisa serão abordados os direitos à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos, o direito à informação e o princípio da autonomia como recorte metodológico, uma vez que tais direitos guardam relação direta com o tema da violência obstétrica.

Ainda sobre a metodologia utilizada na análise dos dados dos julgados do STF e STJ, para alcançar os objetivos propostos utilizou-se como procedimento qualitativo de coleta e análise documental, mediante a avaliação dos acórdãos, propondo-se um tratamento quanti-qualitativo dos dados, agrupados por similitude e relevância de seus conteúdos.

O referencial teórico que sustentou a pesquisa foi a construção discursiva dos saberes e os aspectos de interpretação dos Direitos Fundamentais de Robert Alexy, já no tocante a relevância normativa do princípio da dignidade humana, adotou-se a conceituação do jurista Ingo Salert. Quanto ao conceito de violência obstétrica adotou-se a referência criada pela OMS. Por fim, para análise da interpretação do judiciário, diante da lacuna legislativa, adotou-se a teoria pós-positivista de Ronald Dworkin.

O objetivo geral da pesquisa foi apresentar de forma crítica a temática da violência obstétrica e chamar a atenção para o aviltamento de direitos fundamentais femininos, que são potencialmente atingidos por sua prática, que passam por desde a discriminação negativa de gênero até a violação de direitos basilares, como a dignidade da pessoa humana.

Quanto aos objetivos específicos ficaram esclarecidos com a exposição da divisão do trabalho que se deu em três capítulos de análise de conteúdo. Procurando responder os problemas apresentados, no Capítulo 2, dos direitos e garantias fundamentais no Estado Brasileiro, tratou-se de situar à proteção Constitucional conferida a cada indivíduo no Estado Brasileiro em especial o direito das mulheres.

Assim no aludido capítulo, foram desenvolvidos os seguintes aspectos: 1 Abordagem histórica dos Direitos Fundamentais das mulheres, no qual se tratou de demonstrar a formação dessa ordem de direitos tão enaltecidos pelo nosso ordenamento; 2 – Os direitos das mulheres nas Constituições até 1988, neste tópico foram destacados a morosa e gradual evolução dos direitos das mulheres, que diferentemente dos homens, somente passaram a ser reconhecidas como sendo igualmente titulares de direitos e deveres após intenso e violento período evolutivo; 3 – Os direitos Fundamentais e a sua reflexão nos direitos humanos, e como princípios como a dignidade e os Direitos Humanos são similares e essenciais para falarmos de centralização do indivíduo na tutela pelo ordenamento jurídico; 4 – Consentimento e autonomia para humanização do parto, tratou de realizar um paralelo entre as diretrizes gerais no protocolo de atendimento médico e como esse respeito à autonomia do paciente resulta no primeiro passo para humanização do parto e tutela de direitos fundamentais.

No Capítulo 3, realizou-se um aprofundamento do termo violência obstétrica, buscando conceitua-la de forma exemplificativa, ainda tratou-se de explicar como procedimentos até então comuns estão intimamente ligados ao conceito de violência obstétrica. Em um estudo técnico dos procedimentos mais comuns envolvidos na realização do

parto, tratou-se de realizar uma análise destes com o conceito de violência obstétrica, demonstrando sua relação direta com a violência obstétrica.

O referido capítulo abordou, através de um recorte metodológico, as principais e mais comuns formas de propagação da violência obstétrica. Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, que afirmou que uma em cada quatro mulheres foi vítima de violência obstétrica no Brasil. Analisando assim como cada um dos procedimentos médicos rotineiros podem ser propagadores da violência e ferramenta de ofensa aos direitos das mulheres.

O Capítulo 4 foi dedicado ao tratamento legislativo do tema da violência obstétrica, e ainda como o assunto vem sendo enfrentado pelos nossos tribunais superiores, diante da lacuna legislativa que envolve o tema. E ainda em uma perspectiva de Dworkin, realizou-se uma análise de como, diante do vasto material principiológico contido nos direitos e garantias fundamentais existentes no ordenamento jurídico brasileiro, é suficiente para punir/ e ou erradicar a prática dos atos de violência obstétrica.

2 DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS NO ESTADO BRASILEIRO

2.1 Abordagem histórica dos direitos fundamentais

O significado dos direitos fundamentais é o objeto de uma longa e histórica realidade que buscava dignificar a existência humana. Assim, o núcleo de composição, de uma forma sucinta, seriam todos aqueles que contribuem para uma vida digna do ser humano. O

processo de evolução do homem enquanto ser social demandou à melhora de vida dos seus cidadãos, seja pelo aumento dos bens com os quais poderiam se satisfazer as necessidades básicas e complementares de todos, somados a criação de um entorno que respeitasse os direitos humanos. Sendo este o principal motivo dessa concepção histórica ser fruto da evolução humana enquanto sociedade. Nesse sentido, Alexandre de Moraes:

Os direitos humanos fundamentais, em sua concepção atualmente conhecida, surgiram como produto da fusão de várias fontes, desde tradições arraigadas nas diversas civilizações, até a conjugação dos pensamentos filosóficos-jurídicos, das ideias surgidas com o cristianismo e com o direito natural. (...) Assim, a noção de direitos fundamentais é mais antiga que o surgimento da ideia de constitucionalismo, que tão somente consagrou a necessidade de insculpir um rol mínimo de direitos humanos em um documento escrito, derivado diretamente da soberana vontade popular. (MORAES, 2011, p.2 – 3).

Em uma perspectiva histórica, as garantias fundamentais já davam sinais de existência desde as sociedades mais arcaicas e rudimentares humanas. Essas sociedades primitivas entendiam como sendo um único conjunto o ser e o ter, o que se configurava em uma democracia de interesses, inexistindo um poder social ou político, não se falava em poder dominante, que somente com advento da propriedade privada passou a atingir a sociedade (SILVA, 1992).

Norberto Bobbio (2004) em sua obra “A Era dos direitos” tratou de enumerar aqueles que por ele foram considerados como componentes históricos de maior destaque na formação dos direitos humanos. Em um primeiro momento, o individualismo, que segundo o autor estaria o homem em um estado natural, no qual a lei e autoridade são palavras desconhecidas, momento antecessor ao surgimento do Estado; dessa forma, os direitos naturais atávicos: o direito à vida, à propriedade, à liberdade, à igualdade e à segurança já estariam interligados ao homem por si.

Nesse contexto, como a mais antiga lei da humanidade, está o Código de Hamurabi (1690 a.C.), que ainda em um modelo jurídico sucinto de homogeneização, trazia à forma de organização do Estado. Contando ao todo com 282 artigos, atualmente obra exposta no Museu do Louvre em Paris, já trazia sua versão para a época de “dosimetria de pena” conhecida como “Lei de Talião”. Desconsiderada a rigorosa atuação do Estado, o documento, de fato, era um avanço a época, já que, ainda a grosso modo, delineava a atuação deste, e já impedia situações arbitrárias. Ricardo Castilho (2013) ainda afirma que o código de Hamurabi, trazia uma série de dispositivos, bem parecidos ao modelo hoje existente, tais como valores a vida, dignidade, trabalho entre outros.

Contudo é na Idade Média, mais precisamente entre os Séculos V e XV, que as

diferenças sociais eclodem. Considerada como a sociedade mais desigual e estática, já que havia um engessamento patrimonial, é nela que temos a direção para consideração do ser humano na sociedade (CASTILHO, 2013). O Iluminismo e o Cristianismo também são propulsores deste movimento, e da ideia de um homem feito à imagem e semelhança de Deus. Impulsionada por esses e outros pensamentos, a Revolução Francesa de 1789, que tinha como lema as palavras Liberdade, Igualdade e Fraternidade, foi resultado de irresignação de toda uma França dividida pela desigualdade.

O iluminismo teve forte influência para afloramento desses direitos, não apenas como combustível das revoluções supracitadas, mas entre os vários pensadores que apontaram nesse momento, aqueles ligados ao cristianismo foram capazes de dar nova leitura aos escritos, e nessa reformulação de fé, se tornaram autores de uma abordagem canônica daquilo que poderia ser assimilado à ideia de direito natural que temos na contemporaneidade, fundamentalmente religiosa. Entre esses o próprio Tomás de Aquino, que teve na concepção de Silva (1992) racionalizava que: "o ponto de vista de que a personalidade humana se caracteriza por ter um valor próprio, inato, expresso justamente na ideia de dignidade de ser humano, que nasce na qualidade de valor natural, inalienável e incondicionado, como cerne da personalidade do homem." (SILVA, 1992, p.26).

O Século XX passou a exigir ainda mais a concretude dos direitos e garantias e ainda mais a implementação de um direito, capaz de proteger o ser humano, uma vez que em meio às atrocidades, a vulnerabilidade e o desrespeito ao ser humano, propagados pela segunda guerra mundial, emergia a necessidade de reconstrução do valor dos direitos humanos, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional. Mas foi apenas com a junção da força dos princípios religiosos do cristianismo, aliados aos ideais libertários da Revolução Francesa, que se tem a formação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, assinada em Paris em 10 de dezembro 1948.

O documento representou a primeira tentativa da humanidade de estabelecer diretrizes em prol da proteção humana, respeitados universalmente, e foi adotada e proclamada pela Resolução n. 217¹ da Organização das Nações Unidas (ONU), reconhecida e assinada pelo

¹ A Declaração Universal foi aprovada pela Resolução 217 A (III), da Assembléia Geral, em 10 de dezembro de 1948, por 48 votos a zero e oito abstenções. Os oito Estados que se abstiveram foram: Bielorrússia, Checoslováquia, Polônia, Arábia Saudita, Ucrânia, União Soviética, África do Sul e Iugoslávia. Observe-se que em Helsinque, em 1975, no Ato Final da Conferência sobre Segurança e Cooperação na Europa, os Estados comunistas da Europa expressamente aderiram à Declaração Universal. Sobre o caráter universal da Declaração, observa René Cassin: "Séame permitido, antes de conclure, resumer a grandes rasgos los caracteres de la declaración surgida de nuestros debates de 1947 a 1948. Esta declaración se caracteriza, por una parte, por su amplitud. Comprende el conjunto de derechos y facultades sin los cuales un ser humano no puede desarrollar su personalidad física, moral y intelectual. Su segunda característica es la universalidad: es aplicable a todos los hombres de todos los países,

razas, religiones y sexos, sea cual fuere el régimen político de los territorios donde rijan. De ahí que al finalizar los trabajos, pese a que hasta entonces se había hablado siempre de declaración "internacional", la Asamblea General, estado brasileiro na mesma data. Ao tratar do Direito Internacional dos Direitos Humanos, afirma Bilder (1992 p.3-5):

O movimento do Direito Internacional dos direitos humanos é baseado na concepção de que toda nação tem a obrigação de respeitar os direitos humanos de seus cidadãos e de que todas as nações e a comunidade internacional têm o direito e a responsabilidade de protestar. Se um Estado não cumprir suas obrigações. O Direito Internacional dos Direitos Humanos consiste em um sistema de normas internacionais. Procedimentos e instituições desenvolvidas para implementar esta concepção e promover o respeito dos direitos humanos em todos os países, no âmbito mundial. [...] Embora a ideia de que os seres humanos têm direitos e liberdades fundamentais que lhe são inerentes tenha há muito tempo surgido no pensamento humano, a concepção de que os direitos humanos são objetos próprios de uma regulação internacional, por sua vez, é bastante recente. [...] Muitos dos direitos que hoje constam do Direito Internacional dos Direitos Humanos surgiram apenas em 1945, quando, com as implicações do holocausto e de outras violações de direitos humanos cometidas pelo Nazismo, as nações do mundo decidiram que a promoção de direitos humanos e liberdades fundamentais deve ser um dos principais propósitos da Organização das Nações Unidas.

E a Declaração da ONU², passou a reger, por meio de conferências, pactos e protocolos internacionais a quantidade de direitos fundamentais que se desenvolveram a partir de três tendências³, o renomado jurista Norberto Bobbio (2004, p.32) explica cada uma dessas:

[...] num primeiro momento, afirmaram-se os direitos de liberdade, os chamados direitos de primeira geração. Estes são os direitos individuais, de natureza civil e política, e "foram reconhecidos para a tutela das liberdades públicas, em razão de haver naquela época uma única preocupação, qual seja, proteger as pessoas do poder opressivo do estado.

Ainda conforme Bobbio (2004, p.36), a segunda geração ou dimensão, estaria na inclusão de direitos sociais, culturais e econômicos e que surgiram com a queda do Estado Liberal e o nascimento do Estado do Bem-Estar Social, veja-se:

[...] O excesso de liberdade assegurado pelos direitos de primeira geração causou um desequilíbrio social que agora deve ser reparado. [...] chamados "direitos políticos", os quais – concebendo a liberdade não apenas negativamente, como não impedimento, mas positivamente, como autonomia.

gracias a mi proposición, proclamó la declaración "Universal". Al hacerlo conscientemente, subrayó que el individuo es miembro directo de la sociedad humana y que es sujeto directo del derecho de gentes. Naturalmente, el ciudadano de su país, pero también lo es del mundo, por el hecho mismo de la protección que el mundo debe brindarle. Tales son los caracteres esenciales de la declaración. (...) La Declaración, por el hecho de haber sido, como fue el caso, adoptada por unanimidad (pues sólo hubo 8 abstenciones, frente a 48 votos favorables), tuvo inmediatamente una gran repercusión en la moral de las naciones. Los pueblos empezaron a darse cuenta de que el conjunto de la comunidad humana se interesaba por su destino." (Cassin, p. 397).

² Os textos principais que compõem a assim chamada “Carta Internacional dos direitos do Homem” são: a “Declaração Universal dos Direitos do Homem” (1948), o “Pacto Internacional relativo aos direitos econômicos, sociais e culturais” de 1966 (assinado por 118 Estados), o “Pacto Internacional relativos aos direitos civis e políticos”, também de 1966 (assinado por 115 Estados) e os dois “Protocolos Facultativos” de 1966 e 1989.

Essa segunda geração de direitos, se estendeu a todos os seres humanos, em todos como parte essencial à sociedade, e passa ao estado múnus, de agir, assegurando e garantindo a isonomia entre os indivíduos, o que pode ter originado sua nomenclatura como sendo direitos de igualdade. Por fim os de terceira geração estariam os direitos sociais:

São os **direitos sociais**, decorrentes da solidariedade ou de titularidade coletiva, ditos difusos, e nascem em decorrência da generalidade da humanidade e do “amadurecimento de novas exigências – podemos mesmo dizer, de novos valores” [...], e, justamente, “[...] caracterizam-se por destinarem-se à proteção, não do homem em sua individualidade, mas do homem em coletividade social, sendo, portanto, de titularidade coletiva ou difusa. (BOBBIO, 2004, p. 39, grifo nosso).

Seguindo a linha proposta por Bobbio, o professor Samuel Antônio Merbach de Oliveira, sugere o surgimento de uma quarta geração, impulsionada pelos correntes avanços genéticos, sociais e principalmente tecnológicos, a saber:

A quarta geração dos direitos do homem se refere à manipulação genética, à biotecnologia e à bioengenharia, abordando reflexões acerca da vida e da morte, pressupondo sempre um debate ético prévio. Através dessa geração se determinam os alicerces jurídicos dos avanços tecnológicos e seus limites constitucionais. (OLIVEIRA, 2010, p. 21).

Nesse cenário, o Estado do Século XIX passa a ter uma nova formação, no qual indivíduos autônomos, independentes, livres, passam a ser dotados de igualdade política e especialmente jurídica. Em um modelo adverso aqueles da Monarquia Absolutista, consagrados estão às liberdades e direitos individuais (CASTILHO, 2013), o Estado e passa a ser o instrumento capaz de tornar possível o implemento individual de garantia e direitos. Para melhor certeza e segurança dos indivíduos, os direitos na esfera privada e na esfera pública adquirem consagração constitucional; adota-se sistema jurídico unificado e certo, também mediante elaboração de códigos.

Podemos certificar que a evolução histórica dos direitos fundamentais, não ocorreu do dia para a noite, mas sim de forma gradual, fruto de diversas transformações históricas, valendo-se da ideia de que essas são acepções jurídicas do gênero Direitos Humanos. Nesse mesmo proceder temos a evolução dos direitos das mulheres, frutos de uma progressão, tais direitos que não foram reconhecidos todos de uma vez. O reconhecimento aconteceu de forma gradual e morosa, conforme a própria vida humana em sociedade.

A evolução dos Direitos das mulheres e uma versão mais lenta, mesmo após a

declaração dos Direitos humanos, já que a desigualdade entre homens e mulheres não respeitava sequer a primeira geração de direitos. O retardo era tamanho que no Brasil foi somente em 1979 que o Decreto nº 89.460 (BRASIL, 1984) promulgou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra mulher (1979), também conhecida pela sigla em inglês CEDAW, ou simplesmente, a Convenção da Mulher, que corresponde ao primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos das mulheres.

O Brasil somente veio a ser signatário da aludida convenção em 1984, até essa data a mulher era tratada juridicamente como incapaz para diversos atos, sendo que no revogado Código Civil de 1916, o marido foi determinado como agente capaz de emanar autorização para que a mulher trabalhasse ou mesmo pudesse receber uma herança (Art. 242, VII e V). Em 1962 o Estatuto da Mulher Casada conferiu mais autonomia que o extinto Código Civil de 1916.

Desigualdades entre homens e mulheres culminaram, na década de 60, no surgimento de movimentos feministas de luta em busca de igualdade, a fim de romper com a opressão da mulher, dando a elas autonomia sobre o seu corpo, pensamento e sexualidade (AZEREDO, *et al.*, 1991. p.12). No Brasil se promulga em 05 de Outubro de 1988 a Constituição da República Federativa, com ideias advindas da própria Declaração Dos Direitos Humanos, ela se formaliza na consagração dos direitos e garantias fundamentais, especialmente conferindo isonomia nos mais variados níveis a homens e mulheres.

2.2 Os direitos fundamentais e seus reflexos nos direitos humanos

Aplicáveis a toda raça humana, os Direitos Humanos são atribuídos a todo ser sem qualquer exigência ou condição para implementação, uma vez que visam resguardar aspectos como à integridade física e psíquica face aos seus pares e igualmente perante o Estado de forma geral, limitando sua atuação, e tutelando assim, o bem estar social de forma isonômica, fraternal e indiscriminada.

De outro vértice têm-se os Direitos Fundamentais, que por sua vez, traduzem situações jurídicas as quais a pessoa humana não se efetiva, visto que a todos, por igual, devem ser não apenas formalmente reconhecidos, mas se não se desenvolvem em sua aplicabilidade impossibilitam a continuidade do próprio ser, Santos (2004) ensina:

Direitos humanos são aqueles direitos que toda pessoa possui pelo simples fato de ter nascido nesta condição “humana”, configurando-se como gênero, enquanto direitos humanos fundamentais, ou simplesmente “direitos fundamentais” seriam aqueles direitos, espécies do gênero direitos humanos, que em determinado momento histórico, político, cultural e social de um povo, este resolveu positivá-lo no

ordenamento jurídico, sobretudo em sua Carta Magna, ou seja, na Constituição Federal. (SANTOS, 2004, p.38).

A maior e mais exemplificativa distinção entre os Direitos Humanos é que nesses a sua formação esta voltada para temas como à liberdade e a igualdade, que estão positivados no plano internacional. De outro vértice, os Direitos Fundamentais são aqueles positivados na Constituição Federal, na qualidade de tutela dos direitos humanos. Assim, o conteúdo dos dois é essencialmente o mesmo, o que difere é o plano em que estão consagrados. O foco dos direitos humanos está então balizado na eficaz proteção da dignidade da pessoa humana, abrangendo assim os valores como o direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade, dentre outros (FRANZOI, 2003).

Utilizada comumente a expressão dignidade da pessoa humana, invocada comumente como um escudo protetor para os Direitos Fundamentais, mas sem muitas vezes alcançar ou mesmo se aproximar de seu real sentido, firmado quando da sua consagração como sendo um dos maiores direitos da humanidade. A dignidade da pessoa humana ainda é citada algumas vezes quase que como um antagonismo constitucional justificável para direitos como a vida, liberdade, saúde, entre outros. Na busca insensata de definição para a expressão dignidade da pessoa humana em um único e engessado conceito, acabam em verdadeiros sofismas¹ e interpretações equivocada sobre o assunto. Leciona Franco (2007, p. 7), nesse sentido, que:

Malgrado serem expressões intimamente correlacionadas e situadas num espectro jurídico assaz próximo, tais termos jurídicos, erroneamente considerados como sinônimos por parte da doutrina, não são de forma alguma equivalente, possuindo predicados típicos e caracteres particulares que os distinguem. Embora materialmente destinam-se ao mesmo escopo jurídico, qual seja, o “conferir dignidade a existência humana”, genuinamente não expressões que se confundem. Desde seu cotejo, resta patente que o denotam os mais elementares direitos do ser humano, sob ângulos diferenciados, razão pela qual se faz mister, apresentar sua definição.

Quando elaborada no ano de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, já em seu preâmbulo, cuidou de demonstrar o caráter da universalidade do termo dignidade da pessoa humana. Posteriormente, no ano de 1969, na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em San José de Costa Rica reafirma em seu artigo 1º, que “*Toda pessoa humana tem direito ao respeito de sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade*”, não restando assim qualquer condição ou temo para proteção nela contida.

Assim, considerando a variedade de interpretações acerca do termo, no presente

¹ Sofisma é uma argumentação falsa, com a aparência de verdadeira.

trabalho adotaremos a interpretação kantiana, que defende que a dignidade humana é qualidade congênita e inalienável de todos os seres humanos, a qual impede a sua coisificação e se materializa por meio da capacidade de autodeterminação que os indivíduos possuem por meio da razão. Isso ocorre porque os seres humanos têm, na manifestação da sua vontade, o poder de determinar suas ações, de acordo com a ideia de cumprimento de certas leis que adotam, sendo essa característica exclusiva dos seres racionais (KANT, 2002, p. 56, 62-63, 67). Dessa concepção temos a versão de Ingo Salert, para quem a dignidade humana é:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra o todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, que venham a lhe garantir condições de existência mínima para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SALERT, 2004, p.16).

Tecidas as considerações é importante destacar que a dignidade humana é gênero do qual emanam os direitos fundamentais e suas garantias², é condição inata a todo e qualquer cidadão, o que em nossa atual realidade vem sendo distorcida por meio de discursos inflamados por ódio e ignorância que afirmam “direitos humanos para humanos direitos”, em um silogismo que apenas aqueles que, em meio ao senso comum, defendem que tais direitos somente são aplicáveis a pessoas que não cometem ilícitos e, uma vez que o indivíduo descumprir a lei, essa seria uma condição que retiraria esse direito fundamental.

Dentre a gama de Direitos Fundamentais, a presente pesquisa limitou sua abordagem a aqueles que mantêm ligação imediata com o tema da violência obstétrica, a saber, o direito à vida, o direito à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos, o direito a informação e o princípio da autonomia da mulher, que passa a discorrer.

Insculpido no art.5º *caput* da Constituição da República, o direito à vida e apresentado como direito fundamental e intocável, contudo, a interpretação desse dispositivo deve estar sempre atrelada a Constituição Federal em seu artigo 1.º, inciso III, erigiu como

² [...] mesmo que se deva admitir que o princípio da dignidade da pessoa humana como principal elemento fundante e informador dos direitos e garantias fundamentais também da Constituição de 1988 – o que, de resto, condiz com a sua função como princípio fundamental – também é certo que haverá de se reconhecer um espectro amplo e diversificado no que diz com a intensidade desta vinculação, é que embora se possa aceitar, ainda mais em face das peculiaridades da Constituição Brasileira, que nem todos os direitos fundamentais tenham fundamento direto na dignidade da pessoa humana, sendo, além disso, correta a afirmação de que o conteúdo em dignidade dos direitos é variável, tais circunstâncias não retiram da dignidade da pessoa humana, na sua condição de princípio fundamental e estruturante, a função de conferir uma determinada (e possível) unidade de sentido ao sistema constitucional de direitos fundamentais, orientando – tal como bem aponta Jorge Reis Novais – inclusive as possibilidades de abertura e atualização do catálogo constitucional de direitos. (SARLET, 2015, p. 94).

fundamento do Estado Democrático de Direito a dignidade da pessoa humana. Dessa forma, o direito à vida deve ser interpretado em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana. Em outras palavras, o ordenamento jurídico pátrio não protege apenas o direito à vida biológica, mas protege o direito à vida digna, considerando o ser humano como um todo, com todas as suas peculiaridades, desdobramentos e valores (ALEXY, 2014, p. 94).

Assim, resta indubitável o direito à vida por parte do nascituro, contudo, quando este nascimento acaba por ferir o direito fundamental de sua genitora, como comumente ocorre nos casos de violência obstétrica, há que se fazer uma análise desta colisão, gerando uma colisão entre regras e princípio.

Desde já e diante da multiplicidade de correntes doutrinárias que diferem regras e princípios, será utilizada aquela proposta por Alexy em sua obra "Teoria dos Direitos Fundamentais", que defende a diferença entre regras e princípios como sendo qualitativa, sendo tais categorias diferentes em relação à estrutura e à forma de aplicação. Em suas palavras, "o ponto decisivo na distinção entre regras e princípios é que princípios são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes" (ALEXY, 2014, p.90).

Quando analisamos os ideais propostos pela Declaração Universal de Direitos Humanos, e a constante mensagem de igualdade a todos os membros de uma família³, vemos que ao especificar o tema ao tratamento das mulheres, esse tratado não foi tão generoso, uma maior especificidade deveria ter sido acostada ao texto. Mencionada uma única vez no artigo 16, a mulher é lembrada apenas para indicar o respeito a idade núbil. É no mínimo reflexivo pensarmos no contexto histórico de produção da declaração no ano de 1948, cenário de grandes manifestações feministas, durante muitos anos a mulher era vista como dependente do marido e sua sexualidade reduzida à procriação, a exemplo o sufrágio, direitos civis e políticos idênticos aos conferidos ao homem que só foram reconhecidos anos mais tarde. Assim, percebemos que a questão da violência contra a mulher é decorrente de uma percepção histórica de esquecimento deste gênero.

Na violência obstétrica, muito comumente é realizada a desconsideração da autodeterminação da parturiente, por parte dos profissionais de saúde, em prol do bem-estar do nascituro, como a exemplo a decisão de realização de uma cesárea eletiva na qual sequer há indicativos de riscos para sua justificação. Assumida essa conduta há uma lesão ao direito

³ dos Direitos Humanos, ONU Declaração. "Declaração Universal dos Direitos Humanos." *Adotada e proclamada pela resolução 217 (1948).*

fundamental da mulher, retirando dela sua autodeterminação e a transferindo para o seu obstetra.

Na mesma linha temos o direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, no título voltado à ordem social, tendo como objetivo garantir a justiça social e o bem-estar de todos os brasileiros invocando o princípio da igualdade (MOURA 2013).

Os artigos 6º e 196 da Constituição Federal Brasileira tratam do assunto, note:

Artigo 6º – São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Artigo 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2016).

Na violência obstétrica à saúde da mulher é atacada quando a esta é negada a assistência médica ou hospitalar adequada, quando as gestantes tem atendimento recusado ou retardado, conforme será tratado ao longo deste trabalho. Lançadas entre as maternidades e hospitais, essas mulheres tem a sua saúde debilitada e até mesmo agravada pela preambulação na busca de leitos nas unidades de saúde brasileiras. Moura dá o conceito de saúde no qual afirma que “[...] hoje não é mais considerada como ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, mental e social do homem [...]” (MOURA, 2013). Assim, podemos ainda classificar como ofensa ao direito fundamental da saúde as ofensas psicológicas que acometem as mulheres no processo de trabalho de parto, no qual passam a ser pressionadas a não expressar dor ou mesmo de forma jocosa tem sua intimidade exposta.

No tocante aos direitos sexuais e reprodutivos admitindo, com base na perspectiva axiológica e principiológica da Constituição Federal, que os direitos reprodutivos devem ser concebidos como direitos fundamentais, torna-se latente que a prática desses direitos deve ser assegurada pelo Estado, seja por meio de políticas públicas que assegurem o amplo acesso da população ao planejamento familiar, compreendendo as técnicas de reprodução assistida e contracepção ou pelo amparo à gestante e parturiente, como forma de promover uma inserção destes indivíduos no contexto democrático, assegurando a redução da desigualdade social, reforçada, no âmbito dos direitos reprodutivos, pela diferença de oportunidade de acordo com a classe econômica e escolaridade.

Categoricamente as mulheres sofrem restrições ao domínio do seu corpo, divergente do que acontece com o gênero masculino, a titularidade do corpo reprodutivo da mulher afeta a fruição dos direitos femininos na contemporaneidade, notadamente os que dizem respeito à liberdade de crença, à vida e à saúde. Caso notório ocorreu com Adelir Góes, que foi

conduzida de forma coercitiva a realização de uma cesárea por ordem judicial, negando a sua autonomia reprodutiva e até mesmo sexual, no próximo capítulo esse caso será abordado com maior riqueza de detalhes.

O direito a informação e autonomia são abnegados a gestante, que momentaneamente, é banida do poder de se autodeterminar e, mais especificamente, de decidir sobre o próprio corpo, por dispositivos de exceção válidos em estado de normalidade que só a ela atingem (incluindo e excluindo-a do ordenamento normativo).

Sobre o tema, Dworkin defende que, no caso dos presos, os motivos que o levaram ao encarceramento compulsório, ainda que reprováveis, não autorizam que eles venham a ser tratados como meros objetos (BAEZ, 2015, p.60⁴ apud DWORKIN, 2003, p. 310), valendo-se do mesmo pensamento não podemos encarar a mulher como um instrumento de formalização para o parto, pensado-a de maneira “instrumentalizada” como os que ocorrem, nos casos de abuso obstétrico, quando tratada com um meio ou objeto para um determinado fim, não se levando em conta sua autonomia e ou poder de decisão.

Quanto à natureza e eficácia da dignidade da pessoa humana, na obra “Teoria dos direitos fundamentais” (2017), Alexy postula a existência de duas normas da dignidade humana: uma regra da dignidade humana e um princípio da dignidade humana, ou seja, a norma da dignidade humana é em parte regra e em parte princípio. Além disso, algumas condições de precedência conferem altíssimo grau de certeza de que tal princípio prevalecerá contra princípios colidentes, e isso confere a impressão de um caráter absoluto para o princípio da dignidade humana, uma vez que há uma série de condições sob as quais o princípio prevalecerá em face de outros princípios. Conforme Alexy:

O fato de que, dadas certas condições, ele prevalecerá com maior grau de certeza sobre outros princípios não fundamenta uma natureza absoluta [...] significando apenas que, sob determinadas condições, há razões jurídico-constitucionais praticamente inafastáveis para uma relação de precedência em favor da dignidade humana. (ALEXY, 2017, p. 114).

No Brasil, como signatário do tratado internacional de Direitos Humanos, outra não poderia ser sua realidade legislativa, o que fez a Constituição Federal elevar a condição de princípio fundamental em seu artigo 1, inciso III, estimando seu valor constitucional supremo. Dessa forma, sua interpretação causa uma tridimensionalidade, conforme ensina Luís Roberto

⁴ BAEZ, Narciso Leandro Xavier. A morfologia dos direitos fundamentais e os problemas metodológicos da concepção de dignidade humana em Robert Alexy. In: Dignidade humana e direitos sociais e não-positivismo. Org.: Robert Alexy, Narciso Leandro Xavier Baez, Rogério Luiz Nery da Silva. Florianópolis: Qualis 2015.

Barroso, dividindo os temas em três conteúdos essenciais: o valor intrínseco da pessoa humana, a autonomia da vontade e o valor social da pessoa humana. Segundo o autor:

[...] O valor intrínseco representa os planos filosófico e jurídico da dignidade e “Trata-se da afirmação de sua posição especial no mundo, que a distingue dos outros seres vivos e das coisas. Um valor que não tem preço.” [...] a autonomia da vontade, sendo esta seu elemento ético e também jurídico. A autonomia da vontade está atrelada à capacidade de autodeterminação, ou seja, à capacidade de o indivíduo poder decidir livremente sobre seus valores morais e escolhas individuais (religião, ideologia, vida afetiva, trabalho, etc.) sem que haja imposições externas inconvenientes afetando sua autonomia, sendo para isso, essencial para a autodeterminação que haja acesso à informação e ao *mínimo existencial*. [...] terceiro conteúdo da dignidade, temos o valor social ou valor comunitário da pessoa humana, que representa o indivíduo em relação ao grupo social do qual é membro e com os quais compartilha valores e crenças e que, ao mesmo tempo, é limitado em sua liberdade individual por esses mesmos valores e crenças compartilhados [...]. (BARROSO, 2012, p, 29-70).

Merecido respeito e relevância aos dois primeiros conteúdos essenciais da dignidade da pessoa humana, optou-se por uma análise mais criteriosa quanto ao terceiro conteúdo, que adverte que a dignidade deve ser observada com extrema cautela, principalmente pelo Estado, já que sua inobservância pode gerar abusos por parte desse e extensível a toda comunidade, que em um discurso insipiente que justifique políticas paternalistas que só servem para enfraquecer direitos fundamentais. A prevenção de qualquer imposição incoerente com a dignidade da pessoa humana, seja de valores sociais, deve ser precedida de uma fundamentação consistente, que não poderá ainda assim descartar a existência de direitos fundamentais, frente à existência de um risco direto ao direito de outras pessoas (BARROSO, 2012).

Antiga e comum é a leitura que temos da mulher na reivindicação por isonomia nos Direitos Humanos. O aviltamento de sua dignidade, nos moldes kantianos se desfaz quando abordamos pontos específicos, como trabalho, educação e até mesmo ao próprio corpo. Em um raso exame sobre a rotina de partos no Brasil, facilmente será identificado ofensa direta a perspectiva dos conteúdos essenciais da dignidade humana apresentados por Barroso, sequencialmente, um por um, tem sua violação em algum ponto, pois desde o início até o fim do trabalho de parto a mulher passa a ser vista não mais como um ser dotado de direitos e deveres, mas sim uma incubadora do Estado.

Com ofensas a sua integridade física e psicológica as mulheres passam por procedimentos que vão desde a ausência de informação/consentimento sobre práticas médicas a serem exercidas sobre seus corpos, até a barbárie de mutilação de órgão genital como ocorre na episiotomia. Segundo Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana é violada quando a autonomia passa a ser desconsiderada e atrelada a tratamento degradante e vexatório:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade,

implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2007, p. 23).

As ações médicas nos partos brasileiros traduzem uma realidade intervencionista, em sua grande maioria como total, ou seja, desconsidera-se em muitos casos a autonomia da própria parturiente, e passa-se o total domínio ao profissional de saúde, fato esse não incomum desde a cientificação do parto. Ao ceder domínio aos médicos para atuar em um ofício que era desenvolvido em ambientes domésticos, quase sempre entre a gestante e sua parteira, que permitia a mulher controle e participação ativa, dando diretrizes da sua escolha e bem-estar, altera-se o cenário do parto em sua plenitude. Carmen Simone Grilo Diniz - formada em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e participante da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” - assim descreve a cultura da intervenção médica no parto:

No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (Magalhães, 1916). O modelo de assistência acima descrito, da sedação completa associada ao parto instrumental, foi abandonado após várias décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável. Porém, com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (Martin, 1987). [...] Na metade do século 20, o processo de hospitalização do parto estava instalado em muitos países, mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Tew, 1995). Não sem resistência das parteiras, em alguns países a obstetrícia não médica, leiga ou culta, foi ilegalizada, assim como o parto não hospitalizado. No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986). (DINIZ, 2005, p. 629).

Essa instrumentalização do indivíduo proposta (Mold & Stein, 1986) e duplamente oposta a um ataque a dignidade humana para Ingo Sarlet (2007) que de forma analítica recorre aos discursos de Dworkin e Kant, afirmando que ao coisificar o indivíduo, ainda que sob uma frágil justificativa de ser um meio para se atingir um determinado fim não pode prevalecer vejamos:

[...] Dworkin, ao tratar do conteúdo da dignidade da pessoa humana, acaba reportando-se direta e expressamente à doutrina de Kant, ao lembrar que o ser humano não poderá jamais ser tratado como objeto, isto é, como mero instrumento

para realização dos fins alheios, destacando, todavia, que tal postulado não exige que nunca se coloque alguém em situação de desvantagem em prol de outrem, mas sim que as pessoas nunca poderão ser tratadas de tal forma que se venha a negar a importância distintiva de suas próprias vidas. Neste contexto, vale registrar, ainda, que mesmo Kant nunca afirmou que o homem, num certo sentido, não possa ser “instrumentalizado” de tal sorte que venha a servir, espontaneamente e sem que com isto venha a ser degradado na sua condição humana, à realização de fins de terceiros, como ocorre, de certo modo, com todo aquele que presta um serviço a outro. Com efeito, Kant refere expressamente que o homem constitui um fim em si mesmo e não pode servir “simplesmente como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade”. Ainda nesta perspectiva, já se apontou — com razão, assim o parece — para o fato de que o desempenho das funções sociais em geral encontra-se vinculado a uma recíproca sujeição, de tal sorte que a dignidade da pessoa humana, compreendida como vedação da instrumentalização humana, em princípio proíbe a completa e egoística disponibilização do outro, no sentido de que se está a utilizar outra pessoa apenas como meio para alcançar determinada finalidade, de tal sorte que o critério decisivo para a identificação de uma violação da dignidade passa a ser (pelo menos em muitas situações, convém acrescentar) o do objetivo da conduta, isto é, a intenção de instrumentalizar (coisificar) o outro. (SARLET, 2007, p. 22).

Com essa definição, pode-se atribuir o momento do parto a uma instrumentalização da mulher, cujo foco naquele ato está no nascituro. E sob o discurso grotesco de que os fins justificariam os meios, ocorrem os abusos aos direitos femininos, culminando na violência obstétrica, sendo colocada de lado autonomia e poder decisório da gestante. Ressalta-se ainda que não se trata de propor a transferência total e irrestrita do parto à gestante, mas sim de realizar os procedimentos com seu consentimento informado, conforme será tratado ao longo deste trabalho.

2.3 Os direitos fundamentais das mulheres nas constituições até 1988

A Constituição 1988 em seu preâmbulo, já indica a construção de um Estado Democrático de Direito, que tem por papel implementar medidas e políticas a fim de assegurar o exercício de direitos e garantias individuais das mais variáveis, como direitos sociais, liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e a justiça, como valores intocáveis e instituídos, inclusive, por cláusulas pétreas. Alicerçando a nova democracia, O Brasil optou por valorizar a cidadania e a própria dignidade da pessoa humana (art. 1º, II e III). Guiados pela busca da construção de um Estado Democrático de Direito, balizados então em Direitos Fundamentais, foram os elementos responsáveis pelo título de Constituição Cidadã:

Assim, a Constituição brasileira, promulgada em 1988, acabou absorvendo grande parte das reivindicações do movimento de “Participação Popular na Constituinte”, institucionalizando várias formas de participação da sociedade na vida do Estado, sendo que a nova Carta Magna ficou conhecida como a “Constituição Cidadã” pelo fato de, entre outros avanços, ter incluído em seu âmbito mecanismos de participação no processo decisório federal e local. Com referência à participação direta, a

Constituição destaca o referendo, o plebiscito e a iniciativa popular. (DINIZ, 2008, p. 136).

Tortuosa foi a jornada até chegarmos aos ideais de igualdade propagados pela Constituição 1988, pois, as mulheres tiveram que traçar um longo percurso, já que durante muitos séculos viveram a margem da sociedade, tendo seus direitos negados por políticas machistas que insistiam em negar a elas todo e qualquer direito, inclusive aqueles ligados ao domínio do seu próprio corpo, ensina Foucault (1988, p.98):

Na obra *História da sexualidade I: a vontade de saber*, Michel Foucault (1988) relata um período (a partir do século XVIII) em que o corpo feminino era considerado desprovido da sensação de prazer. A mulher era útil apenas à procriação e aos cuidados domésticos. Na literalidade do autor: “Histerização do corpo da mulher: tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado — qualificado e desqualificado — como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação.”.

Os espaços legislativos em sua formação histórica eram marcados por uma presença majoritariamente masculina e elitizada, já as mulheres cabia apenas o papel de administração do ambiente doméstico no qual a submissão era característica intrínseca de sua colocação social à época, importante considerar que, a despeito de serem maioria numérica da população e do eleitorado brasileiro, as mulheres são, de forma expressiva, minoria normativa (SANTOS *et al.*, 2016).

Ao longo das Constituições brasileiras a mulher foi ganhando espaço, autonomia e respeito. A Constituição de 1824, em seus artigos 116 e seguintes negava o reconhecimento à mulher do status de cidadã, conferido apenas ao gênero masculino, que igualmente detinha exclusividade no direito ao voto e trabalho privado: (BRASIL. Constituição 1824). A mulher era doutrinada e oprimida, negadas eram as suas escolhas a qualquer opção que fugisse ao casamento e procriação. Conforme ensina Santos (2006, p.114):

Apenas em 1879 o governo brasileiro possibilitou às mulheres cursarem o ensino de terceiro grau, mas as que buscaram este caminho estavam sujeitas ao preconceito social por seu comportamento contra a “natureza”. Os direitos enumerados foram: “Ele nunca lhe permitiu exercer seu direito inalienável ao voto; ele a tornou, se casada, civilmente, morta; ele lhe tirou todo direito à propriedade, até mesmo ao salário que ganha [...] tornando-se, para todos os fins, seu senhor; ele redigiu de tal modo as leis de divórcio [...] que elas ficaram totalmente indiferentes à felicidade das mulheres [...]; ele monopolizou todo trabalho lucrativo [...]; eles lhes têm negado condições pra obter educação plena [...]; ele criou um falso sentimento público por meio da outorga, ao mundo, de códigos morais diferentes para os homens e para as mulheres.

Cerca de cento e dez anos se passam até que a mulher, na vigência da Constituição de 1934, que buscou inspiração no novo constitucionalismo do pós-guerra, e desta forma o Estado proferiu a declaração daquilo que para muitas mulheres era um tratamento desumano e desrespeitoso, que foi a de isonomia entre os sexos, entre outros direitos como vedar as diferenças de salários para um mesmo trabalho por motivo de sexo; proibiu o trabalho de mulheres em indústrias insalubres; e ainda garantiu à assistência médica e sanitária à gestante e descanso antes e depois do parto, através da Previdência Social. (BRASIL. Constituição 1934). Três anos após a Constituição de 1937, acresce como sendo um de seus dispositivos o direito de votar as mulheres. Momento em que as mulheres iam ganhando espaço na sociedade, com a equiparação dos seus direitos aos dos homens:

Na constituinte de 1934, dois anos após autorização no nível federal, houve uma representante do sexo feminino, a primeira deputada do Brasil: Carlota Pereira de Queirós. No próximo tópico, serão examinados os pensamentos que permeavam a sociedade da época. Todavia, no âmbito federal, as mulheres foram excluídas, pois houve uma atitude legal patriarcal nas Constituições de 1937 e 1967, bem como na Emenda Constitucional de 1969. (SANTOS, 2006, p. 119).

Já em 1946, com a implementação de uma ditadura, gerou-se retrocesso nos direitos femininos, uma vez que a expressão "sem distinção de sexo" no que se refere à isonomia conferida a todos perante a Lei foi extirpada da nova Constituição. A mulher volta a ser considerada incapaz para diversos atos da vida civil, que somente seriam supridos pelo casamento. As mulheres brasileiras, apesar da exclusão constitucional mencionada acima, empreenderam-se em lutas em prol de seus direitos civis nos anos 50 (SANTOS, 2006).

O estatuto da mulher casada em 1962, considerado por muitos como um avanço, seguia sem expressividade no âmbito constitucional, já que na Constituição de 1967 a única modificação estava ligada ao campo da aposentadoria, que trazia a redução do tempo de contribuição para mulher e permanecendo assim intocável até 1969 (SANTOS, 2006).

Foram muitos anos de clausura, dominação e desrespeito as mulheres, razão pela qual os movimentos feministas pelo mundo⁵ todo reivindicavam a igualdade dos gêneros. Tido como o movimento mais amplo de mulheres, tais movimentos diferencia-se por defender os

⁵ Podemos identificar três padrões de mobilização política dentro dos que se identificam como movimento de mulheres na América Latina pós-regimes militares: • Os grupos de direitos humanos de mulheres voltados para a luta por anistia política, pelo retorno de exilados, banidos, pela proteção aos presos político e pela denúncia sobre os desaparecidos. Exemplo de destaque dessa prática são o Movimento Feminino pela Anistia no Brasil e as Madres de la Plaza de Mayo; • Os grupos e organizações feministas; • As organizações de mulheres urbanas pobres articuladas geralmente através do bairro, em associações e federações, em torno de demandas como o aumento do custo de vida, a melhoria do transporte, o saneamento básico, as creches, a saúde pública etc. Esses grupos geralmente são frutos da atuação da Igreja Católica (Comunidades Eclesiásticas de Base) ou de partidos políticos

interesses de um gênero em especial, o feminino, promovendo verdadeiros questionamentos culturais e políticos definidos ao longo de toda uma história de civilização humana (ÁLVAREZ, 1990, p. 23).

No Brasil, os reflexos de humanização do direito propulsionaram a elaboração da nossa então vigente Constituição da República de 1988, única até então capaz de implantar e, ao mesmo tempo, garantir isonomia entre homens e mulheres. Igualdade de todos perante a lei, nos termos do art. 5º, inciso I, sem distinção de qualquer natureza; assim, homens e mulheres passam a figurar em pé de igualdade em direitos e obrigações, seja na vida civil, no trabalho, e até mesmo na família, território exclusivamente masculino até então (SANTOS, 2006).

A legalidade na atuação do Estado como impeditivo de arbitrariedades, determinando que nenhum indivíduo será submetido a nenhuma prática a não ser em virtude de lei (art. 5º, inciso II). As liberdades individuais enfocam e emanam princípios utilizados no balizamento dos Direitos Humanos, para as mulheres, especialmente no que pertine à Proibição de tortura, seja ela de cunho físico ou psicológico envoltos em práticas obstétricas brasileiras, ou mesmo no tratamento desumano ou degradante (art. 5º, inciso III), já que regularmente temse a triste notícia das condições de hospitais e maternidades nacionais; ou ainda, na inviolabilidade da intimidade, da vida privada e da casa (art. 5º, inciso X) onde mulheres são sujeitas a procedimentos que acabam por anular sua intimidade e vida como um todo.

O nosso desenvolvimento histórico e social traduz como o corpo das mulheres ainda estão sujeitos a um regime patriarcal, racista e patrimonialista (BAGGENSTOSS, 2019).

2.3.1 O Empoderamento Feminino e sua relação com quarta ordem de Direitos Fundamentais

Dentre a multiplicidade de gerações de Direitos, optou-se, no presente capítulo, destacar a quarta geração dos direitos do homem, visto que nela estão elencadas discussões que versam sobre a manipulação genética, à biotecnologia e à bioengenharia, além de criar reflexões filosóficas em torno de conceitos como vida e morte, exigindo-se um embate ético antecessor de qualquer aspecto constitucional ou não do assunto.

O questionamento que surge neste assunto parto, ingressa justamente nesse ponto, visto que não resta claro como os Direitos das mulheres são analisados quando colocadas em situação de parto, ou seja, qual o critério ético a ser utilizado quando na análise da manutenção

vinculados a um pensamento de esquerda. ÁLVAREZ, Sonia. Engendering democracy in Brasil: women's movements in transición politics. Pinceton: Princeton University Press. 1990. p.20

dos Direitos Fundamentais. Por isso, é de extrema relevância abordar o objetivo do empoderamento feminino tão presente na contemporaneidade.

Ao longo deste capítulo traçamos a diferença entre o desenvolvimento dos Direitos das mulheres em comparação ao homem, o distanciamento entre as políticas públicas e a legislação entre os gêneros sempre foi latente, historicamente a mulher sempre foi atribuída uma situação de vulnerabilidade de submissão. O primeiro discurso responsável por determinar os papéis sociais - e talvez o mais importante no Ocidente - é o do filósofo grego Aristóteles (384-322 AC), na medida em que enalteceu a racionalidade masculina em detrimento da feminina. Para ele, "entre os animais, é o ser humano que possui o cérebro mais desenvolvido, em proporção com o seu tamanho; como também o cérebro é maior nos homens do que nas mulheres" (ARISTÓTELES, 2010, p. 79).

Diante da construção dos discursos legais até então, uma afirmação é possível fazer, a de que a mulher não foi convidada a participar ou mesmo opinar sobre esses, o que justifica o surgimento de movimentos sociais, como o feminismo, que tentam recuperar uma autonomia e respeito que durante anos foram negados, em termos de conquistas de direitos e de reconhecimento social.

Sobre o argumento de consagração e respeito à vida, a mulher passa a ser vista pelo ordenamento de uma forma distinta do que a atribuída ao homem. Hipócrates (460-377 AC), Pai da Medicina, incorporou Platão e Aristóteles em seu discurso médico ao afirmar que o útero circulava no interior do corpo da mulher. Biologicamente, portanto, corroborava a fragilidade feminina (HIPÓCRATES, 2007).

É plenamente possível, a partir de análise de afirmações como essas de que o problema da desigualdade de gênero reside na definição sectária de feminino e de masculino, ou mesmo do papel que cada um recebeu na vida em sociedade. Valendo-se da microfísica do poder proposta por Foucault, a mulher passa a ser tratada de forma diversa na leitura dos seus direitos quando colocados em choque com o seu corpo e funcionalidade, Hazar, 2018 p.55:

Desse modo, no que tange a criminalização do aborto, os direitos femininos e a condição de sujeito da mulher são sacrificados, astuciosamente, em prol da defesa romantizada da continuidade da vida. O aborto passa, portanto, a ser revestido de conotação negativa, egoísta e reprovável que fere, a princípio, o direito à vida do nascituro.

É de suma importância à transformação do modo de pensar, erroneamente construído sobre a condição histórica feminina⁹, o start para a alteração tanto postulada pelo movimento feminista está pautado em se reinventar e ressignificar os conceitos de poderes a que foram ligados o corpo feminino e desconstruir a ideia de submissão em que foram alocadas. É neste

ponto que destacamos o papel do empoderamento feminino, considerando como o termo é conceituado pela autora brasileira Cecília Sardenberg (2012):

Para nós, feministas, o empoderamento de mulheres, é o processo da conquista da autonomia, da auto-determinação. E trata-se, para nós, ao mesmo tempo, de um instrumento/meio e um fim em si próprio. O empoderamento das mulheres implica, para nós, na libertação das mulheres das amarras da opressão de gênero, da opressão patriarcal. Para as feministas latino americanas, em especial, o objetivo maior do empoderamento das mulheres é questionar, desestabilizar e, por fim, acabar com o a ordem patriarcal que sustenta a opressão de gênero. (SARDENBERG, 2012, p. 2).

Nesse aspecto podemos relacionar o movimento de empoderamento feminino a quarta geração de Direitos Fundamentais, suscitada no capítulo anterior por Bobbio no qual percebemos a influência do movimento feminista na hermenêutica dos Direito das mulheres. As transformações na leitura dos direitos das mulheres evoca uma nova interpretação ética sobre os padrões Constitucionais vigentes até então, aplicáveis a ela, nesse sentido explica Habermas:

Os discursos éticos e morais, por outro lado, não pressupõem posições dadas de antemão, mas um intercâmbio entre os cidadãos que constituem a opinião pública e seus delegados nos corpos legislativos, pois os interesses e preferências de valores podem modificar-se discursivamente através do fluxo de informações e razões. (HABERMAS, 1994, p. 223)

Os discursos éticos, na seara do corpo feminino, especialmente na questão da procriação por exemplo, sempre estiveram voltados a uma sacralização do exercício dessa função de estabelecer a maternidade compulsória como verdade, a reprodução passa a ter conotação indissociável à mulher, controlando-se integralmente seja à vontade, a saúde e a sexualidade das mulheres à serviço de barriga de aluguel do mundo.

⁹⁹ Na obra História da sexualidade I: a vontade de saber, Michel Foucault (1988) relata um período (a partir do século XVIII) em que o corpo feminino era considerado desprovido da sensação de prazer. A mulher era útil apenas à procriação e aos cuidados domésticos. Na literalidade do autor: “Histerização do corpo da mulher: tríplex processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado — qualificado e desqualificado — como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação.” (FOUCAULT, 1988, p. 98).

Habermas propõe na análise desta quarta dimensão de direitos que os norteamentos destes institutos éticos estejam balizados na busca da autenticidade e possa de fato permitir que os implicados possam chegar ao autoentendimento a respeito de sua própria forma de vida, o que possibilita tanto a crítica como o fortalecimento da identidade coletiva. Para o autor, nos

discursos de autoentendimento não pode haver excluídos ou exceções como vemos na questão da maternidade, pois todos os membros do coletivo devem poder participar do discurso (HABERMAS, 1994, p. 223-4).

Os discursos morais, por fim, permitem que os participantes cheguem a um acordo sobre a validade das normas de ação que possam ser do interesse simétrico de todos. Assim como nos discursos éticos, a forma de escolha dos delegados deve assegurar a inclusão de todas as perspectivas relevantes, a qual também se pode modificar em função das informações e razões apresentadas discursivamente, que, por isso, requerem dos representantes sensibilidade para os fluxos de comunicação que emanam da esfera pública; ao contrário, contudo, dos discursos éticos de autoentendimento, o conjunto dos implicados não se limita somente aos membros de uma comunidade particular, mas a todos os seres humanos em geral, o que obriga a uma composição de delegados capazes de distanciar-se, até mesmo, do etnocentrismo de sua forma especial de vida (HABERMAS, 1994, p. 224-5).

As ideias de discurso, de democracia, de consenso, de agir comunicativo, de Justiça Comunicativa são necessárias no Direito atual, as diversidades sociais, sexuais e culturais, colocam em conflito essas análises essencialmente no tocante a mulher em razão das questões históricas já levantadas. A ação comunicativa dos cidadãos, como membros de uma sociedade livre, e maneira que uma norma se torna legítima configurando o chamado agir comunicativo⁶, ou seja, a chamada democracia participativa de Habermas.

Nesse sentido, o corpo feminino e suas facetas podem colaborar para o empoderamento de mulheres e para a conquista de direitos e reconhecimento. O corpo deve ser compreendido não como a prisão do ser, mas como sua libertação, não como castração, mas como um veículo que possibilita o exercício da autonomia privada feminina. Nesse sentido Habermans:

Dessa maneira, a autonomia privada e a pública pressupõem-se mutuamente. O nexo interno entre democracia e Estado de direito consiste em que se, por um lado os cidadãos, só podem fazer uso adequado da sua autonomia pública se forem suficientemente independentes em virtude de uma autonomia privada assegurada; por outro, só podem usufruir uniformemente a autonomia privada se, como cidadãos, fizerem o emprego adequado dessa autonomia política. Por isso, direitos fundamentais liberais e políticos são inseparáveis. A imagem da exterioridade e da interioridade é enganosa - como se existisse um âmbito nuclear de direitos elementares à liberdade, como a prerrogativa de poder pleitear prioridade diante dos direitos à comunicação e à participação. Para o tipo de legitimação ocidental, a cooriginariedade entre direitos

⁶ A teoria do agir comunicativo define o agir como um "processo circular no qual o ator é as duas coisas ao mesmo tempo: ele é o iniciador, que domina as situações por meio de ações imputáveis", bem como é o produto "das tradições nas quais se encontra, dos grupos solidários aos quais pertence e dos processos de socialização nos quais se cria" (Habermas, 1989, p. 166).

políticos fundamentais e direitos individuais fundamentais é essencial. (HARBEMANS, 2003, p. 69).

Nesse sentido, a hipervisibilização do corpo não é interpretada negativamente, mas como catalisador do empoderamento feminino, Habermas, por sua teoria, afirma a coexistência da autonomia privada e pública, com objetivo final ético para diminuição da desigualdade material e da qualificação dos cidadãos, assim, não podemos falar em Estado democrático, isonomia e até mesmo dignidade quando esses valores têm interpretação distinta aos gêneros, ou mesmo estados de exceção em sua análise. Ao resumir as manifestações do movimento feminista, a palavra igualdade é forte e expressiva a causa pois ela dá conotação a importância em se entender o porquê das leis terem participação do cidadão, e que no caso das mulheres enxergam muitas delas como algo externo e oposto à sua vontade.

Para Habermans a dignidade humana se efetiva, como princípio norteador, quando o direito válido é o positivado e a sua legitimação passou pela aprovação social, ou seja, quando é fruto da atividade do grupo social. Especialmente no Brasil podemos verificar a incapacidade do Estado lidar com a questão dos direitos das mulheres, no curso histórico da legislação, ela foi posta a margem e silenciada em suas manifestações. Trazer as mulheres ao centro de controle de seus corpos, legitimar e efetivar a dignidade humana que por anos lhes foram negadas está diretamente relacionado a humanização do parto, conforme veremos a seguir, pode ser a forma de resgate, da supressão de sua condição de sujeito de direitos em um estado democrático.

2.4 Consentimento e autonomia da parturiente na ótica dos direitos fundamentais

A origem e o fundamento que balizam a expressão humanização do parto emergem das recentes diretrizes médicas, que desde Janeiro de 2016, através da resolução nº1/2016, prioriza ações de saúde que pugnem pela constante e consciente atuação não apenas da equipe médica, mas como do próprio paciente, com vistas a associar o poder de escolha deste com a devida atuação médica.

Diferentemente disso, não poderia ser no procedimento do parto, que exige cada vez mais participação e decisão da parturiente neste particular. Dispostos no Capítulo IV, do artigo 22 do Código de Ética Médica, está o consentimento informado, insculpido como dever

deste profissional⁷, proceder e ainda obter de seu paciente autorização para sua submissão a todo e qualquer procedimento, ressaltada sua liberdade e esclarecimento, somente desconsiderada em caso de eminente risco de vida. Joaquim Clotet afirma que o

[...] consentimento informado é uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências. É o diálogo entre paciente e médico, por meio do qual, ambas as partes trocam perguntas e informações culminando com o acordo expresso do paciente para uma intervenção cirúrgica, ou para um determinado e específico tratamento ou exame. (CLOTET, 2000, p. 11). Exercida sob o extinto paternalismo, que atribuía ao médico todo e qualquer poder

decisório sobre o corpo e saúde do paciente, a visão contemporânea influenciada pelos espíritos dos direitos e garantias fundamentais procedeu à alteração dessa concepção, vigorando na ética médica a atinência aos seguintes comandos:

Art. 46 – É vedado ao médico: “Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida”. [...]

Art. 59 – É vedado ao médico: “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu representante legal”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Anos após a promulgação da Constituição de 1988, acompanhado tendências mundiais, o Código Civil de 2002, até então vigente, positivou a necessidade do consentimento informado, em seu artigo 15⁸, bem como a punição ao seu descumprimento, e outro não tem sido o entendimento do STJ, conforme as decisões a seguir:

RESPONSABILIDADE CIVIL. Médico. Consentimento informado. A despreocupação do facultativo em obter do paciente seu consentimento informado pode significar - nos casos mais graves - negligência no exercício profissional. As exigências do princípio do consentimento informado devem ser atendidas com maior zelo na medida em que aumenta o risco, ou o dano. Recurso conhecido. (REsp 436827/SP. Julgado 01/10/2002 Relator: Ministro Ruy Rosado de Aguiar). "INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. CONSENTIMENTO INFORMADO. INOBSERVÂNCIA DO ART. 15 CC/02. PRECEDENTES. DANO MATERIAL. PERDA DA CHANCE. DANO MORAL CONFIGURADO. O paciente deve participar na escolha e discussão acerca do melhor tratamento tendo em vista os atos de intervenção sobre o seu corpo. Necessidade de informações claras e precisas sobre eventual tratamento médico, salientando seus riscos e contraindicações, para que o próprio paciente possa decidir, conscientemente, manifestando seu interesse através do consentimento informado. No Brasil, o Código de Ética Médica há muito já previu

⁷ 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 França, G. V. D. (1994). Comentários ao código de ética médica. In Comentários ao código de ética médica.p. 19.

⁸ Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

a exigência do consentimento informado ex vi arts. 46, 56 e 59 do atual. O CC/02 acompanhou a tendência mundial e positivou o consentimento informado no seu art. 15. A falta injustificada de informação ocasiona quebra de dever jurídico, evidenciando a negligência e, como consequência, o médico ou a entidade passa a responder pelos riscos da cirurgia não informados ao paciente. A necessidade do consentimento informado só poderá ser afastada em hipótese denominada pela doutrina como privilégio terapêutico, não ocorrentes no presente caso. (REsp 1035346 . Publicação em 24.03.2008. Relator Ministro Francisco Falcão).

Não obstante, a proteção e a valorização da autonomia do paciente, ainda tem sido imatura e precária a colheita do consentimento informado quando a temática envolve partos, já que a maioria das queixas gira em torno da total ausência de autorização ou mesmo ciência dos atos que iriam sofrer. E é partindo do consentimento informado que podemos chegar a algo que comumente vem sendo denominada humanização do parto, que de acordo com Pinheiro (1993), seria prática essencial, urgente e necessária, capaz de garantir o mais amplo sentido de respeito ao paciente. Ainda segundo a autora, o implemento de medidas que visem garantir um tratamento sensível, respeitoso e solidário, que passa por toda uma reformulação de todos os envolvidos, essencialmente equipe médica que com posturas que assumam a interação e respeito com o paciente (PINHEIRO, 1993).

A passos lentos, o Estado brasileiro tenta avançar nesta humanização, com a recomendação da OMS datada do ano de 1985, a presença de um acompanhante a mulher em trabalho de parto, entretanto, foi somente que 2005 que sua positivação ocorreu por meio da Lei Federal 11.108/05, que entre outras garantias, tem como principal a legalidade de exigência ao acompanhante tanto no pré-parto, quanto no parto e pós-parto. A ausência de punição implica em vários descumprimentos, de acordo com a Rede Parto do Princípio (2012).

Apesar de ausente legislação Federal que vise implementar rotinas e punições ao chamado parto humanizado o Ministério da Saúde publicou por meio da Portaria 353/2017, diretrizes bem assemelhadas à sancionada a Lei do Parto Humanizado (15.759/2015) da assembleia legislativa do Estado de São Paulo, primária de outras como a exemplo da Lei 23.175/18 do Estado Minas Gerais. Sendo seus pontos de destaque e comuns:

- a) Direito à anestesia em parto normal e escolha de métodos de alívio da dor. Apesar de não ser regra no SUS a anestesia em parto normal quando solicitada pela gestante, além da opção de métodos não farmacológicos de alívio da dor;
- b) Direito ao Plano Individual de Parto. Feito a partir da orientação especializada durante o pré-natal, indicará o tipo de parto preferencial e opções sobre anestesia, acompanhante e monitoramento cardíaco-fetal;
- c) As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto só poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.
- d) Garantia do exercício do direito a um acompanhante. Que acentua a já existente lei federal que garante o direito a um acompanhante. E é direito de todas as gestantes indicarem já no pré-natal e permanecer com um acompanhante durante

todo o parto; e) o direito a ser informada, de forma clara, precisa e objetiva, sobre todas as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o bem-estar físico e emocional da gestante e do recém-nascido;

f) Saber com antecedência onde será realizado o parto. A gestante será informada ainda durante o pré-natal sobre a unidade de saúde à qual deve se dirigir na hora do parto;

g) Será objeto de justificação por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, à adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta lei classifiquem como: (desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro; de eficácia carente de evidência científica; suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira);

h) Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificação de que trata este artigo: (a administração de enemas; a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto; os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo; a amniotomia; a episiotomia, quando indicado).

Os comandos imperativos fazem a compreensão de ao menos dois pontos primordiais no que concerne a humanização do parto: o primeiro afirma quaisquer que sejam os estabelecimentos de acolhimento da gestante, que devam primar pelo respeito a sua dignidade enquanto mulher, se estendendo a seus familiares e até o nascituro. A segunda e não menos relevante se instaura na adoção de medidas e procedimentos direcionados ao pré-parto, parto e pós-parto, a fim de elidir práticas intervencionistas desnecessárias, que só se justificam pela tradicionalidade de sua incidência, mas que cientificamente em nada contribuem para o bem-estar de mãe e bebê, e com mesma frequência acabam por resultar em maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Contudo, a prática da violência revela que além de procedimentos ineficazes e evasivos, as mulheres ainda têm de ser submetidas ao consentimento informado viciado, realizados por médicos que, por deter o conhecimento, se utilizam dessa posição para influenciar a decisão da parturiente ao sentido que melhor o convier, nesse sentido alguns depoimentos do documento Parto do Princípio¹³, que 2012, entregou para a CPMI da Violência

¹³ A Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa¹ é composta por mais de 300 mulheres em 22 Estados brasileiros e que trabalham voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e

contra a Mulher o Dossiê “Parirás com dor”, sobre violência obstétrica. Nesse documento, foram reunidas informações sobre a violência institucional na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento:

“Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea.” Patrícia Reis

França, em entrevista para a Folha de São Paulo do dia 20 de novembro de 2011. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 120).

Desde 1994, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia alerta e norteia a ética nos cuidados ginecológicos e obstétricos norteados por uma autonomia respeitável, consciente e observada (CREMESP, 2011, p. 8).

No relato abaixo foram completamente ignorada as pacientes:

"Meu obstetra, que era meu médico há 9 anos, me disse que meu bebê não nasceria de parto normal porque meu colo de útero estava ainda grosso e ela não estava encaixada com 39 semanas de gestação. Marcou a cesárea para dali a alguns dias. Procurei outro profissional e tive meu parto normal com 41 semanas." Eleonora Moraes, atendida através de plano de saúde em Ribeirão Preto-SP. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 120).

"Sentindo dores desde às 6 da manhã, meu médico me diz às 15h da tarde de sábado, que o 'termômetro para parto normal' dele estava quebrado e por parto normal o bebê não nasceria antes da meia noite. Quando entrei na sala de cirurgia, uma enfermeira fez o toque e viu que tinha 9 cm de dilatação. Se esperassem uma ou duas horas, eu teria condição de ter o parto normal como planejei nos 9 meses anteriores. Porém, a equipe já estava toda montada para a cirurgia e foi feita uma cesárea sem me dar outra opção." Luana Amorim, atendida na Maternidade Lilia Neves através de plano de saúde Campos dos Goytacazes-RJ. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 120).

A tutela da dignidade de todos os indivíduos é função essencial do Estado, que em muitas vezes tem de se valer de ações positivas, que inibam a violação desses preceitos (SALERT, 2007, p. 22). Não apenas o reconhecimento da prática como aquela que é almejada pelo Estado Brasileiro, mas, sobretudo devemos, a exemplo de outras nações como Venezuela e Argentina, que ao tipificar a conduta garantem a sua diminuição, diferentemente do que ocorre com a lei do acompanhante criticada muitas vezes por sua ineficácia.

A isonomia de gêneros é um pilar da Constituição Brasileira, que repudia toda e qualquer forma de discriminação entre gêneros, raças e credos. Considerando que o campo da maternidade, ainda é algo exclusivo ao gênero feminino, por sua condição biológica, Aguiar conclui que as dificuldades enfrentadas tratam-se de violência de gênero:

Desta forma, se considerarmos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência

nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde. DO PRINCÍPIO, Rede Parto. Violência obstétrica "parirás com dor". 2012.

neste campo é fundamentalmente uma violência de gênero. [...] Estes maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que

seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica. (AGUIAR, 2010, p. 25).

Ignorar o desrespeito a qual a mulher brasileira é submetida no momento do parto, vai além do que simplesmente gerar um conceito novo para a violência, transforma o próprio Estado, responsável por combatê-lo em seu maior aliado.

A simples inércia na promoção de medidas punitivas ou ainda imperativas faz do Estado promovedor de uma violência que acomete apenas as mulheres, colocando-as em situação de desigualdade, já que medidas materiais não são postas em prática, e até hoje convivemos com ações que tem como único objetivo demonstrar a dominância do médico sobre o corpo da paciente, com a justificativa frágil e ignorante de ser este ser o único dotado da capacidade intelectual para dirigir o ato, o que historicamente é refutável.

2.4.1 A humanização do parto como forma de diminuição da violência.

Diametralmente oposto aos deslindes ocasionados pela violência obstétrica, está a humanização pelo parto. De acordo com o dicionário, humanizar vem de humano + Izar, que significa 1. Tornar humano; dar condição humana. 2. Ato de humanização. 3. Tornar benévolo. 4. afável, tratável. 5. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar (FERREIRA, 2004). Em uma posição de ataque, a ideia contemporânea de concepção do parto, que faz do procedimento uma industrialização da mulher e do momento de nascimento, o movimento de humanização do parto, luta e busca por meio da divulgação de informações as mulheres e seus familiares os benefícios de um parto em condições humanas, leciona Reis e Patrício, (2005, p. 6):

[...] a humanização da assistência perpassa, seguramente, pela qualidade da assistência prestada no pré-natal: pelo envolvimento da mulher, sua família e demais acompanhantes, no processo de gestar e parir, talvez, antes mesmo da concepção, considerando suas limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas para conceber; pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração de seus saberes com os saberes científicos da equipe de saúde.

O parto humanizado estaria caracterizado pelas diversas práticas e ou procedimentos capazes de buscar e ao mesmo tempo readequar o processo do parto de uma perspectiva cada vez menos médica/hospitalar, partindo da concepção de que tanto parturiente e o nascituro estariam envolvidos em um processo natural da vida desses, e que a intervenção médica ou mesmo a proceduralização do fato pode torna-lo desumano e por muitas vezes degradantes, novamente Reis e Patrício (2005, p.6):

[...] a humanização da assistência perpassa, seguramente, pela qualidade da assistência prestada no pré-natal: pelo envolvimento da mulher, sua família e demais

acompanhantes, no processo de gestar e parir, talvez, antes mesmo da concepção, considerando suas limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas para conceber; pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração de seus saberes com os saberes científicos da equipe de saúde.

Ademais, é criterioso destacar que o termo “parto Humanizado”, jamais deve ser interpretado como sendo uma espécie do gênero parto. Vários e importantes são os detalhes externos que o definem como assim sendo. Tem que se compreender de forma clara que se trata de um processo e não apenas o resultado de um produto final. Assim são classificadas várias condutas, como sendo possíveis de atribuírem a humanização ao parto, já que visam garantir o bem estar da mulher e do bebê: (a) o banho, que traz benefícios porque favorece uma boa circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto; (b) a dieta livre é justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal; (c) a deambulação, que abrevia o tempo de trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação; (d) a massagem, que alivia pontos de tensão e promove relaxamento; (e) o estímulo à micção espontânea que no trabalho de parto diminui a retenção urinária e o desconforto nas contrações e (f) a respiração, que promove e restitui autocontrole e oxigenação materno-fetal, deverá ser espontânea durante as contrações. Se a mulher encontrar dificuldade de respirar durante as contrações, deverá ser estimulada a soprar lentamente para restabelecer a respiração normal. Uma respiração profunda após a contração deve ser estimulada para promover o relaxamento e a re-oxigenação da placenta (BASILE, 2004).

Em um país com alta taxa de mortalidade materna, como é o caso do Brasil, dado esse apurado na CPI da mortalidade materna, demandou-se a necessidade de reduzir este quadro materno e inclusive neonatal. Assim, desde 2002, foi instituído o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Tendo como foco, assegurar, bem como melhorar, o acesso e a cobertura de qualidade no acompanhamento pré-natal, e igualmente na assistência ao pré-parto e pós-parto tanto para a gestante como ao recém-nascido, na prevalência e respaldo dos direitos de cidadania.

2.4.2 As diretrizes da organização mundial de saúde e a importância da humanização

Conforme iniciado no tópico anterior o Programa Nacional de Humanização no PréNatal e Nascimento, busca direcionar o tratamento que deve ser dispensado a gestante, extensivo aos seus familiares e inclusive ao recém-nascido. Ressaltando a necessidade de adoção de práticas éticas por parte dos profissionais da saúde, rompendo com o isolamento e

violações a que as mulheres são submetidas, rompendo com práticas já tidas como desnecessárias ainda que tradicionais. Assim tal conceito está apoiado nas seguintes portarias GM/MS n.º 569 de 1/06/00 – Institui o Programa, Portaria GM/MS nº 570 de 1/06/00 – Estabelece incentivos Componente I, Portaria GM/MS n.º 571 de 1/06/00 – Define o Componente II, Portaria GM/MS n.º 572 de 1/06/00 – Pagamento do Parto, Portaria GM/MS n.º 9 de 5/07/00, republicada em 01/09/00 – Define o Termo de Adesão. Portaria GM/MS n.º 356 de 22/09/00 – Define o Sistema Regulatório e Destinação de Recursos para investimento na rede hospitalar. Portaria Conjunta n.º 27 de 03/10/00 – Fixa os limites por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC, dos adicionais relativos aos procedimentos da Portaria GM/MS n.º 572/00⁹.

As ações brasileiras são reflexas a aquelas tomadas pela organização Mundial da Saúde (OMS), que em sua publicação do ano de 2018, disciplinou 56 recomendações que envolvem o antes, durante e depois do parto. Sustentando a importância de temas tão simples e de baixo custo de implementação, como o direito ao acompanhante, escolha da posição e até mesmo, porque não, o momento de expulsão do feto do útero materno.

A relevância da humanização, e até mesmo o implemento de políticas assistencialista é de suma relevância, considerando seu potencial em garantir um momento único, como é o caso do parto, fazendo com que ele possa, de fato, ser experimentado de forma positiva e enriquecedora e não fonte geradora de enormes e inesquecíveis males e traumas.

Vários já são os projetos de Lei em trâmite perante o Congresso Nacional que visam conferir essa humanização do parto, conforme já citados anteriormente neste trabalho, instituindo assim verdadeiras obrigações de caráter personalíssimo, a aqueles destinados a condução do procedimento de parto:

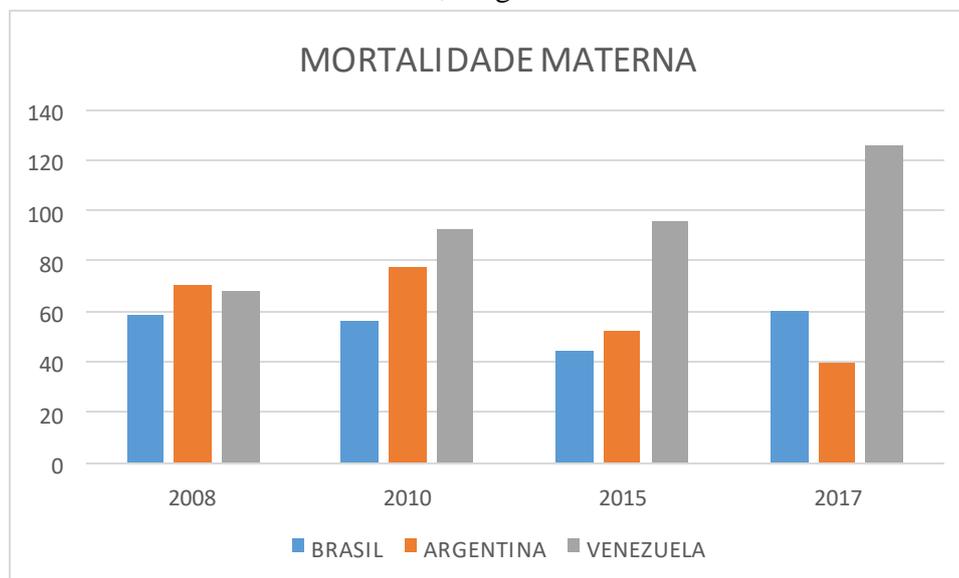
Art. 2º (...): II - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor; IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio; V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Projeto de Lei nº 7633/2014. (BRASIL, 2014).

Cabe destacar que Venezuela e Argentina já protagonizaram, em momentos distintos, altos índices de morte de mulheres em situação de parto, a primeira em 2008 e a segunda em 2017, foram apontados com altos índices de mortalidade materna antes da edição das legislações

⁹ Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

acima citadas, a saber, Argentina cumulava 70 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos, já a Venezuela com assustadores 125 para o mesmo indicativo. No mesmo período o Brasil apontava o número de 60 mortes.

Figura 1- Índice de Mortalidade materna Brasil, Argentina e Venezuela Índice de Mortalidade materna Brasil, Argentina e Venezuela



Fonte: CIA World Factbook. [http:// https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=pt](http://https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=pt). Acesso em 01/07/2020

No caso da Argentina, após a edição da legislação em 2009, os números tiveram significativa redução no tocante a mortalidade materna saindo dos incômodos 70 para 39 em 2017. Como a Venezuela editou sua norma no ano 2017 ainda não temos números para realizar uma análise do impacto da legislação na redução da morbidade materna. Contudo, no caso brasileiro destaca-se a queda entre 2010 e 2015 com uma redução de 12%, entretanto o número voltou a crescer em 2017 saindo dos 44 para 60 casos.

Inquestionável que a existência de um instrumento legislativo específico pode corroborar de forma mais ostensiva a diminuição das práticas da violência obstétrica, contudo, é necessário destacar que já se tem proteção em nível constitucional, ainda que na forma principiológica, suficiente a elidir quaisquer das condutas. Nesse sentido, de forma brilhante ensina Dworkin, em sua obra “Uma questão de princípios”, que sintetiza a forma de aplicação das leis e uma série de fases a serem cumpridas, a primeira delas, a literalidade da lei, e não sendo essa existente ou mesmo insuficiente deve ser capaz, através de um exercício de hermenêutica, fundamentar uma tese jurídica balizada em princípios:

Se acreditarmos que nenhuma proposição pode ser dada como verdadeira exceto em virtude de algum fato que a faça verdadeira, e que não existe nenhum fato no mundo, a não ser os fatos concretos. (DWORKIN, 2002, p. 205).

Garantir direitos da mulher, do nascituro e seus familiares, reflete a tese de Dworkin, e afirma que a humanização do parto é a melhor opção, utilizando-se da forma de interpretação de um fenômeno de origem social ou mesmo política como meio de propagação de justiça, ainda que exercida por meio de ações, sejam elas promovidas socialmente ou individuais. E de suma importância premiar ações como dos movimentos de humanização ao parto, desenvolvidos e defendidos por diversas organizações na grande maioria sociais:

Os movimentos sociais, mediante as manifestações populares, possuem importante papel de produzir uma nova sociedade, onde os sujeitos, contribuintes que se reconhecem como cidadãos, conhecem seus direitos, suas responsabilidades e suas funções na comunidade, na sociedade, no país, no continente em que vivem. (BAGGENTOSS, 2016, p.280)

Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente, tão defendidos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde em 2000.

No ano de 2017 a Unicef, por meio de uma pesquisa, pode atestar que o Brasil tem uma taxa de partos cirúrgicos de 57%, muito acima dos 15%¹⁰ recomendados pela OMS, o que coloca inclusive o país no segundo lugar do ranking mundial, índice esse que se torna ainda mais escabroso quando comparando rede pública e privada de saúde, na primeira eles representam 40% dos partos, e na segunda, chegam a 84% dos partos¹¹. Diante do alto número de cesáreas realizadas na rede privada de saúde, podemos, utilizando o método indutivo, chegar à conclusão de que a intervenção no parto no Brasil gira em torno de questões financeiras e tidas como “cômodas” e não em relação à saúde do bebê ou da gestante, conforme dados abaixo:

Tabela 1 - Percentual de cesarianas, Brasil e Regiões – Período: 2000 - 2014¹²

Cesáreo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

¹⁰ The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child, UNICEF, 2016. Obs.: O Brasil aparece em 2º lugar, considerando-se 99 países com dados disponíveis sobre cesarianas. Os outros 44 países do relatório não trazem esses dados.

¹¹ MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, 2014. Taxas Partos Cesáreos Brasil, ANS 2015.

¹² Nota: 1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento “Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011.

Brasil	38%	38%	39%	40%	42%	43%	45%	46%	48%	50%	52%	54%	56%	57%	57%
1 Região Norte	27%	27%	28%	29%	31%	32%	34%	35%	38%	40%	42%	43%	45%	46%	47%
2 Região Nordeste	25%	26%	27%	29%	30%	32%	35%	36%	39%	41%	44%	46%	48%	50%	51%
3 Região Sudeste	46%	47%	48%	49%	50%	52%	53%	54%	56%	57%	58%	59%	61%	61%	61%
4 Região Sul	42%	43%	44%	46%	48%	50%	51%	53%	55%	56%	58%	60%	62%	63%	62%
5 Região Centro-Oeste	43%	44%	44%	46%	47%	49%	51%	53%	54%	56%	57%	59%	61%	62%	63%

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Os dados demonstram que, contrariando as diretrizes internacionais, no Brasil ainda é predominante o modelo de parto e nascimento extremamente intervencionista, que tem como a grande maioria das vezes penaliza a mulher ou mesmo e sua família, ignorando completamente a fisiologia feminina e até mesmo aspectos sociais ou culturais presentes no parto, resultando em taxas de morbimortalidade materna e perinatal injustificáveis com o aparato tecnológico disponível na contemporaneidade.

Dentro desse cenário, em que há uma disputa de narrativas promovida por um conjunto de enunciados diferenciados de diversos atores sociais e dentro de diferentes campos, como o judicial, o religioso, o médico, o feminista, o biológico, entre outros, a autora defende a inclusão da demanda de acesso ao aborto no espectro dos direitos reprodutivos, por considerar que sua ilicitude teria perdido muito da sua sustentação pós Constituição de 1988 (BAGGENSTOSS, 2019, p.211).

Podemos sintetizar a ideia de humanização do parto em duas vertentes, a primeira concentrada no direito ao acesso a um sistema de saúde ainda que público, mas de qualidade, já a segunda estaria direcionada ao respeito e atuação da mulher como protagonistas, exercendo um papel ativo durante todo o processo (CARVALHO, *et al.*, 2012). A pauta feminina pelo reconhecimento deste dois direitos basilares, vem sendo construída ao longo da história de transformação e mudança com a qual o corpo feminino, quando em contraponto com a questão da fertilidade e analisado, vejamos:

Hodiernamente, frisa-se que a reivindicações das mulheres transmutou-se às necessidades locais e regionais de grupos sociais específicos e o feminismo transformou-se profundamente – o que fundamenta a essencialidade dos direitos humanos. Em sua principal transformações foi a sua pulverização em vários locais, o que explica a correção de seu termo para o plural: feminismos. Contemporaneamente, portanto, os feminismos centram-se na diversidade entre as mulheres, abandonam-se (a) o uso singular da categoria mulher e (b) a luta pela igualdade absoluta ao homem (que seria a adoção do parâmetro masculino ainda). Assim, em defesa de que diferenças não devem caracterizar a desigualdade, busca-se o igualitário acesso às condições de vida que representem o mínimo existencial das mulheres. (BAGGESTONS, 2018 p.74).

Neste ponto, é crítico uma reflexão a cerca da igualdade de gêneros, que passa

a ser efetiva ferramenta capaz de alcançar a isonomia, entre homens e mulheres, seja em oportunidades, ainda pela simples erradicação da discriminação de que o sexo masculino exerce sobre o feminino, a dominação subliminar, e até mesmo a submissão de seus corpos no quesito reprodução.

E de suma importância, para efetivação dos direitos fundamentais das mulheres, que os sexos sejam entendidos cada qual com o seu papel e se ajudem mutuamente, mas que haja uma autonomia individual sobre estes, para evitar os abusos e violências a qual a mulher e doutrinada a aceitar quando na situação de parto. Nesse sentido, os Direitos Humanos desenvolvem um importantíssimo papel no processo de empoderamento e têm se mostrado eficazes na promoção de melhoria de vida para as mulheres, que figuravam sua vontade em serem reconhecidas e amparadas como sujeitos de Direitos.

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1 Conceituação e formação

Antigamente o parto era um processo inteiramente feminino, feito normalmente no ambiente domiciliar por parteiras, que eram pessoas conhecidas pela família da gestante ou da comunidade e detinham saber empírico sobre o processo. Após a Segunda Guerra Mundial houve um avanço significativo da medicina fazendo com que o parto migrasse para o ambiente hospitalar transformando-o em um evento médico institucional (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015).

Mesmo que as parteiras tradicionais tenham desaparecido da maioria das comunidades, parte delas persistiu e formalizou seus conhecimentos através dos estudos acadêmicos em enfermagem obstétrica e parteira, assim, dando continuidade aos seus trabalhos como parteiras de modo reconhecido e legal (Davis-Floyd, 1994). Entretanto, muitas passaram a trabalhar em hospitais, ao serviço e sob comando dos médicos, assumindo uma posição desvalorizada de sujeição e passividade diante da autoridade médica, segundo Pintassilgo:

Se a figura da parteira não desapareceu do campo da assistência ao nascimento, ela foi-se moldando de uma forma inequívoca à própria evolução e progresso da obstetrícia. Essa mudança revela o desaparecimento de uma função assistencial e

social, dificilmente substituída pelos novos protagonistas do nascimento e respectivos contextos institucionalizados. (PINTASSILGO, 2014, p. 36).

Essa migração trouxe uma série de avanços no processo, mas também deixou a mulher em segundo plano, pois o saber médico científico transformou a mulher em objeto de estudo do processo, tirando dela seu protagonismo. Novamente, reporta-se à expressão de Foucault (1982): uma das formas institucionais mais importantes de controle das classes pelo poder dominante faz-se através da manipulação dos corpos. Vieira (1999) descreve que o processo de medicalização do corpo feminino teve início 300 anos antes da institucionalização do parto como evento hospitalar e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica. Assim desde então as mulheres sofreram vários tipos de violência, segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1996).

Nesse cenário a violência obstétrica é citada como sendo exclusiva do gênero feminino. O movimento feminista iniciado em 1970 lutou para melhorar as condições de saúde da mulher, trazendo novas concepções, como: cuidados no pré-natal, humanização do parto, questões voltadas para sexualidade, anticoncepcionais, doenças venéreas, dentre outras questões pertinentes (FAUSTINO, 2016).

Apesar de séculos vivenciado pelas mulheres, este tipo de violência só tomou corpo de discussão em meados dos anos 1980 e 1990, quando grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, movidos por lideranças feministas, se organizaram a fim de promoverem a discussão sobre a violência no parto e combatê-la.

O termo Violência Obstétrica é utilizado oficialmente em textos na legislação de ao menos três países latino americanos. O pioneirismo no uso do termo foi a Venezuela, seguido então pela Argentina e, logo depois, pelo México. O texto pioneiro define violência obstétrica como uma “apropriação do corpo da mulher”¹³.

Assim, todo ato praticado de forma a atentar contra a saúde psíquica, moral ou até mesmo corporal da parturiente quando do procedimento de parto deve ser interpretado como forma de violência obstétrica. Cada vez mais em pauta e defendida pelos movimentos sociais

¹³ Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. Texto na íntegra disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf. Acesso em: 19 jun. 2019.

voltados a causa lutam pelo respeito desde a gestação até os primeiros momentos da maternidade.

Nos termos da OMS (2014)

[...] No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança.

Destaca-se não ser o caso da violência obstétrica, a definição fechada para o termo, mas sim de definições complementares apresentadas por diferentes organizações e governos. É importante notar que o termo não se limita ao trabalho de profissionais de saúde, mas também a falhas estruturais de hospitais, clínicas, e do sistema de saúde como um todo, afirma a OMS (2014):

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.

No cenário brasileiro não foi diferente, teve início de maneira descentralizada, se valendo de diferentes iniciativas nos mais diversos Estados brasileiros, tendo em comum a busca por ressignificar a assistência à parturiente (DINIZ *et al.*, 2015). Merecido destaque deve ser conferido a Fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), uma vez que somente através de seu trabalho de pesquisa, envolvendo profissionais das mais diversas áreas, cuidou de elaborar a “Carta de Campinas¹⁴, primeiro documento a buscar erradicar a prática de atos violentos no parto.

¹⁴ A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) 1993. Carta de Campinas. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/14-quem-somos/63-historia>. Acesso em: 09 ago. 2019.

Entretanto foi somente no ano 2010, após uma pesquisa promovida Fundação Perseu Abramo, atestou faticamente que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) afirmaram ter sofrido maus-tratos e/ou desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato (VENTURI JÚNIOR; AGUIAR; HOTIMSKY, 2011). Esses dados sensibilizaram a opinião pública e lançaram novo olhar sobre o tema, dando novo rumo às pesquisas acadêmicas e ações do movimento de mulheres. Mostraram que a violência institucional está frequentemente presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil.

Exatamente nesse cenário surge o termo e o conceito de violência obstétrica, elaborado pelo Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela e publicado em 2010, no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*, no qual a violência obstétrica foi tipificada, conforme relatado anteriormente.

Na tradução do termo por D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002 *apud* AGUIAR, 2010), essa prática é expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual.

Para fins de análise dessa modalidade de violência, adotou-se o conceito proposto por Chauí, sob dois ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria em uma relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (CHAUÍ, 1985, p. 35).

Assim surgiu o termo que em síntese caracteriza a intervenção institucional sem autorização, inoportuna ou sequer violenta e abusiva, sobre o corpo ou ainda no que diz respeito a todo sistema reprodutivo da mulher, que possa violar a autonomia, a informação, ou mesmo a liberdade de escolha e consentimento nas decisões atinentes ao corpo da mulher.

Em suma, a violência obstétrica pode ser descrita como a prática de atos em grande parte traumatizantes na assistência ao parto, pré-parto e puerpério; não devendo assim ser considerada tão somente na esfera de um simples erro médico ou conduta médica equivocada, mas também como procedimento de propagação de desrespeito contra a dignidade da mulher. A grande maioria dos procedimentos não guarda sequer relevância científica, são repetições de

procedimentos de uma sociedade retrógrada e machista que via no parto, uma forma de punição a mulher.

A exemplo dessas intervenções evasivas ao corpo da mulher, temos positivado na lei nº 9.263¹⁵, conhecida como lei do planejamento familiar, a submissão de sua fertilidade e sexualidade de mulheres casadas a outorga marital, ou ainda que detenham idade mínima de 25 anos ou com prole igual ou superior a 2 filhos¹⁶. A maternidade continua sendo um encargo compulsório a mulher, diferente do homem a ela é negada o controle de sua sexualidade e até mesmo do desejo à maternidade.

3.2 Hipóteses mais comuns de violência obstétrica

Se o conceito de violência pode ser traduzido em uma única expressão de violência à parturiente, não se pode dizer o mesmo quanto à diversidade de formas possíveis para a violência obstétrica, Bowser e Hill (2010) descrevem diversas categorias ligadas ao desrespeito e abuso ocorridas dentro de instituições de saúde, ferindo diretamente diversos direitos correspondentes. Classificando assim a violência obstétrica como o deflagramento dos seguintes direitos: abuso físico, cuidado não consentido, cuidado não confidencial, cuidado não digno, discriminação baseada em certos atributos, abandono do cuidado e detenção nos serviços, acrescentando ainda a relevância do reconhecimento e manutenção dos direitos humanos como medida para diminuição violência no atendimento antes, durante e após o parto.

Nessa mesma linha de pensamento o Dossiê “Parirás com dor” (2016) enumera os atos designados como violência obstétrica aqueles que classificados em razão de seu caráter, passando de uma violência física que perpassa pela ação de interferência que resulte em dor ou mesmo dano físico realizado sem evidência científica, como privação de alimentos, tricotomia (procedimento de raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, entre outros.

Tendo ainda ações que surgem no plano psíquico refletido em ações verbais ou

¹⁵ § 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. Brasil, and Brasil. "Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências." *Diário Oficial da União* (1996).

¹⁶ I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

mesmo comportamentais que resultem a mulher sentimentos relacionados à sensação de abandono, inferioridade, vulnerabilidade e até medo, referenciados em ameaças, mentiras, grosserias, piadas e humilhações. Ana Cristina Duarte (2013) elabora de forma bem detalhada a descrição das seguintes condutas e atos de violência obstétrica:

Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência, familiar de seu círculo social; tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; submeter a mulher a procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas; impedir a mulher de se comunicar com o "mundo exterior", tirando-lhe a liberdade de telefonar, usar celular, caminhar até a sala de espera ETC. (DUARTE, 2013, p.1).

Percebe-se que até esse ponto do conceito da autora, todas as práticas estão ligadas ao campo psíquico da mulher, condutas que muitas vezes passam como despreziosas ou sem qualquer nocividade, vez que sua aceitação social e pacífica e histórica no ambiente hospitalar, e ela ainda continua:

[...] dar bronca, ameaçar, chantagear ou cometer assédio moral contra qualquer mulher/casal por qualquer decisão que tenha(m) tomado, quando essa decisão for contra as crenças, a fé ou os valores morais de qualquer pessoa da equipe, por exemplo: não ter feito ou feito inadequadamente o pré-natal, ter muitos filhos, ser mãe jovem (ou o contrário), ter tido ou tentado um parto em casa, ter tido ou tentado um parto desassistido, ter tentado ou efetuado um aborto, ter atrasado a ida ao hospital, não ter informado qualquer dado, seja intencional, seja involuntariamente; [...] fazer graça ou recriminar por qualquer característica ou ato físico como por exemplo obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; fazer graça ou recriminar por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha etc; (DUARTE, 2013, p.1).

Contudo, como a prática da violência obstétrica não se restringe ao campo psicológico, a autora ainda exemplifica condutas físicas, suficientemente capazes de gerar a infração de diversos dispositivos legais que serão tratados ao longo deste trabalho, mas principalmente agressivos os suficientes para ferir direitos na classe dos Direitos Humanos, como exposição humana sem cautela a sua dignidade:

[...] fazer qualquer procedimento sem explicar antes o que é, por que está sendo oferecido e acima de tudo, SEM PEDIR PERMISSÃO; submeter a mulher a mais de um exame de toque (ainda assim quando estritamente necessário), especialmente por mais de um profissional, e sem o seu consentimento, mesmo que para ensino e treinamento de alunos, dar hormônios para tornar mais rápido e intenso um trabalho de parto que está evoluindo normalmente; cortar a vagina (episiotomia) da mulher quando não há necessidade (discute-se a real necessidade em não mais que 5 a 10% dos partos); dar um ponto na sutura final da vagina de forma a deixá-la menor e mais apertada para aumentar o prazer do cônjuge ("ponto do marido"); subir na barriga da mulher para expulsar o feto Submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes e residentes; permitir a entrada de pessoas estranhas ao atendimento para "ver o parto", quer sejam estudantes, residentes ou

profissionais de saúde, principalmente sem o consentimento prévio da mulher e de seu acompanhante com a chance clara e justa de dizer não, fazer uma mulher acreditar que precisa de uma cesariana quando ela não precisa, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados (o bebê é grande, a bacia é pequena, o cordão está enrolado); submeter uma mulher a uma cesariana desnecessária, sem a devida explicação dos riscos que ela e seu bebê estão correndo (complicações da cesárea, da gravidez subsequente, risco de prematuridade do bebê, complicações a médio e longo prazo para mãe e bebê); (DUARTE, 2013, p.1).

A violência obstétrica pode ser entendida como toda ação ou omissão realizada de maneira direta ou indireta por profissional de saúde nas instituições públicas ou privadas que venham a afetar o corpo e os processos naturais reprodutivos da mulher. A legislação Argentina e Venezuelana apresentam concepções semelhantes sobre o termo, definindo como a apropriação indevida do corpo e processos naturais reprodutivos da mulher pelo profissional de saúde tirando sua autonomia sobre decisões relacionadas ao seu corpo e sexualidade, afetando de forma negativa na sua qualidade de vida (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A genealogia do poder médico remonta, seguramente, aos termos bíblicos de gênese, narrativa contida na bíblia cristã, de que Deus ficou furioso com Eva – a primeira mulher - porque ela induziu Adão ao pecado e, por isso, ambos foram expulsos do paraíso. Para além da punição da queda que condenou toda a humanidade a (sobre) viver com o fardo do trabalho, o sofrimento e a morte, coube às mulheres o especial castigo de “dar à luz na dor”¹⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que deve ser respeitado o processo natural fisiológico do parto, com intervenções realizadas quando de fato são relevantes e as práticas tidas como facilitadoras adotadas de forma rotineira devem ser questionadas, visto que muitas delas não apresentam caráter de cientificidade ou trazem qualquer tipo de retorno positivo para mãe o para o bebê. A pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo em 2010, citada anteriormente, denunciou uma realidade alarmante de que 25% das mulheres sofreram algum tipo de violência durante a gestação, consultas pré-natais ou no parto. Cabe ressaltar que esses números estão subestimados, visto que muitas mulheres não sabem identificar a violência e acabam entendendo a ação como natural do procedimento médico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

De forma geral, sempre que houver o desrespeito no atendimento pré-natal, durante o parto, abortamento e puerpério se caracterizarão como violência obstétrica. Essa pode ser de natureza institucional, psicológica, física ou sexual. A violência institucional é caracterizada pelo impedimento, dificuldade e ou burocratização de acesso da gestante a direitos básicos

¹⁷ Para a mulher sentenciou o SENHOR: “Multiplicarei grandemente o teu sofrimento na gravidez; em meio à agonia darás à luz filhos; seguirás desejando influenciar o teu marido, mas ele te dominará!Genesis 3:16

previstos na legislação, como: direito à informação, direito a acompanhante, leito, dentre outros (ARSIE, 2015).

Ainda nessa linha de violações, na qual alguns procedimentos de práticas abusivas e importunas, Diniz e Duarte (2004, p. 18) também salientam outras práticas utilizadas com frequência e que representam “procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados”, como, por exemplo: toques vaginais repetidos, imobilização em uma cama, instalação de soro, medicamentos para aumentar as dores, corte e costura da vagina, peso sobre a barriga, manobra de Kristeller, etc. Todas essas violências são perpetradas e reproduzidas “[...] por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos.” (ANDRADE, AGGIO, 2014, p. 4). Segundo Diniz e Duarte (2004, p. 19), esses fatores são fundamentais para explicar porque, no caso brasileiro, “[...] muitas mulheres recorrem à cesárea para evitar o parto vaginal, cheio de intervenções desnecessárias e dolorosas”.

Percebe-se uma variedade de modos de incidência da violência obstétrica institucional, que surgem através de: manobras violentas, procedimentos desnecessários, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico, peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; descaso nos atendimentos; frieza, rispidez. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Dessa forma, optou-se diante da diversidade e da multiplicidade de formas de ocorrência da violência obstétrica, aborda-se as espécies mais comuns utilizando como corte metodológico aquelas que foram apontadas pela pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, como a sendo as de maior incidência entre as mulheres brasileiras, sendo assim estudadas pelo número de sua ocorrência.

3.3 Episiotomia

A episiotomia se realizada através de incisão no períneo a fim de aumentar o canal de parto. Foi introduzida no Século XVIII por Sir Fielding Ould (1742), obstetra irlandês, como alternativa capaz de realizar o desprendimento fetal nos chamados “partos difíceis” (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

Nesse cenário, a episiotomia foi utilizada de modo profilático, sendo seus objetivos

primordiais a prevenção de traumas perineais, redução da morbimortalidade infantil e diminuição da ocorrência de incontinência urinária e ainda proporcionar o relaxamento da musculatura pélvica (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

Ela é usada sobre a justificativa de que auxilia na progressão do trabalho de parto e evita sofrimento do feto e compressão encefálica, evitando possíveis traumas cranianos. Entretanto, não existem evidências científicas de sua eficácia e ela pode causar infecções, lesões no esfíncter, lesões em grupos musculares da vagina, danos em longo prazo, dentre outros males.

De acordo com pesquisas feitas pela fundação Nascir no Brasil no ano de 2014 a episiotomia chegou a ser realizada em 56% dos partos de baixo risco, o que demonstra o uso excessivo desse procedimento, que é evidentemente danoso às mulheres. Nesta intervenção cirúrgica ocorre, em muitos casos, uma expressão machista e de domínio do homem sobre a mulher, nesse sentido a episiotomia é vulgarmente conhecida como o “ponto do marido”, que se efetiva na episiotomia o qual é comumente realizado para supostamente preservar o prazer masculino por apertar a vagina, o que pode acarretar em dor durante a relação sexual (SANTIAGO, SOUZA, 2017).

A justificativa para a realização da episiotomia estaria em evitar lacerações¹⁸ vaginais que se caracterizam por uma lesão orgânica e espontânea, ocorrida no parto natural, sendo assim os diversos graus de laceração e suas consequências (RIESCOS 2011). A laceração, de um modo geral, assusta bem menos, pois, sendo uma lesão orgânica apresenta características como não ser reta, diferentemente da episiotomia e, contudo, podendo ser maior. Porém, em geral, acontece de maneira mais superficial, sem envolver músculos, nervos, o que torna a recuperação mais célere.

Nesse sentido, uma pesquisa realizada na escola de enfermagem da USP com objetivo de analisar o percentual de episiotomia e lacerações de todos os graus e ainda aqueles em que a integridade perineal (quando o períneo saiu ileso) foi preservada, demonstrou que entre os 6.365 partos vaginais feitos em um hospital 4718 aconteceram sem intervenção de episiotomia. Os dados são apresentados na Figura 1.

Figura 2 - Dados referentes a lacerações em diferentes graus e períneo íntegro

¹⁸ Os graus de laceração do períneo compreendem: Grau 1 – pele e tecido celular subcutâneo do períneo; epitélio vaginal. Grau 2 – fáscia e músculos do períneo. Grau 3 – esfíncter anal. Grau 4 – mucosa rectal. Bruno, Diogo; Reis, Laura (2015). Laceração traumática do períneo associada ao parto. Repositório Hospital Fernando da Fonseca. Disponível em: <http://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/1417/1/Trauma%20perineal%20obst%C3%A9trico.pdf> Acesso em: 23 jun. 2019.

Desfecho perineal		n	%
Períneo Integro		1823	38,6%
Laceração	1º grau	2100	44,5%
	2º grau	789	16,7%
	3º grau	6	0,1%
	4º grau	0	0,0%
Total sem intervenção		4718	

Fonte: Riesco, Costa, Almeida, Basile & Oliveira (2011).

Realizando uma análise simples dos números e possível afirmar de que 83% (oitenta e três por cento) dos partos ocorreram mantendo-se a integralidade do períneo, demonstrando que a manutenção da cirurgia de episiotomia preventiva para uma ocorrência clínica inferior a 17% (dezessete por cento) de chances de acontecer. Mesmo em se tratando de laceração de 2º grau, e considerando as consequências seria muito mais viável e muito menos invasivo a ocorrência natural, já que sua recuperação ocorre de maneira menos nociva a parturiente. Por fim, as lacerações de 3º e 4º graus tem incidência menor de 01% (um por cento), o que torna inapropriada a realização da episiotomia.

A pesquisa, apesar de realizada em um único hospital, mas diante do grande número de dados coletados, demonstra que a manutenção da episiotomia acaba por exteriorizar uma prática médica, antiquada e despreocupada com a saúde e bem-estar da paciente, visto que é notório que a menor interferência na vida sexual da mulher é encontrada na situação de “correr o risco” de um parto vaginal sem intervenção de episiotomia, conferindo assim maior dignidade e autonomia do corpo a parturiente que, mesmo em casos de musculatura laceração natural, ainda pode contar com técnicas como reforço da pélvica.

3.4 Manobra de kristeller

Na linha de procedimentos invasivos e sem justificativa científica plausível está a manobra de kristeller, técnica altamente agressiva, realizada através de uma pressão na parte superior do útero a fim de facilitar /acelerar a passagem do bebê pelo canal vaginal, o que na maioria das vezes causa lesões graves, como deslocamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos.

A manobra de Kristeller foi explicada pela primeira vez em 1867 e consiste na aplicação de uma força externa com as mãos, geralmente de um obstetra ou parteira, no fundo do útero, aplicando uma pressão concomitantemente com as contrações uterinas, com objetivo

de empurrar a apresentação fetal no canal de parto quando os esforços maternos se revelam insuficientes (DIAZ, 2011).

O encurtamento do segundo período de trabalho de parto parece ser o principal fator apontado à utilização da manobra de Kristeller, no entanto, tendo por base as evidências consultadas, os autores referem que não existem diferenças significativas no tempo do segundo período de trabalho de parto com a manobra de Kristeller (MAHENDRU, 2010).

Outros fatores frequentemente referidos para aplicação desta técnica são a ajuda na fase final do período expulsivo, refere que deverá ser executada apenas para auxiliar a saída da cabeça fetal quando essa já se encontra a coroar e nunca para ajudar na descida da apresentação.

Proibida em diversos Estados, a técnica tida como potencialmente nociva tanto à mãe e ao bebê, já vem sendo descartada de aplicação no Brasil, tanto que em janeiro de 2015, o então procurador da república Raphael Bevilaqua e a promotora de justiça Lisandra Vanneska Santos, expediram documento à maternidade Mãe Esperança de Porto Velho, repudiando a prática após a denúncia de uma parturiente que foi acometida do procedimento.

Segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo, 25% das gestantes brasileiras relatam ter sofrido violência obstétrica - parte delas devido à Manobra de Kristeller, que já foi banida pelo Ministério da Saúde¹⁹ e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (VENTURI JÚNIOR; AGUIAR; HOTIMSKY, 2011). Da análise dos diversos artigos em estudo, parece importante referir que a manobra de Kristeller é uma prática realizada em muitos hospitais com objetivo de acelerar o segundo período de trabalho de parto, tal técnica é ensinada de geração em geração sem qualquer fundamento teórico ou técnico. A pressão exercida e a duração da manobra não são medidas, o que não permite uma análise efetiva dos potenciais riscos aos quais poderá estar associada.

Um estudo desenvolvido por Matsuo, *et al.*, (2009), com o objetivo de perceber o motivo para utilização da manobra de Kristeller e avaliar os riscos materno-fetais inerentes, refere que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto, todavia, parece estar associada ao maior risco de lacerações perineais severas, aumento das taxas de episiotomias, pois encontra-se frequentemente associada à aplicação de ventosas.

Outro estudo desenvolvido por Sartore *et al.*, (2012) procurou analisar se as disfunções pélvicas como a incontinência urinária e anal, o prolapso genital e a diminuição da força da musculatura pélvica eram afetados após a manobra de Kristeller no decorrer do

¹⁹ No Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, publicado pelo Ministério Público, Ministério da Saúde e Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), é estabelecido que “não se deve jamais empurrar a barriga da mulher para forçar a saída do bebê (manobra de Kristeller) porque isso expõe a mulher e o bebê a riscos.

trabalho de parto. As conclusões revelam que a aplicação da técnica não encurta o segundo período de trabalho de parto, no entanto, aumenta a taxa de episiotomia também a dor perineal relacionada com a episiotomia.

3.5 Fórceps

Com as modificações advindas do parto caseiro, até os dias contemporâneos, o uso do fórceps tem sido um procedimento marcante e um tanto quanto abusivo e precário. O parto fórceps é uma modalidade de parto vaginal na qual o médico usa um instrumento cirúrgico, como se fosse uma pinça, que realiza a extração do bebê, podendo com o referido instrumento ocasionar lesões à parturiente e/ou mesmo o óbito do bebê. Sua recomendação ocorre nos casos em que se verifique sofrimento fetal, dificuldades para a expulsão do bebê devido à exaustão da mãe ou caso a grávida sofra de uma condição que possa ser agravada por exercer muita força durante a expulsão.

O surgimento desse procedimento ocorreu no final do século XVI, Peter Chamberlen inventou o primeiro fórceps, que teve sua utilização na retirada do recém-nascido. Ainda nestes primeiros procedimentos, a ferramenta era acoplada à cabeça da criança e puxada até que fosse integralmente retirada da mãe. Quando se realizava a remoção de um natimorto, alguns médicos utilizavam a craniotomia, um terrível procedimento médico em que se realizava a perfuração do crânio fetal até que a extração fosse possível (RIESCOS, 2011).

Ainda ao término do século, a obstetra William Smillie promove algumas modificações no fórceps, como separar as hastas, o que possibilita um melhor acoplamento para a retirada do bebê, mas, ainda mantinha a técnica de introduzir o instrumento até o útero.

Com transcurso do tempo, o fórceps sofreu algumas alterações em relação ao tamanho e curvatura e, juntamente com a alteração física do fórceps, também ocorreram alterações na técnica aplicada.

As evoluções científicas atestam que a intervenção mecânica é muito baixa, menos de 4% dos partos terão necessidade de uso do fórceps e esse índice vem diminuindo cada vez mais com a prática das novas diretrizes e recomendações da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2018).

Assim, seguindo as diretrizes internacionais o Estado Brasileiro, recomendou por meio de sua cartilha, aduz a possibilidade de uso de instrumentos no parto será considerável uso nos casos de complicações na evolução do trabalho de parto no período expulsivo, como:

- Parada de progressão,

- Batimentos cardíacos fetais não tranquilizadores, □ Exaustão materna.

Dessa forma, o procedimento autorizado para fórceps permitida será somente aquela conhecida no meio como “fórceps de alívio”²⁰, ou seja, aquela que visa apenas auxiliar o melhor posicionamento da cabeça do bebê que já está no canal de parto. O fórceps fará alguns ajustes ou pouca tração para a descida adequada da cabeça do bebê. As alterações tornam o procedimento mais humano e muito menos evasivo, demonstrando que a evolução científica não pode servir como substituto da biologia humana.

3.6 Cesáreas eletivas

No século XX, os partos passaram por uma nova revolução histórica e, ao deixar as residências, e se tornar uma prática médica, a instrumentalização do procedimento se aliou as técnicas cirúrgicas, nesse cenário as cesarianas avançaram de modo significativo. Com implementação de anestésias, os novos procedimentos de esterilização e o emprego da incisão baixa possibilitaram que partos, antes considerados fatais, fossem executados com grande êxito. No entanto, em meio a tantas benesses, existem equívocos históricos e culturais quando nos reportamos a essa forma de nascimento (ARENCEBIA, 2002).

Analisando sua origem histórica atribui-se ao ditador romano Júlio César a publicidade do procedimento, pesquisadores da época narram que na Roma Antiga, a incisão na barriga da mulher só acontecia quando essa já havia morrido ou quando nenhum dos dois resistia às complicações do parto normal. No caso de Júlio César, registros diversos apontam que sua mãe, Aurélia, ainda viveu depois de dar à luz ao seu ilustre filho. Sendo assim, era impossível que ela tivesse feito uma cesárea (ARENCEBIA, 2002).

Já no plano cultural, as cesáreas se promoveram nos últimos quarenta anos, de forma a marginalizar outras formas de parto seguras e mais saudáveis. Com uma falsa divulgação de ausência de sentir dor ou até mesmo de não resistir ao trabalho de parto fez com que diversas mulheres e médicos transformassem este processo natural em um simples

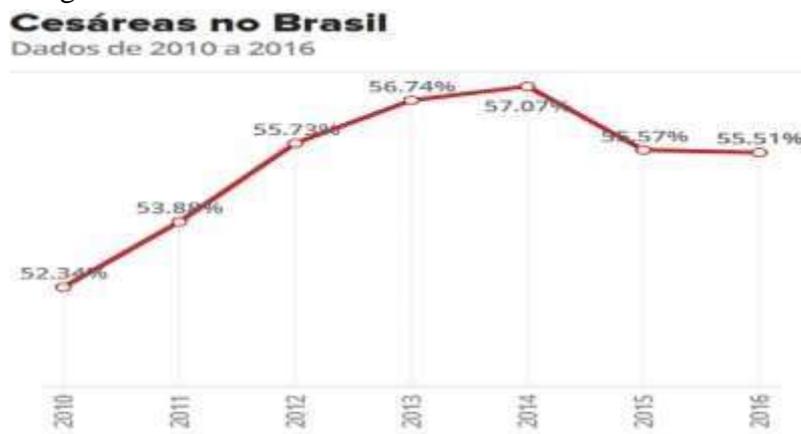
²⁰ “...Eventualmente o parto ficava difícil e havia a aplicação do fórceps alto (um instrumento que consiste de um par de colheres metálicas), que buscava a cabeça do bebê no canal de parto para puxá-lo para fora. Essas experiências eram traumáticas para a mãe e com frequência lesavam irreversivelmente o bebê. Era o "Parto Fórceps" ou ainda "Parto a Ferro". Hoje em dia caiu em desuso e os médicos agora usam o "fórceps de alívio", quando o bebê já está mais baixo no canal de parto. Usado com parcimônia seria um excelente recurso para acelerar o período expulsivo em casos de emergência ou sofrimento fetal, lembrando que estas são ocorrências extremamente raras em partos de baixo risco. O uso rotineiro é desaconselhado, o que vale para qualquer intervenção médica em um processo natural e fisiológico. Moschen, Carlos Pimentel, *et al.* "Fórceps: instrumento importante ni desfecho de partos sob analgesia peridural." *Rev Bras Ginecol Obstet* 12.3 (1990): 84-6.

procedimento técnico. A necessidade de controle humano, sobre um evento natural, se traduz como impulsor das cesáreas eletivas, conforme leciona Lansky (2013, p. 3):

Ceder as forças da natureza, parece diminuir a condição humana e se distancia do imaginário do status social e tecnológico aspirado pela “moderna civilização”. A artificialização do nascimento passa a ser um valor, incentivando todos os tipos de exploração mercadológica. [...] a cesariana desnecessária se apresenta [...], como mais uma “desnecessidade” da sociedade de consumo, banalizando como uma opção fácil, rápida e indolor, valores superficiais que se contrapõem a intensidade e profundidade das emoções e desafios que a vida, em especial a maternidade.

Nos últimos anos, pesquisas indicam que a opção pelo parto normal reduz o risco de uma série de complicações e produz um impacto psicológico positivo na mãe e na criança (FIOCRUZ, 2012). O Brasil teve protagonismo negativo segundo a OMS²¹, pois era o líder da cesáreas, contrariando a taxa indicada, apesar de recente mudança ter elevado os índices, ainda existe uma latente diferença com os demais países, a figura 2 apresenta a curva de diminuição de cesarianas no Brasil entre 2010 e 2016:

Figura 3 - Cesáreas no Brasil entre 2010 e 2016



Fonte: Tabwin-SISNAC (2015/2016)

É necessário que tenhamos consciência de que o processo de modernização dos

²¹ O Brasil apresenta altos índices de cirurgias cesarianas, a média nacional em 2011 chegou a 53%, segundo Ministério da Saúde, quando a OMS recomenda que seja no máximo 15%. Os hospitais públicos realizaram no período considerado 38% de cirurgias cesáreas enquanto que os hospitais privados chegam a realizar até 81%. Esses altos índices podem ser explicados pelo desejo da mulher de retirar o bebê quando alcança o período considerado normal do termo (39 semanas), mas também para atender interesses médicos. Muitas vezes esse procedimento não conta com o respaldo científico necessário e é feito por questões financeiras, devido ao tempo de parto ser mais curto, o que permite ao médico lucrar realizando mais cirurgias. Entretanto, ela apresenta uma série de riscos, como: maior probabilidade de morte materna e do bebê, problemas respiratórios no bebê, período de recuperação maior, agravos decorrente da cirurgia, erros médicos, dentre outros. PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “Parirás com dor”**. Brasília: Mulheres em rede pela Maternidade Ativa. 2012. 188 p.

procedimentos médicos não deve, necessariamente, implicar no controle intenso dos processos fisiológicos naturais que envolvem tal situação. Não por acaso, vemos que diversos programas de saúde pública hoje incentivam a participação das tradicionais parteiras que, durante séculos, tiveram um papel fundamental para que várias vidas ganhassem o mundo. Enfim, a cesariana não pode ser mais vista como um avanço irrefutável da medicina.

No Brasil o número de cesáreas chamou a atenção, com alta incidência de cesáreas eletivas, a pesquisa liderada pela Fiocruz demonstrou que a utilização do procedimento estava sendo adotado por médicos e pacientes como forma de previsão/agendamento de nascimento, sob o pretexto de uma maior segurança da mãe e bebê, o que não procede, já que tal procedimento interrompe a via natural, trazendo ao mundo bebês com diversos problemas de saúde, como doenças do trato respiratório (FIOCRUZ, 2012).

Tabela 2 - Nascimentos por tipo de parto, Brasil, Regiões e Unidades da Federação – Período: 2014²²

Região Norte	170.487	150.497	698	321.682	53%	47%
.. Acre	10.631	6.500	8	17.139	62%	38%
.. Amapá	10.445	5.799	27	16.271	64%	36%
.. Amazonas	50.149	30.722	274	81.145	62%	38%
.. Pará	70.839	72.380	284	143.503	49%	50%
.. Rondônia	9.254	18.263	43	27.560	34%	66%
.. Roraima	7.241	3.845	34	11.120	65%	35%
.. Tocantins	11.928	12.988	28	24.944	48%	52%
Região Nordeste	407.277	424065	1748	833.090	49%	51%
.. Alagoas	23.382	28.356	121	51.859	45%	55%
.. Bahia	112.919	90.581	534	204.034	55%	44%
.. Ceará	54.009	74.424	248	128.681	42%	58%
.. Maranhão	66.904	49.741	426	117.071	57%	42%
.. Paraíba	24.096	33.351	88	57.535	42%	58%
.. Pernambuco	65.396	77.893	200	143.489	46%	54%
.. Piauí	22.378	25.540	23	47.941	47%	53%

²² Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc 1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para esse ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento “Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011”.

.. Rio Grande do Norte	19.274	28.746	91	48.111	40%	60%
.. Sergipe	18.919	15.433	17	34.369	55%	45%
Região Sudeste	459.801	722.007	1.141	1.182.949	39%	61%
.. Espírito Santo	18.757	37.736	55	56.548	33%	67%
.. Minas Gerais	111.339	155.253	538	267.130	42%	58%
.. Rio de Janeiro	88.580	144.754	250	233.584	38%	62%
.. São Paulo	241.125	384.264	298	625.687	39%	61%
Região Sul	148.811	247.493	158	396.462	38%	62%
.. Paraná	58.943	100.904	68	159.915	37%	63%
.. Rio Grande do Sul	53.056	90.221	38	143.315	37%	63%
.. Santa Catarina	36.812	56.368	52	93.232	39%	60%
Região Centro-Oeste	90.799	153.892	385	245.076	37%	63%
.. Distrito Federal	19.988	24.632	101	44.721	45%	55%
.. Goiás	32.258	67.290	250	99.798	32%	67%
.. Mato Grosso	21.812	34.655	32	56.499	39%	61%
.. Mato Grosso do Sul	16.741	27.315	2	44.058	38%	62%
Região/Unidade da Federação	Vaginal	Cesáreo	Ignorado	Total	Vaginal	Cesáreo
TOTAL	1.277.175	1.697.954	4.130	2.979.259	43%	57%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc 1.

A ausência de informação e consentimento pode caracterizar a violência obstétrica, à parturiente deve e tem o direito de entender e permitir cada procedimento, em respeito à sua autonomia e vontade, não é o que ocorre na maioria das cesáreas, conforme pesquisa realizada por Sandra Marisa Peloso, Kátia Michelle Prudêncio de Souza e Kelly Tatiana Panont, (2000, 23). Outra pesquisa realizada por Susanne Pinheiro Costa e Silva, Renata de Carvalho Gomes

²³ Com relação aos sujeitos de pesquisa, nos estudos quantitativos houve a participação de 4.189 mulheres, das quais 58% tiveram parto vaginal, 27% das mulheres foram submetidas à cesárea e apenas 3% das mulheres tiveram ambas as experiências, parto normal e cesáreo. Nos estudos qualitativos, participaram 124 mulheres, das quais 43% tiveram parto vaginal, 28% foram submetidas à cesárea, 8% tiveram as duas experiências, parto normal e cesáreo, restando 21% das mulheres, sem descrição da via de parto. PELLOSO, Sandra Marisa; PANONT, Kelly Tatiana; DE SOUZA, Katia Michelli Prudêncio. Opção ou Imposição? Motivos da Escolha da Cesárea. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 4, n. 1, 2000.

Prates e Bruna Queiroz Armentano Campelo (2014, p. 5 – 6) apresenta o relato de mulheres sobre o atendimento e experiência do parto:

[...] Não tive nenhuma experiência com parto antes, pois esse é o meu primeiro filho, mas as pessoas dizem que é o melhor. Dizem que o normal dói na hora e depois a dor passa, já o cesáreo para a mulher se recuperar é mais difícil. (Alecrim) [...] O parto normal me deixa muito bem após esse momento, porque eu já consigo caminhar, arrumar minha casa, cuidar dos meus filhos e fazer todas as minhas atividades. Além do mais, já pari cinco filhos de parto normal e nunca passei por nenhuma situação difícil, então já perdi o medo. (Margarida) [...] Sofri muito na minha primeira gravidez, ou melhor, no momento do parto, senti muita dor, levei muitos pontos. Não tive muita assistência, pois não tinha nenhum médico no local. Senti muito medo naquele momento, fiquei com um trauma muito grande. (Alfazema) Apesar de ser minha primeira gestação, tenho muito medo do parto normal. Minha mãe sofreu muito no meu nascimento e quando ela me conta tudo o que aconteceu, fico horrorizada. Eu era muito grande, então ela levou muitos pontos. Não deu nem tempo de dar a anestesia, a dor e o sofrimento foram grandes. (Perpétua).

Diante dos depoimentos é possível atestar que em muitos casos a cesárea é uma opção frente à ignorância total sobre o parto natural, ou até mesmo uma imposição médica guiada pela falsa comodidade de ausência de dor na ocorrência do parto, mas que se prolonga para além do momento, já que a cesárea, como todo procedimento cirúrgico, envolve uma recuperação mais lenta e preocupante.

É impossível falar em “escolha” por determinado modo de parto quando as decisões são influenciadas por diversos fatores que deslegitimam a mulher como conhecedora do próprio corpo, e, ainda, amedrontam e desconstroem o processo decisório. Em abril de 2014, na cidade de Torres-RS, Adelir²⁴, uma mulher em trabalho de parto, foi obrigada a se submeter a uma cesariana. Policiais armados a levaram sob custódia a um hospital público, onde a cirurgia foi realizada por ordem judicial. Até mesmo a presença de um acompanhante durante o parto, previsto na lei federal 11.108/2005 (BRASIL, 2005), foi desrespeitada.

A intervenção do Estado fere os direitos fundamentais da mulher, ainda que sob a

²⁴ A partir do caso de Adelir Góes, mulher que foi obrigada pela Justiça, em 2014, a ser submetida a uma cesárea após o deferimento de uma medida liminar proposta pela médica que a havia atendido, pretendemos abordar as apropriações e embates que ocorrem entre o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento e o sistema jurídico brasileiro. Se, por um lado, as agentes do Movimento pela Humanização buscam legitimar suas demandas e para isto se empenham na criação de uma lei que regulamente e puna a violência obstétrica e acionam o Judiciário para serem reparadas pelas agressões sofridas; por outro, tanto o saber médico quanto o saber jurídico não estão destacados das relações de poder na sociedade e, desta forma, o corpo da mulher é tutelado, principalmente, durante a gestação. O caso Adelir revela algumas dimensões do défi cit de cidadania no país. O acesso aos direitos reprodutivos ocorre na perspectiva do modelo hegemônico obstétrico pautado pela internação e medicalização do parto, controle analisado pela teoria foucaultiana. O Movimento pela Humanização do Parto vem defender mudanças na assistência obstétrica, buscando o direito ao reconhecimento da distinção de suas demandas com relação ao modelo tradicional de atendimento que se pretende universalizar. Os procedimentos hospitalares padronizados, ordenados por uma lógica de individualismo do tipo igualitário, entram em conflito com as demandas específicas das deste grupo de mulheres, gerando uma agressão, que mais do que um insulto moral, é considerada uma violência.

alegação de proteger a vida do bebê. A isonomia de direitos deve ser assegurada a todo cidadão independentemente do gênero, e sendo inclusive uma condição inata, não pode ser mitigada seja sob qual pretexto venha se amparar.

Assim, a gramática constitucional democrática é permanentemente desconsiderada nesses espaços, o que não garante, conseqüentemente, o respeito aos direitos fundamentais das minorias normativas, em sua lógica contramajoritária. Na imposição de uma cesárea eletiva ataca diretamente o princípio bioético da autonomia:

O princípio da autonomia requer que os indivíduos capacitados de deliberarem sobre suas escolhas pessoais, devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente.²⁸ (CREMESP, 2004, p. 18).

A anulação total da autonomia da parturiente, nos moldes em que ocorre, acaba por infringir sua autonomia enquanto ser ciente e dotado de capacidade civil, fazendo com que naquele momento, em prol de uma frágil argumentação de defesa dos direitos do nascituro, haja uma sobreposição hierárquica aos de sua genitora, o que vimos em muitos casos se quer se justificam em razão da sua total ausência de respaldo científico e sim comodidade para o profissional de saúde, o que se repete em vários outros procedimentos além das cesáreas eletivas.

3.7 Restrições e imposições desnecessárias à parturiente na realização do parto

Além das aludidas intervenções já citadas ao longo deste trabalho, existem na linha da violência obstétrica outros métodos e práticas que tornam o procedimento do parto algo traumático e insuportável. Podemos iniciar este tópico com uma análise do ingresso da parturiente ao ambiente hospitalar, no qual imediatamente a internação, a mulher tem as veias puncionadas para a introdução de soro ou medicamentos.

A justificativa fisiológica seria a hidratação e conseqüentemente a manutenção da alimentação por esse modo, uma vez que a partir deste momento passa a ser impedida de beber ou comer. Resultados de práticas rotineiras como essa são utilizadas, até mesmo no parto vaginal, o que se traduz como inapropriadas, causam ainda mais dano que benefício:

Para as mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto e desejam comer, o jejum obrigatório pode causar uma progressão insatisfatória, recaindo na cascata de intervenções que culminam em uma cesariana. Durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias. Essa preocupação excessiva dos profissionais com a restrição alimentar deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico; porém, evidências apontam que o

risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia. (EKIN, *et al.*, 2005, p.32).

Denota-se que a recomendação do jejum tem como único objetivo evitar complicações advindas de uma analgesia geral, algo extremamente raro, já que mesmo nos casos de cesáreas eletivas a medicação é aplicada tão somente abaixo do quadril.

Posteriormente a internação é o jejum obrigatório, no momento chamado de triagem, é feito o exame de toque, realizado com o objetivo de meça da dilatação. Incomodo e até mesmo dolorido, esse ainda é repetido a cada hora. O exame é realizado sem critério, várias vezes e de forma aleatória essencialmente em hospitais da rede pública, essa invasão acaba por constranger a mulher em sua intimidade (BRASIL, 2001), conforme relato extraído da pesquisa Leila Regina Wolff (2008, p. 146, grifo do autor):

[...] A gente fica ali muito exposta, porque eram muitos estudantes, muita gente, ficam 10 [pessoas], mais ou menos, não sei quantos, a gente não pensa naquela hora, quer logo que termine, que eles examinem, vejam o que tem que fazer logo, porque não tem vergonha naquela hora [...] a gente quer sair dali, quanto mais rápido é melhor [...] quer que nasça, por causa das dores [...] é um pouco desagradável, mas são opiniões diferentes, porque se tiver só um profissional e aquele profissional dizer que dá para ser normal e pronto, aí vai ter que ficar até [ganhar o bebê] o toque [vaginal] era feito por mais pessoas, tinha uma médica que estava fazendo, depois trocou o plantão, aí veio mais gente, acho que uns dez estavam lá [...] uns cinco mais ou menos fizeram o toque na mesma hora [...] fizeram, e depois passava um tempo, e aí vinham tudo ao redor de novo [...] incomoda um pouco, incomodou porque machuca a gente [...] mas tinha que fazer, eu achei que fosse normal também [...].

Outro relato da mesma pesquisa e a narrativa se mantém idêntica:

[...] A assistência daqui, o tratamento deles é horrível, porque cada um trata a gente de um jeito, tem uns estúpidos e tem uns que não [...] eu fui bem tratada por alguns e maltratada por outros. Foi ruim, porque tem aqueles exames de toque [vaginal], eles [médicos] machucam muito a gente, é toda hora aquele exame de toque, é um atrás do outro, a gente fica não querendo mais ter filho porque toda vez que a gente sente uma dor vem aquele exame de toque, daí parece que piora mais ainda [...] machuca a gente [...] era mais do que um [profissional], dois fizeram toque, um atrás do outro [...] na parte do toque eu me senti mal [...] foram não digo agressivos, mas estúpidos [...] um pelo menos me xingou porque eu estava apavorada de tanto toque que estavam me fazendo [...] ficava muito constrangida e alguns xingavam que eu não parava quieta, mas eu tentava colaborar [...] alteravam a voz [...] eu acho que a gente tem que conversar e ir com calma, não chegar simplesmente e mandar a gente ficar de um jeito e não explicar o que vão fazer na gente. Para tudo tem uma explicação. E não chegar e já fazendo exame de toque sem a gente saber [...] tem que conversar, explicar, acalmar as pessoas [...] isso fica constrangedor para gente [...]. (WOLFF, 2008, p. 147, grifo do autor).

De forma mecânica tenta-se orquestrar o andamento da dilatação e,

consequentemente, o trabalho de parto, a um resultado negativo, injeta-se a ocitocina sintética²⁵ (hormônio que provoca as contrações), estoura-se a bolsa amniótica manualmente e são feitas massagens de distensão do períneo³¹. A aplicação deste hormônio sintético traz a ocorrência de diversas complicações médicas na parturiente, além de aumentar a sujeição a uma cesárea:

As preocupações sobre a segurança e eficácia da administração de doses elevadas de ocitocina são o cerne de vários debates sobre o esquema terapêutico que deve ser instituído na prática clínica 6,16,17 . Tanto o esquema “dose alta” como o de “dose baixa” são apropriados para a indução do TP. O esquema de “dose alta” está associado a diminuição da duração de TP, redução de corioamnionite e número de cesarianas, porém, apresenta mais complicações, como a taquissístolia uterina. (TEIXEIRA, 2011, p.7).

Na sequência de práticas arcaicas e ineficazes, está o resguardo e manutenção de posições da mulher no momento do expulsivo, submetida a deitar-se de costas com as pernas recolhidas ou ainda em uma posição ginecológica. É orientada a fazer força continuamente.

Não se atenta ao momento de dor e sofrimento que é causado pelas famosas dores parto, assim, a preocupação médica deveria girar em tornar menos doloroso e seguro a parturiente, lhe permitindo se locomover e se manter na posição que melhor a conforte. A medicina moderna já comprova os benefícios de atos simples como caminhar, banhar-se em água morna, permanecer agachada, são potencialmente aceleradores naturais de dilatação do canal vaginal evitando-se químicas como a ocitocina.

A parturiente, no procedimento do parto, deve ser respeitada na totalidade de sua autonomia, dirigindo essa a posição de seu corpo, que podem ser exercidas com escolhas simples. A sensação de segurança também é um fator relevante, a legalização da exigência de um acompanhante favorece um ambiente acolhedor a gestante, e ainda inibe a incidência de violência psicológica, outro grande fator endêmico.

3.8 Violência psicológica

A violência psicológica é formada a partir de qualquer ato ou mesmo omissão capaz de gerar na mulher medo, constrangimento, insegurança, vulnerabilidade ou até mesmo

grávidas, reflectem as diferenças de sensibilidade e de função uterina pré-existente TEIXEIRA, Liliana Raquel Machado. Indução do trabalho de parto: métodos farmacológicos. 2011.

³¹ A realização da massagem perineal digital durante a gestação pode reduzir o trauma perineal no parto. Na realidade brasileira, dados recentes demonstram que esta prática é bem aceita pelas mulheres e que sua

²⁵ A ocitocina sintética é o fármaco mais usado para a indução do TP 3,6. O aumento dos receptores de ocitocina no miométrio com o aumento da IG explica o aumento de sensibilidade para este fármaco à medida que a gravidez avança 6,15 . As diferenças nos níveis requeridos de ocitocina, para produzir contrações efectivas entre as

implementação durante o pré-natal é exequível. Entretanto, torna-se fundamental a incorporação destas orientações pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde. Esta webpalestra tem o objetivo de estimular os profissionais das equipes de Atenção Básica a fazer a orientação das gestantes para realização da massagem perineal durante o pré-natal. SANTA CATARINA, Telessaúde. Webpalestra-Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: potencialidades na ABS. 2018.

instabilidade na mulher. Exercidas através de comentários ou mesmo ações em forma de escárnio, ameaças, descaso, grosserias, dentre outros (CARVALHO, 2012). A cartilha “Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica” elaborada pela associação Parto do Princípio traz alguns depoimentos de mulheres que sofreram violência física e psicológica durante o atendimento nos hospitais. Os trechos a seguir mostram alguns desses relatos.

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

Eu lembro que falavam assim pra mim: “Na hora de fazer, você tava gostando, não é?” É muita humilhação. Você tá lá sozinha, com dor, com medo, e as pessoas ainda ficam falando desse jeito.

O médico disse que tinha que cortar (episiotomia) porque se ele não cortasse, eu ia ficar com a vagina larga e meu marido ia me trocar por uma outra na rua. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, p. 7 – 9).

A ausência de consentimento e informações, acrescidas de mentiras e o cruel abandono por profissionais na realização do parto igualmente se traduzem em violência psicológica. O que inclusive pode ser acompanhado de violências físicas e sexuais provocando traumas e transtornos psíquicos profundos na paciente.

O parto dever ser concebido como um evento que visa integrar a vivência reprodutiva da mulher e seu parceiro. Aos profissionais de saúde, deveria restar o papel de coadjuvantes, atuando a fim de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável, humana e humanizadora. (RIESCOS, 2011).

O cenário de violência obstétrica é tão naturalizado, que mulheres retratam como “sorte” quando recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico (DIAS, 2006), e atribuem o atendimento ruim à “falta de sorte”. Isso demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto.

“Mulheres com menor escolaridade não consideram ter sido desrespeitadas. Para elas, que se baseiam no que ouviram da experiência de amigas e parentes próximas, o parto em hospital é assim mesmo. Vai doer; vão gritar com ela. Há até a percepção de algo negativo, mas por ser visto com naturalidade não é entendido como maus-tratos” Gustavo Venturi, em entrevista para Revista do Brasil, “As outras dores do parto”, publicado em 13 de março de 2012. (OLIVEIRA; ANDRADE, 2012).

Dessa maneira, ressalta-se que é em face da diferença de gênero que se constrói toda a submissão da sexualidade e do corpo da mulher ao poder-saber exclusivamente masculino. Essa inferiorização, dedicada ao feminino, se difunde pelas práticas sociais e reflete-se não apenas na esfera religiosa, mas também nos âmbitos políticos e jurídicos. Abaixo mais demonstrações de violação às mulheres:

"Domingo à tarde e feriado são dias em que vêm muitas mulheres para o PA porque comeram uma feijoada ou brigaram com o marido. O marido sai no domingo, vai para o jogo de futebol e deixa ela em casa com as crianças. Aí, quando ele chega em casa e quer descansar, a mulher de pirraça fala: 'Vai descansar coisa nenhuma' Você vai me levar para o hospital porque estou com dores...' E isso é típico de feriado e domingo, principalmente de madrugada." Relato de médica em. (HOTIMSKY, 2007, p. 192).

A violência psicológica é algo tão enraizado e natural, visto que sua prática atravessa séculos, já que, por um tipo de indução de comportamento adotada na teoria do fato social de Durkheim, a mulher foi doutrinada a não se queixar de dor ou algo semelhante.

Até a enfermeira lá falou assim, a estagiária falou: 'Olha, isso mesmo. Continua assim [quieta] porque geralmente eles judia um pouco quando a mulher dá trabalho'. (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011, p.84).

Todas as entrevistadas ressaltaram que, se a mulher fizer escândalo, ela sofrerá maus tratos dentro das maternidades públicas. Uma informação passada para elas não só por pessoas de seu meio social (mulheres da família, amigas, vizinhas e, até, o marido de uma delas), mas também pelos próprios profissionais de saúde. (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011, p.85).

Diálogos como o acima descrito, demonstram a naturalidade do agente ativo em proferir ofensas de cunho moral que, cabe frisar, não seriam direcionadas em qualquer outra atividade médica, já que o agente passivo não adotaria o silêncio e a resignação que as mulheres foram doutrinadas a permitir.

Médico Assistente: "Você não queria ter esse filho por quê?" A paciente abaixa os olhos e permanece em silêncio. Médico Assistente: "Por que você não evitou?" A paciente permanece em silêncio. Médico Assistente: "Não tem vaga para você. O que você prefere? Você pode ser encaminhada para qualquer hospital de São Paulo que tenha vaga ou pode procurar vaga sozinha." A paciente começa a chorar. Paciente: "Prefiro ser encaminhada." Médico Assistente: "Você sabia que não teria vaga sem pré-natal, não sabia?" Paciente: "Me falaram. (HOTIMSKY, 2007, p.233).

O respeito aos Direitos e individualidades das gestantes pode ser analisado em comparação a tratamento conferido as testemunhas de Jeová na recusa da transfusão de sangue. Contrárias à negativa desses pacientes estão o direito à vida e a obrigação do médico de tentar salvar a vida dessas pessoas. Assim, resta evidente que essa é uma problemática complexa que envolve diferentes paradigmas e garantias constitucionais. Contudo, considerando que a vida

é um bem indisponível, deve-se sobrepesar que nenhum dos direitos e garantias fundamentais tem caráter absoluto, podendo ser ampliado ou restringido a depender na análise real, conforme o julgamento do Mandado de Segurança 23.452²⁶ de relatoria do Ministro Celso de Mello do Supremo Tribunal Federal:

Os direitos e garantias individuais não têm caráter absoluto. Não há, no sistema constitucional brasileiro, direitos ou garantias que se revistam de caráter absoluto, mesmo porque razões de relevante interesse público ou exigências derivadas do princípio de convivência das liberdades legitimam, ainda que excepcionalmente, a adoção, por parte dos órgãos estatais, de medidas restritivas das prerrogativas individuais ou coletivas, desde que respeitados os termos estabelecidos pela própria Constituição. O estatuto constitucional das liberdades públicas, ao delinear o regime jurídico a que estas estão sujeitas – e considerado o substrato ético que as informa – permite que sobre elas incidam limitações de ordem jurídica, destinadas, de um lado, a proteger a integridade do interesse social e, de outro, a assegurar a coexistência harmoniosa das liberdades, pois nenhum direito ou garantia pode ser exercido em detrimento da ordem pública ou com desrespeito aos direitos e garantias de terceiros.

A legislação e a jurisprudência brasileira têm admitido algumas formas de restrição do direito à vida, como é o caso do aborto por gravidez resultante de estupro ou por anencefalia, a legítima defesa, a possibilidade de pena de morte nos casos de guerra, tornando esse direito não absoluto. A vida está intimamente relacionada à dignidade da pessoa humana, uma vez que o ser humano não tem apenas o direito à vida, mas também o direito a uma vida digna. Assim, denegar ao indivíduo um direito inerente a ele poderá desrespeitar ou, até mesmo, negar-lhe a sua dignidade. No entanto, a dignidade da pessoa humana também implica na proteção do direito à vida, em defendê-la com todos os meios que estiverem à sua disposição.

Ratificando essa ideia, Sarlet (2012, p. 609-610) assinala que, dentro dos direitos fundamentais no ordenamento jurídico brasileiro, se encontra a proteção à maternidade, que deve ser compreendida conjuntamente com outros direitos fundamentais, especialmente com o direito à saúde, à integridade física e psíquica e também o direito à vida, baseando-se no princípio da dignidade da pessoa humana. Ou seja, demonstra-se inequívoca e manifesta a ideia de que a violência obstétrica se trata de uma forma sólida e hedionda de violação aos direitos humanos da mulher.

²⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Mandado de Segurança: 23.452. Relatoria do Ministro Celso de Mello, 2000.

4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E SEU TRATAMENTO JURÍDICO

4.1 Da análise das legislações estaduais e Projeto de Lei Federal nº 7.633/2014

Com a evolução deste trabalho, chegamos à conclusão inquestionável de que a violência obstétrica culmina em uma violação de alto potencial nocivo e ainda fere, de forma aguda e irreparável, a autonomia e reflexivamente a dignidade das mulheres, negando a elas os mesmos direitos humanos, sexuais e reprodutivos conferidos ao gênero masculino, rompendo com a tão sonhada isonomia instituída em nossa carta magna.

Em nível legislativo, inexpressiva foi a evolução, já que medidas paliativas como a criação da lei que legaliza a exigência de um acompanhante durante todo o processo do parto, vulgarmente conhecida como Lei do acompanhante (11.108/2005), que em respeito a autonomia da parturiente, determina como obrigatória a presença de um acompanhante de sua indicação, (art. 19º):

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. (BRASIL, 2005).

Ainda que não abarcados por uma legislação específica ao embate dos atos de violência obstétrica, alguns daqueles aqui já citados como, praticar procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, infringindo as próprias diretrizes estabelecidas pelo código de ética médica, ou até mesmo o descabido ato de não analgesiar o paciente para procedimentos que necessitam de tal providência, ou ainda negligenciar, recusando à admissão ou mesmo atendimento hospitalar são tratados na Lei 11.634/ (BRASIL, 2007).

Na contramão da realidade, o Estado brasileiro permanecia inerte aos alarmantes dados de violência obstétrica divulgados aqui e ao redor do mundo. A implementação de práticas ocorre de maneira lenta e discreta. Medidas indiretas como a instituição da Rede Cegonha, inicialmente pela Portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011 e mais recentemente pelas Portarias de Consolidação, cujo objetivo é a mudança do modelo de atendimento obstétrico buscando abolir as práticas violentas e vexatórias, denominada “violência obstétrica”.

No ano de 2016, houve a publicação Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, 2016, o objetivo é “sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal”.

Legislações no âmbito estadual surgiram como quase que reflexas ao fortalecimento do movimento pelo parto humanizado. O estado de Santa Catarina editou a Lei 17.097, de 17 de janeiro de 2017, no mesmo ano o estado de São Paulo tem o Projeto de Lei 1.130, de 2017, de autoria da deputada Leci Brandão, que trata do tema da violência obstétrica. Em Belo Horizonte no ano de 2018 a lei 23.175/18 assegurando o parto humanizado.

Em se tratando do tema saúde pública é concorrente entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhes o dever de atuação como na omissão que verificamos quanto as políticas de tratamento ao parto da mulher. Como bem salientado por Ives Gandra Martins, "A saúde é, todavia, no elenco das finalidades a que o Estado está destinado a dedicar-se, talvez, a mais relevante e que mereça atenção maior"²⁷. Assim, administrativamente, todos os entes federativos possuem competência para assegurar a efetividade e plenitude da saúde pública, inclusive no tocante aos serviços de vigilância sanitária, devendo o exercício dessa competência, porém, para se evitar desnecessários embates entre os diversos entes federativos, pautar-se pelo princípio da predominância do interesse.

²⁷ BASTOS, Celso Ribeiro e MARTINS, Ives Gandra da Silva. *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 1993. v. 3, t. 1, p. 383

No nível federal o tema ainda pende de regulamentação. Atualmente os projetos de lei 7.633/2014 (de autoria do deputado Jean Wyllys), 8.219/17 (de autoria do deputado Francisco Floriano) e 7.867/17 (de autoria da deputada Jô Moraes), em trâmite no Congresso Nacional, permanecem aguardando votação para determinar as diretrizes a médicos, pacientes e demais agentes no procedimento de parto.

Em março do ano corrente, uma portaria surpreendeu os defensores da tipificação da violência, pelo Ministério da Saúde. Foi exarada a recomendação que proibia o uso do termo “violência obstétrica” em normas e políticas públicas por meio de um despacho assinado pela coordenadora-Geral de Saúde das Mulheres Mônica Almeida Neri, sob argumento de que não há consenso na definição do termo, baseado no relatório emitido pelo Conselho Federal de Medicina, que justificava a desestimulação do uso do termo violência sob as seguintes afirmativas:

[...] há uma proliferação de leis sobre violência obstétrica no país e um movimento orquestrado para responsabilizar apenas os médicos pelo que ele chama de “situação caótica” do atendimento às gestantes. Para ele, essa posição é ideológica e importada de países com “viés socialista” [...]. (CANCIAN, 2019).

Desconsiderando todos os dados que afirmam ser urgente e necessário o estabelecimento de políticas que visem assegurar não somente a vida, mas também a qualidade de parto das mulheres brasileira. A própria Comissão de Investigação Parlamentar que investigou a alta taxa de mortalidade materna na Câmara, em 2016, chegou à conclusão que 98% das mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2000). Se de fato a violência não existe porque a preocupação com o termo? A decisão ganhou o apoio do Ministério Público e a portaria teve nova redação permitindo o seu uso.

É notório que a intenção era a de controlar os discursos acerca da violência obstétrica, essa é uma conhecida estratégia em se tratando de correntes políticas. A Contemporaneidade apresenta conceitos de novilingua, do escritor britânico George Orwell em 1984. O método consiste em operar pela supressão de palavras ou mesmo condensá-la de modo a restringi ou quase impedir que as possibilidades do raciocínio humano tenham projeção sobre ideias consideradas como “indesejáveis”.

As ações da comunidade médica, avalizadas em um primeiro momento traduzem essa intenção cruel e vil de negar o acesso ao conhecimento de toda a população, e igualmente estigmatizar condutas de aceitação de sua autonomia, corpo e dignidade por parte destas autoridades como o que vigorou por muitos anos, enquanto a ignorância servia de pano de fundo a encobrir esses atos.

Considerando a relevância da temática, e ainda dando valor aos expressivos

números que atestam a existência do ato no Brasil, ainda que careça de reconhecimento em nível federal, os estados vêm paulatinamente aderindo ao movimento, instituindo no âmbito de suas competências, legislação genérica. O estado de Santa Catarina editou a Lei 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que tem em sua redação a conceituação do ato de violência (art.2º) e tipifica os atos repudiados (art.3º) e ainda direciona comandos de informação para elucidação da população sobre o tema (art.4º):

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

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no *caput* deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências” (SANTA CATARINA, 2017).

Em mesmo nível hierárquico temos o estado de Minas Gerais, com a criação da Lei 23.175 de Dezembro de 2018, disciplina de forma idêntica a conceituação (art.2º), e aponta como ato sancionatório a aplicação da lei nos casos de inobservância, fazendo assim uso dos dispositivos legais que já tratam a questão do dano (art.186 do código civil) que atribui o dever de indenizar a toda conduta ativa ou omissiva capaz de ferir direito alheio ainda que de cunho moral. Temos ainda no campo penal a Lei 9.455/97 denominada lei da tortura que classifica o ato em seus artigos 1º ao 4º:

Art. 1º Constitui crime de tortura:

I - Constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental:

- a) com o fim de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa;
- b) para provocar ação ou omissão de natureza criminosa;
- c) em razão de discriminação racial ou religiosa;

II - submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

§ 1º Na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal.

§ 2º Aquele que se omite em face dessas condutas, quando tinha o dever de evitá-las ou apurá-las, incorre na pena de detenção de um a quatro anos.

§ 3º Se resulta lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, a pena é de reclusão de quatro a dez anos; se resulta morte, a reclusão é de oito a dezesseis anos.

§ 4º Aumenta-se a pena de um sexto até um terço:

I - se o crime é cometido por agente público;

O estado Goiano, por meio da Lei nº 19.790, publicada em 24 de julho de 2017 igualmente tratou de cuidar da tipificação do ato da violência, e da imposição de medidas que assegurem a sua publicização e incoerência. No status de projeto os Estados de São Paulo (projeto 1.130/17) e Rio de Janeiro (1.148/15) seguem com propostas bem similares a Santa Catarina e Goiás.

Igualmente vigente, publicada em 07 de junho de 2018, no Município de Vitória da Conquista, a lei nº 2228/2018 versa sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra atos de violência (artº4). Temos também, no ano corrente, em 16 de maio o estado da Paraíba aderindo à tipificação por meio da Lei 11.329/19. Em nível federal temos três projetos: Os projetos de lei 7.633/2014 (de autoria do deputado Jean Wyllys) diferentemente das legislações estaduais propõe em seu título II – Erradicação da violência, além das medidas socioeducativas, medidas punitivas como a descrita no artigo 17:

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde. § 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas. 11 § 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

Ainda pendente de votação está outro projeto registrado sob o nº 8.219/17 (de autoria do deputado Francisco Floriano) que reflete uma cópia fiel dos mesmos textos utilizados nas legislações estaduais. E, por fim, está o projeto 7.867/17 (de autoria da deputada Jô Moraes), em trâmite no Congresso Nacional, que teve em seu apenso o projeto 8.219/17 por terem disposições idênticas, ou seja, versam sobre diretivas e princípios norteadores dos direitos da

mulher, em especial no período gestacional entendido como: pré-parto e puerpério, focando na caracterização da violência obstétrica, como fonte de sua erradicação.

De todas as legislações existentes ou mesmo aquelas ainda tidas em fase de propostas, todas tem como objetivo comum à conceituação do termo violência obstétrica, e excluindo o projeto 7.634 do ex-deputado Jean Wyllis, o balizamento para medidas punitivas advêm de indicações de dispositivos já existentes em nosso ordenamento, maioria esses de essência principiológica constitucional, visando conferir dignidade e acesso aos direitos fundamentais de forma isonômica, através de garantias já instituídas pelo próprio Estado.

Neste capítulo já destacamos algumas disposições legais contidas no âmbito penal e civil, de forma exemplificativa, mas sem debruçarmos no aparato legislativo que abarca a série de direitos que é diretamente atacado na violência obstétrica e já possuem punição positivada. A lesão corporal do artigo 129 do código penal, vejamos:

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave § 1º

Se resulta:

(...)

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos. (BRASIL, 1940).

Assim estariam nesse dispositivo exemplificadas as cesáreas eletivas que, de modo conveniente, antecipam a ocorrência de um parto potencialmente natural. Ainda podemos atribuir tais infrações naqueles casos de aplicação de ocitocina sintética, a fim de aumentar involuntariamente as contrações e o canal do parto, e até mesmo a manobra de Kristeller que visa expulsar o bebê quando insuficiente à força de sua genitora.

Seguindo a mesma linha temos no artigo 140 do mesmo Código Penal, a indicação de crime o ato de injuriar outra pessoa, pelo conceito a injúria é um xingamento, capaz de atribuir a alguém qualidade negativa, não importa se falsa ou verdadeira. Seu objetivo é promover uma ofensa direcionada à honra subjetiva da pessoa, vejamos:

Art. 140 - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

§ 2º - Se a injúria consiste em violência ou vias de fato, que, por sua natureza ou pelo meio empregado, se considerem aviltantes:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa, além da pena correspondente à violência. (BRASIL, 1940).

Da análise do dispositivo, enquadrados os atos de violência psicológica, que visam atacar a dignidade da mulher, ou mesmo de forma emocional reprimir seus sentimentos, e até mesmo a realização da episiotomia que, em muitos casos, é executada em atenção a um desejo

do companheiro, para realização do parto do marido. Comumente em salas de parto é possível presenciar julgamentos, chacotas, piadas, descaso e até condutas impróprias mas que, ainda sobre tom jocoso, levam a diminuição da figura da mulher, ou de seus sentimentos físicos e psíquicos, até mesmo a ignorante tentativa de medir a dor do outrem, seja com a mulher ou mesmo do recém-nascido, são interpretáveis como a conduta de difamação (artigo 139 do Código Penal, pena, detenção de 3 meses a 1 ano), Ainda no âmbito do Direito Repressivo, temos o crime de falsidade ideológica, no qual o sujeito ativo do delito, se vale de falsa informação para obter autorização para outro ato:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte. (BRASIL, 1940).

Outro procedimento está atrelado a essa conduta, que seria a colheita do consentimento informado viciado, no qual o agente de saúde se vale de sua condição de detentor do saber científico para conferir a gestante informações inverídicas e que conduzem o aceite no sentido de sua vontade, como por exemplo, mentir sobre a evolução do parto, ou mesmo indicar uma cesárea sob o risco não comprovado.

Não diferentemente da legislação penal, no ramo privado é possível adequar a conduta no popularmente conhecido art.186 (BRASIL, 2002), que instituiu como ato ilícito qualquer ação ou mesmo omissão capaz de gerar dano a outro, inclusive no relativo ao campo moral ou psíquico. De igual forma podemos também optar pelo art.187, que traduz ato ilícito ao mesmo ato que ao exercício de um direito abusar em sua prática, contrariando a boa-fé, costumes ou ainda seu limite econômico, configurada então a lesão, já o artigo 927 regula a responsabilidade:

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

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. (BRASIL, 2002).

Considerando o entendimento de que a responsabilidade civil dos médicos e demais

profissionais de saúde são abarcados pela teoria subjetiva, qual seja, carece de comprovação do elemento culpa, no artigo 951 considera imprudente, imperito e negligente todo aquele que, no exercício de sua profissão, causar dano, morte ou agravamento do mal ao paciente. Neste quadrante podemos incluir todos os atos que envolvem a violência obstétrica, exemplo a violência física de manobras abusivas, a privação da autonomia corporal, a violação psicológica e entre várias outras que atestam a incidência do ato.

Seguindo ainda na linha Cível, o Código de Defesa do Consumidor (CDC) optou por instituir como responsabilidade objetiva, adotando a teoria do risco a responsabilidade dos nãosômicos nos termos do artigo 14º (BRASIL, 1990), o que foi posteriormente sedimentado pelo STF e STJ. O presente recurso especial desafia acórdão proferido em sede de agravo de instrumento que, aplicando a regra do § 4º do artigo 14 do CDC a uma clínica fornecedora de serviços médico-hospitalares, reconheceu como subjetiva a sua responsabilidade civil. Assim, a polêmica central do presente recurso especial situa-se em torno do regime jurídico aplicável à responsabilidade civil da clínica recorrida pelos atos praticados pelos seus prepostos que culminou com a morte da paciente, esposa do recorrente, o que posteriormente passou a ser sedimentado em vários julgados considerado o julgamento do Recurso Especial n.696.284/RJ, relatoria do eminente Min. Sidnei Beneti:

RECURSO ESPECIAL: 1) RESPONSABILIDADE CIVIL - HOSPITAL - DANOS MATERIAIS E MORAIS - ERRO DE DIAGNÓSTICO DE SEU PLANTONISTA - OMISSÃO DE DILIGÊNCIA DO ATENDENTE - APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR; 2) HOSPITAL - RESPONSABILIDADE - CULPA DE PLANTONISTA ATENDENTE, INTEGRANTE DO CORPO CLÍNICO - RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO HOSPITAL ANTE A CULPA DE SEU PROFISSIONAL; 3) MÉDICO - ERRO DE DIAGNÓSTICO EM PLANTÃO - CULPA SUBJETIVA - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA APLICÁVEL - 4) ACÓRDÃO QUE RECONHECE CULPA DIANTE DA ANÁLISE DA PROVA - IMPOSSIBILIDADE DE REAPRECIÇÃO POR ESTE TRIBUNAL - SÚMULA 7/STJ. 1.- Serviços de atendimento médico-hospitalar em hospital de emergência são sujeitos ao Código de Defesa do Consumidor. 2.- A responsabilidade do hospital é objetiva quanto à atividade de seu profissional plantonista (CDC, art. 14), de modo que dispensada demonstração da culpa do hospital relativamente a atos lesivos decorrentes de culpa de médico integrante de seu corpo clínico no atendimento. 3.- A responsabilidade de médico atendente em hospital é subjetiva, necessitando de demonstração pelo lesado, mas aplicável a regra de inversão do ônus da prova (CDC, art. 6º, VIII). 4.- A verificação da culpa de médico demanda necessariamente o revolvimento do conjunto fático-probatório da causa, de modo que não pode ser objeto de análise por este Tribunal (Súmula 7/STJ). 5.- Recurso Especial do hospital improvido. (BRASIL, 2009).

No mesmo sentido:

RECURSO ESPECIAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO MOVIDA CONTRA CLÍNICA MÉDICA. ALEGAÇÃO DE DEFEITO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. INTELIGÊNCIA DO ART. 14 DO CDC. 1. Demanda indenizatória proposta pelo

marido de paciente morta em clínica médica, alegando defeito na prestação dos serviços médicos. 2. A regra geral do art. 14, "caput", do CDC, é a responsabilidade objetiva dos fornecedores pelos danos causados aos consumidores. 3. A exceção prevista no parágrafo 4º do art. 14 do CDC, imputando-lhes responsabilidade subjetiva, é restrita aos profissionais liberais. 4. Impossibilidade de interpretação extensiva de regra de exceção. 5. O ônus da prova da inexistência de defeito na prestação dos serviços médicos é da clínica recorrida por imposição legal (inversão 'ope legis'). Inteligência do art. 14, § 3º, I, do CDC. 6. Precedentes jurisprudenciais desta Corte. 7. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (BRASIL, 2012).

Resta assim caracterizada e positivada, no âmbito das relações civis, implantação e tutela dos direitos das gestantes, parturientes e familiares na responsabilização civil daquele que, ao exercer sua função, a faz de modo abusivo ou mesmo com efeito a lesar.

Por fim e não menos importante o Código de Ética médica, em seu âmbito de competência, disciplina a obrigatoriedade do respeito aos direitos humanos de seus pacientes, bem como lhe impede o exercício de qualquer ato realizado por vício ou inexistência de consentimento, salvo em caso de risco eminente em que a vida deverá prevalecer, permitido o procedimento sem anuência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019)²⁸ É se valendo destas decisões que o Estado Brasileiro, por meio do seu judiciário, vem decidindo sobre o tema.

Naturalmente em nossa sociedade quando nos deparamos com uma situação de infração, desconsideração ou mesmo de desrespeito a direitos fundamentais tão essenciais a sobrevivência humana como a dignidade, a integridade física e psíquica é fundamental alçarmos protestos ao Estado, na busca imediata da reparação.

Assim, ramos tidos como tradicionais no Direito, como é o caso do Direito Penal, são requisitados como uma vã tentativa de, ao tipificar uma conduta, ela deixe de existir, e assim sirva como fonte de equacionar essa atuação em última *ratio*. Numerosos são os defensores da positivação da conduta violência obstétrica, a fim de torná-la um ilícito penal, e, por consequente, elidir sua ocorrência nos hospitais brasileiros. O que revela uma verdadeira utopia legislativa.

O movimento jurídico iniciado logo após o fim da Segunda Guerra Mundial,

²⁸ 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. 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. CAPÍTULO V RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES É vedado ao médico: Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 25).

marcado pela ideia de “superação” do Positivismo Jurídico, consiste em acrescer ao ordenamento jurídico a inserção profunda e verticalizada dos mais altos valores morais de uma sociedade, realizando uma parceria direta entre Moral e Justiça e, assim denominado Póspositivismo Jurídico. Bonavides, 2003, enaltece a relevância do movimento as manifestações Constituintes

[...] as novas Constituições promulgadas acentuam a hegemonia axiológica dos princípios, convertidos em pedestal normativo sobre o qual assenta todo o edifício jurídico dos novos sistemas constitucionais. (BONAVIDES, 2003, p. 264).

Bonavides, nessa linha salienta a importância do aprofundamento no estudo principiológico e no estudo contemporâneo constitucional (BONAVIDES, 2003). A relevância dos princípios para o Direito traz a mesa discussões que perpassam por sua estrutura, fundamentação e até sua função normativa. É nessa perspectiva que o renomado Ronald Dworkin em sua obra “Uma questão de princípio” elaborou sua versão da teoria pós-positivista do direito, sedimentada na valoração dos princípios jurídicos.

Dworkin defende que sendo o Direito um dos vários ramos das ciências sociais, e tendo como uma das funções regulamentar algumas das relações humanas, isso deve se proceder em uma interligação com outras ciências humanas, especialmente a ética (moral), o que facilitaria a otimização da compreensão do Direito (DWORKIN, 2010).

A defesa de eliminação das práticas recrimináveis da violência obstétrica por meio de uma positivação do tema é redundante, e levam ao fracasso pela mesma razão que outras leis similares como a de Proteção ao Idoso e de violência contra a mulher. Todas essas, assim como outras, ignoraram o ponto culminante dos problemas, que revelam o aperfeiçoamento de valoração de princípios morais e não despender energias em estratégias ou artifícios jurídicos. É necessário rediscutir essas aplicações, e abandonar a prática jurídica convencional voltada para positivação. Realizar o enfrentamento dos conflitos sociais com a teoria moral (DWORKIN, 2010).

A teoria difundida por Dworkin visa solucionar problemas reais, gerados pelo positivismo, que a ausência de uma norma clara e específica em determinados casos, considerados pelo autor como “casos difíceis”, em que o magistrado fica adstrito aos argumentos que permeiam a legislação positivada:

[...] argumentei que essa teoria da decisão judicial é totalmente inadequada [...] vou descrever e defender uma teoria melhor [...] mesmo quando nenhuma regra regula o caso, uma das partes pode, ainda assim, ter o direito de ganhar a causa. O juiz continua tendo o dever, mesmo nos casos difíceis, de descobrir quais são os direitos das partes, e não de inventar novos direitos retroativamente. (DWORKIN, 2010, p. 127).

Não obstante, a inexistência de uma lei que conceitue a violência obstétrica, nem tampouco estabeleça sanções na sua incidência. Tal fato não vem passando despercebidos pelos tribunais que, em uma análise hermenêutica e principiológica, buscam alicerce para fundamentar suas condenações em leis já existentes ou ainda na guarda de direitos fundamentais constitucionalmente estabelecidos. Dworkin partilha desse pensamento, sustentando que os princípios visam possibilitar que casos concretos recebam uma solução justa, mesmo na inexistência de regras específicas, reduzindo assim a aplicação de uma norma contrária em evidente injustiça, em razão do seu modo de aplicação (DWORKIN, 2010).

4.2 Tratamento da violência obstétrica pelos tribunais superiores

Antes de adentrar na discussão que se propõe o presente título, traremos de uma forma sucinta a metodologia e o corte utilizado na coleta e pesquisa jurisprudencial. Tendo em vista os limites da dissertação de mestrado, atrelado a pretensão de uma análise em nível nacional, optou-se pela coleta de julgados do Supremo Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça (STJ). Optou-se como campo de estudo a ser considerado os sítios eletrônicos do STF e STJ, tendo em vista o impacto das decisões, a relevância institucional dos tribunais, bem como o papel dos mesmos na proteção dos direitos fundamentais.

Utilizou-se como procedimento metodológico a análise documental mediante a avaliação dos acórdãos do STF e STJ, envolvendo a temática. Valendo-se de materiais que ainda não haviam recebido nenhuma análise aprofundada. Fazendo assim a seleção, tratamento e interpretação da informação bruta, buscando extrair delas o sentido e interpretação da violência obstétrica pelos tribunais superiores.

O método de coleta de dados quali-quantitativa, a fim de obter o cruzamento dos dados, somando-se ao peso da pesquisa o que por analogia criaria um aumento em conjunto com a validação de todas as informações. Assim, a pesquisa jurisprudencial que baliza esta tese procurou observar, através deste recorte, o conceito de violência obstétrica, e ainda qual medida punitiva no seu descumprimento, em uma visão do Poder Judiciário para o problema.

Nesse sentido, a proposta foi observar, tanto nos fundamentos quanto nas conclusões das decisões judiciais, a articulação realizada pelo Poder Judiciário entre esses dois fenômenos (conceito e responsabilização). Foram analisados todos os julgados proferidos no período compreendido entre 05 de janeiro de 2010 a 05 de janeiro de 2019. Igualmente, optouse um filtro técnico quanto ao conhecimento dos recursos, não basta às partes ter razão quanto ao pedido de indenização, mas que sua incidência fosse aduzida a uma das práticas de violência

obstétrica identificada por meio das palavras chaves: Episiotomia, manobra de Kristeller, ocitocina sintética, aceleração do parto, ofensa à gestante, lesão no parto, erro médico no parto e violência obstétrica.

Ressalta-se que quando da busca no campo palavras chaves tanto no sítio eletrônico do STF e STJ em ambos houve uma resposta negativa, indicando a ausência de utilização do termo, o que inclusive motivou a ampliação para as palavras indicadas acima que configuram a violência obstétrica.

Tabela 3 - Quantidade total de acórdãos encontrados após pesquisas com palavras-chave

PALAVRA-CHAVE	STF	STJ
Violência obstétrica	0	0
Episiotomia	4	3
Manobra de Kristeller	0	3
Cesárea lesão	0	0
Lesão no parto	6	9
Erro médico parto	3	3
Demora no parto	3	3
Ocitocina sintética	0	7
Aceleração do parto	0	5
Ofensa a gestante	3	6

Fonte: BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Superior Tribunal de Justiça.

Realizada as buscas, nos moldes já indicados, obteve-se um resultado de 58 acórdãos, sendo excluídos 22, pois, envolviam temas que fugiam ao tema da violência obstétrica e tratavam de outros assuntos, como exemplo, erro médico e responsabilidade civil, assim, a fim de dar maior especificidade aos dados coletados, e especialmente conciliá-los com a pesquisa, foi organizada a tabela abaixo, cujo objetivo foi identificar dentre todos os julgados selecionados aqueles continham maior representatividade, homogeneidade e pertinência Bardin (1977), a partir da identificação de duas variáveis, a saber, o órgão julgador e o número do processo, formulou-se a quadro 1:

Quadro 1 - Quantidade , Tribunal e número dos processos delimitados

QNT TRIBUNAL	NUMÉRO DO PROCESSO
1	STF AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO 733.844 – RJ
2	STF AG.REG. NO AGRAVO DE INSTRUMENTO 852.237 – RS
3	STF AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO 600.866 – RJ
4	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 137.102 – PB

5	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 144.794 – RJ
6	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 147.484 – RJ
7	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 180.480 – SP
8	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 190.929 – SP
9	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 209.743 – RJ
10	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 221.110 – RJ
11	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 221.113 – RJ
12	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 241.652 – RJ
13	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 403.761 – SC
14	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 427.100 – BA
15	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 442.266 – SP 16 STJ AgRg no
	AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 628.542 – RJ
17	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 634.241 – SP
18	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 645.884 – SC
19	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 69.698 – RN
20	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 746.902 – SC
21	STJ AgRg no AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 672.584 – DF
22	STJ AgRg nos EDcl no AGRAVO DE INSTRUMENTO 854.005 – MT
23	STJ EDcl nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 706.352 – MG
24	STJ RECURSO ESPECIAL 1.173.058 – DF
25	STJ RECURSO ESPECIAL 1.195.656 – BA
26	STJ RECURSO ESPECIAL 1.245.063 – RJ
27	STJ RECURSO ESPECIAL 1.526.467 – RJ 28 STJ RECURSO ESPECIAL 1.548.847 – SP
29	STJ RECURSO ESPECIAL 1.595.761 – SC
30	STJ RECURSO ESPECIAL 1.024.693 – SP
31	STF AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 1.014.221 – SC
32	STJ AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 102.6174 – SP
33	STF AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO 100.66600 – AC
34	STF AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO 110.2757 – BA
35	STJ RECURSO ESPECIAL 1540034 – GO
36	STJ AgRg no AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 106.3881 – RJ

Fonte: BRASIL, Superior Tribunal. Superior Tribunal de Justiça. <http://www.stj.gov.br> e BRASIL, Supremo Tribunal Federal.. <http://www.stf.gov.br>. Acesso em 10/10/ 2019.

A primeira conclusão evidenciada foi a de que a maioria dos acórdãos analisados

são originários das regiões Sul e Sudeste do Brasil, localidades que, conseqüentemente, desenvolvem mais políticas relacionadas ao combate à violência obstétrica do que as outras regiões do país²⁹.

Outra análise possível através dos julgados foi a de que o maior número de casos da violência obstétrica ocorreu em hospitais e maternidades públicas, já que dos 36 acórdãos acima indicados 25 correspondem a essas entidades e somente 11 são provenientes da rede privada de saúde. Nesse sentido Diniz e Chacham (2006, p. 10):

[...] somente 30% das mulheres possuem algum tipo de seguro-saúde privado e as 70% mais pobres dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os dados colhidos a partir da pesquisa nacional "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado" (VENTURI; GODINHO, 2010). [...] 74% das mulheres sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto na rede pública, em detrimento de 17% na rede privada e 8% em ambas instituições, em uma amostragem de 2.365 mulheres entrevistadas.

Como supramencionado, apesar do resultado negativo utilizando a nomenclatura “violência obstétrica”, todas as condutas indicadas como caracterizadoras do ato, como episiotomia, aceleração do parto entre outros se mostraram existentes, dessa forma, contrariando a orientação inicial do Ministério em abolir o termo por sua inexistência, não deve prosperar já que as práticas não só se concretizam como igualmente chegam ao judiciário em números expressivos de violação e deflagração de direitos e garantias fundamentais.

EMENTA: Responsabilidade civil objetiva do poder público – elementos estruturais – pressupostos legitimadores da incidência do art. 37, § 6º, da constituição da república – teoria do risco administrativo – hospital público que integrava, à época do fato gerador do dever de indenizar, a estrutura do ministério da saúde – responsabilidade civil da pessoa estatal que decorre, na espécie, da infligência de danos causada a paciente em razão de prestação deficiente de atividade médico-hospitalar desenvolvida em hospital público – **Lesão esfínteriana obstétrica grave – fato danoso para a ofendida resultante de episiotomia realizada durante o parto – omissão da equipe de profissionais da saúde**, Em referido estabelecimento hospitalar, no acompanhamento pós-cirúrgico – danos morais e materiais reconhecidos – ressarcibilidade – doutrina – jurisprudência – recurso de agravo improvido. As circunstâncias do presente caso evidenciam que o nexo de causalidade material restou plenamente configurado em face do comportamento omissivo em que incidiu o Poder Público, que se absteve de “[...] **orientar a autora sobre o procedimento adotado no seu parto, assim como os eventuais riscos a que estaria exposta**, como também a necessidade do seu retorno ao hospital para o acompanhamento médico de sua situação [...] teve que se afastar de suas atividades laborais, devido a sua incontinência fecal, tendo que se submeter, posteriormente, a um procedimento cirúrgico para a reparação de seu problema [...]”. Esclareça-se, por oportuno, que todas as considerações já feitas aplicam-se, sem qualquer discepção, em tema de responsabilidade civil objetiva do Poder Público (BRASIL, 2013, grifo nosso).

²⁹ Apenas 05 dos 36 acórdãos são oriundos da região norte do país, o que evidencia o que foi afirmado neste trabalho, de que a ignorância e o desconhecimento da violência são os maiores propulsores de sua propagação.

O acórdão acima é bastante ilustrativo e relata uma situação em que parturiente foi acometida por lesão esfinteriana grave, gerando incontinência fecal e urinária decorrente da episiotomia, que deve ser um procedimento de exceção devido a sua inutilidade cientificamente atestada, e ainda realizada em toda e qualquer situação com o devido consentimento da parturiente, essencialmente por ter impactos nocivos à saúde e vida da parturiente.

[...] A mãe do menor ficou aguardando das 9h15 até as 22h00, sofrendo contrações, sem que houvesse a dilatação necessária, **motivo por que a equipe médica decidiu que ele fosse retirado com fórceps**, o que se deu às 22h20. O autor então nasceu deprimido, bradicárdico, pálido e em cianose generalizada, sendo necessário receber manobras de reanimação. Sua mãe teve de ficar internada por 15 dias, enquanto que ele ficou em ventilação forçada por 8 dias, apresentou instabilidade hemodinâmica, apresentou crise convulsiva com 24 horas de vida e, em virtude das lesões cerebrais ocorridas, apesar de já contar com mais de 4 anos de idade, não consegue andar nem tampouco ficar assentado, bem como não consegue falar (...) No mesmo sentido procede o pedido em relação ao dano estético, na medida em que ambos são de fácil constatação de per si, assertiva este corroborada pelas fotografias de fls. 355-v e 356, que demonstram, inclusive, a modificação da aparência física do autor...(BRASIL, 2016, grifo nosso).

Do acórdão supracitado se extrai a plena desconsideração da autonomia da parturiente que, em momento algum, teve sua vontade em prosseguir com um parto natural respeitada, fazendo dela um mero instrumento para consecução do parto, situação essa valorada na aplicação da responsabilidade pela turma. Situação idêntica alterando somente a forma de ocorrência, que passou a ser a posição da gestante:

A agravada afirma que, ao chegar ao hospital em trabalho de parto, o feto não se encontrava em posição adequada, e mesmo assim, **optaram por realizar o parto normal**, quando seria necessária a realização de cesariana, causando danos irreversíveis à saúde da criança e ao Estado psicológico dos genitores [...]. (BRASIL, 2012, grifo nosso).

No particular, a conduta estatal restou evidenciada pela **condução do parto forçado com utilização de fórceps e Kristeller**, quando possível a adoção de melhores técnicas para preservar a integridade física da criança, sendo que, em virtude de manobras médicas realizadas, a menor nasceu com sequelas. **Registre-se que, inicialmente, o parto seria realizado mediante cesárea, tendo sido alterado para aquela modalidade. Note-se, também, que o réu não apresentou qualquer justificativa a respeito da motivação que ensejou a alteração abrupta da modalidade de parto.** Ao lado disso, não se pode olvidar que a "manobra de Kristeller, consistente em pressionar manualmente o fundo do útero da parturiente, com o objetivo de abreviar o período expulsivo, constitui técnica perigosa e vedada pelo próprio sistema público, conforme Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O dano, por seu turno, também sobressai

incontroverso. De acordo com a documentação juntada aos autos, durante o parto da autora ocorreu dificuldades na extração dos ombros (distócia de ombros) que deu causa à lesão do plexo braquial esquerdo [...] Em suma: a integridade física e mental

da autora foi frontalmente violada a lhe impingir prejuízo de ordem moral, concernente no abalo psíquico e estético. (BRASIL, 2015, grifo nosso).

Inúmeros e volumosos são os acórdãos que tratam a desconsideração da autonomia da gestante, mas, o caso mais impactante foi o caso Adelir, por envolver na sua execução a participação do poder judiciário, que ao conceder liminar que oficializou a condução coercitiva da gestante a um hospital de do estado do Rio Grande do Sul para realização de uma cirurgia de cesárea por indicação de sua obstetra que considerava avançado e perigoso o estágio de 42 semanas da paciente, frustrando a expectativa de Adelir Góes de 29 anos a ter seu primeiro parto normal, em sua terceira e última gestação que foram marcadas por outras duas cesáreas eletivas³⁰.

E as responsabilizações por ato ilícito não se restringem ao campo material e físico, visto que a violência obstétrica em grande maioria das vezes se projeta para um campo além do físico, atingindo a esfera psíquica da mulher, patrimônio esse reconhecidamente irreparável, sendo que esta forma de violação se manifesta em ações que vão desde um abandono até mesmo com ofensas dirigidas as essas mulheres em situação de parto, conforme revela o acórdão abaixo:

Em suma, no caso, a autora estava com os primeiros sinais do parto e foi encaminhada ao hospital (...) onde recebeu atendimento da médica (...), com **suposta prescrição de substância para induzimento do parto**, sendo que a evolução não teve o adequado acompanhamento e o resultado final foi o óbito do bebê (...). **A autora sustenta que depois de internada foi deixada sozinha em um quarto onde começou a ter contrações, sendo que clamava por atendimento, porque sentia que a criança estava nascendo, mas acabou só sendo amparada após a troca do médico do plantão, quando já eram quase 8 horas da manhã e a criança já estava morta (...)** a verdade é que a própria plantonista admite a adoção de um comportamento mecânico e de pouca atenção às queixas da paciente, o que não se pode admitir.

³⁰ Na madrugada do dia 1º de abril de 2014, Adelir Góes, gestante, foi retirada de sua casa no município de Torres I, no Rio Grande do Sul, por um oficial de justiça acompanhado por policiais. Eles cumpriam a liminar que determinava que Adelir fosse submetida a uma cirurgia cesariana, mesmo contra a sua vontade. Ela foi conduzida ao hospital, onde nasceu sua filha. Adelir, 29 anos, estava na terceira gestação e ansiava por um parto normal. Seus dois outros filhos nasceram de cesáreas e, apesar da indicação da médica no dia anterior, Adelir resolveu voltar para casa e aguardar a progressão do trabalho de parto, antes de retornar ao hospital, assinando um termo de responsabilidade para sua atitude. A médica procurou o Ministério Público, este acionou a justiça, a juíza aceitou os argumentos da médica e concedeu a medida liminar naquele mesmo dia. Segundo a justificativa médica, a grávida e o bebê corriam risco de vida com o parto normal, já que a gestação dela seria prolongada com 42 semanas, as duas cesáreas anteriores aumentavam muito o risco de rompimento uterino e o bebê estaria pélvico, isto é, na posição sentada e não com a cabeça encaixada. Adelir e seu marido alegaram que em nenhum momento a médica mostrou os exames que comprovariam a afirmação sobre a posição pélvica, que buscaram o parto normal pelo risco elevado da terceira cesárea e que pediram para serem conduzidos para outro hospital quando a liminar estava sendo cumprida, o que foi negado. Mais tarde, a ultrassonografia realizada no dia 31 de março de 2014 mostrou que a gestação era de 40 semanas e não 42. SIMAS, Raquel; MENDONÇA, Sara Souza. O CASO ADELIR E O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: REFLEXÕES SOBRE VIOLÊNCIA, PODER E DIREITO THE COURT CASE OF ADELIR AND THE HUMANIZATION OF CHILDBIRTH MOVEMENT: REFLECTIONS ON VIOLENCE, POWER AND RIGHTS. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 48, p. 89-103, 2016.

Embora não se ignorem as dificuldades enfrentadas no SUS, é preciso lembrar que os profissionais da área de saúde lidam com vidas, sendo que a desatenção aos reclamos do paciente e suas peculiaridades pode configurar negligência, como se verifica no caso em questão. (BRASIL, 2014, grifo nosso).

Nesse caso, o abandono do recém-nascido trouxe uma doença congênita e capaz de causar alterações de forma permanente e intensa na vida da criança bem como de todos os familiares, devido ao comportamento negligente, imprudente e imperito que passa pelo problema da violência obstétrica, vejamos:

Em suma, no caso, a autora estava com os primeiros sinais do parto e foi encaminhada ao hospital [...] onde recebeu atendimento da médica [...], com **suposta prescrição de substância para induzimento do parto**, sendo que a evolução não teve o adequado acompanhamento e o resultado final foi o óbito do bebê [...]. **A autora sustenta que depois de internada foi deixada sozinha em um quarto onde começou a ter contrações, sendo que clamava por atendimento, porque sentia que a criança estava nascendo, mas acabou só sendo amparada após a troca do médico do plantão, quando já eram quase 8 horas da manhã e a criança já estava morta [...]** a verdade é que a própria plantonista admite a adoção de um comportamento mecânico e de pouca atenção às queixas da paciente, o que não se pode admitir. Embora não se ignorem as dificuldades enfrentadas no SUS, é preciso lembrar que os profissionais da área de saúde lidam com vidas, sendo que a desatenção aos reclamos do paciente e suas peculiaridades pode configurar negligência, como se verifica no caso em questão. (BRASIL, 2014, grifo nosso).

A presente pesquisa não pretende realizar classificação ou mesmo demonstrar a adoção da temática da violência obstétrica pelo judiciário, mas sim atestar que é inegável sua ocorrência e como o tema vem sendo tratado em nossos tribunais, e pela amostragem da seleção, apesar de não oficialmente adotado o termo e nem tampouco as condutas que a caracterizam, todas as suas espécies de incidência vem sendo reprimidas com multas e indenizações das mais variadas, sendo poucas e até inexpressivas condutas que incitam as práticas violentas como aquela adotada no caso Adelir.

É importante destacar que apesar dos depoimentos aqui colacionados utilizarem-se da expressão erro médico, nem sempre esse condicionará uma situação de violência obstétrica. O erro perpassa pela ocorrência de situações que denotem negligência, imprudência ou mesmo imperícia. A situação da violência obstétrica nem sempre estará atrelada a esses fatos, visto a normalização e instrumentalização a qual a mulher é submetida no evento parto. Os médicos e demais agentes de saúde envolvidos tendem a agir de forma a se protegerem dessas ameaças que são entendidas como processo, o que os leva a preferirem procedimentos que são bem vistos por juízes e por seus pares. Isso, é claro, justificado pelo fenômeno da judicialização, embora represente o mau uso do poder judiciário para a resolução social de conflitos e da construção de autonomia na relação médico-paciente

Neste capítulo pudemos concluir que a violência obstétrica, não obstante carecer de conceituação e posituação neste aspecto, já se revela uma celeuma a ser resolvida no campo do judiciário, e que a ausência de uma norma punitiva não impede seu adequado tratamento utilizando-se das ferramentas já instituídas, basta a realização de uma análise sob a ótica dos Direitos Fundamentais, para se obter o amparo legislativo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sede de apontamentos conclusivos é possível referir que o artigo teve como escopo principal o debate acerca da violência obstétrica e a consequente violação dos direitos fundamentais básicos de todas as mulheres, trazendo como uma possível solução o parto humanizado. Para tanto, inicialmente, apresentou-se a conceituação de violência de gênero, após partiu-se para a história do parto no mundo e no Brasil, com a consequente institucionalização do parto e a medicalização do corpo feminino.

Este estudo ratificou o que já se ponderava por meio das pesquisas citadas, em todo o percurso deste trabalho: a violência obstétrica existe e precisa ser combatida. O tema violência obstétrica, ainda é pouco conhecido e trabalhado no Brasil, culturalmente enraizado e socialmente aceito é praticado nas mais diversas classes.

O descontrole das práticas que ensejam a violência obstétrica deveria ser muito mais acautelado, já que o mesmo acaba por se tornar um problema de saúde pública, elevando a mortalidade materna e infantil, e igualmente no aspecto jurídico e o responsável pelo aviltamento de direitos fundamentais de várias mulheres cotidianamente.

É necessário o amadurecimento para o evento parto, que tem de ser enxergado como sendo esse de caráter personalíssimo, sexual e natural e não mais um evento de dominação masculina tecnológica e de cunho econômico.

A principal dificuldade na identificação da violência é a falta de informação da mulher e dos familiares, que interpretam as práticas como procedimentos de rotina da equipe médica e de enfermagem. De forma geral, a violência obstétrica pode ser definida como toda ação ou omissão realizada de maneira direta ou indireta por profissional de saúde nas instituições públicas ou privadas no pré-natal, durante o parto, abortamento e puerpério que venham a afetar o corpo e os processos naturais reprodutivos da mulher. Ao contrário do desejo manifestado pelo Conselho de ética médica, inicialmente validado pelo Ministério da Saúde, de negar a existência do termo, não faz com que ele desapareça, mas simplesmente reforça a ideia de que manter as mulheres na ignorância as tornam mais suscetíveis de acatar todas as decisões tomadas sem seu consentimento.

Realizada por diversas formas, a violência obstétrica, possui múltipla natureza, sendo em casos de caráter institucional, psicológica, sexual ou mesmo física. A violência institucional é caracterizada pela negação ou empecilho ao acesso da gestante a direitos básicos previstos em lei, como informação, acompanhante, leitos, transferências, dentre outros. A violência psicológica ocorre através do preconceito, comentários maldosos, escárnio, descaso e toda ação que cause medo, constrangimento, vulnerabilidade e instabilidade da mulher. A violência sexual ocorre quando há assédio ou violação da intimidade e integridade da paciente, como toques desnecessários nos seios e partes íntimas como a raspagem de pelos, lavagem intestinal, exames invasivos, episiotomia. A violência física se manifesta em ações sem embasamento científico que afetam o corpo da mulher de forma negativa, como privação de alimentos, privação de movimentos, falta de anestesia, aplicação de ocitocina, Manobra de Kristeller, Episiotomia, Cesáreas eletivas, dentre outros. Diante disso, fica evidente a importância da elaboração do Plano de Parto pela paciente em conjunto com a equipe médica, a fim de condicionar os procedimentos de acordo com os anseios da parturiente.

Existem diversos acordos no âmbito internacional do qual o Brasil é signatário que asseguram o parto humanizado e uma série de direitos e proteção às mulheres, dentre os quais se destacam: Declaração Universal dos Direitos Humanos, Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Conferência Internacional da ONU sobre a População e Desenvolvimento, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A Venezuela e Argentina foram os primeiros países a editar leis específicas sobre a violência contra a mulher.

No Brasil, foi apenas após o início de vários movimentos pela humanização do parto, grande parte incentivados pelo REHUNA, que o assunto tomou relevância e passou a fazer parte de discussões sobre a violência obstétrica, o que acabou, por efeito, dando maior visibilidade a este problema social. O Brasil não possui dispositivos específicos, apesar de ter alguns Projetos de Leis tramitando na Câmara dos Deputados. A legislação brasileira atual aborda o tema basicamente a nível institucional e através de leis, portarias e políticas públicas visando alertar, conscientizar e prestar assistência às mulheres, sobretudo na elaboração de Plano de Parto e acompanhamento durante o pré-natal, parto e pós-parto.

Dentre os vários projetos em tramite no âmbito federal, merecido destaque ao de n.º7.633/2014 de autoria do ex-deputado Jean Willys, precursor no debate da conceituação do tema, delimitando quais as formas de incidências da violência obstétrica, bem como atribuindo deveres e obrigações aos profissionais de saúde, quando do atendimento da parturiente e de seus

familiares. Apesar de não dispor de legislação específica a mulher é amparada por legislação esparsa, pela Constituição Federal, Portarias e Políticas Públicas.

Não obstante as iniciativas legislativas pode-se concluir por meio dos diversos relatos colacionados ao longo da pesquisa, que a desinformação é o maior propagador da violência. Procedimentos desnecessários, evasivos e até humilhantes devem ser descaracterizados como “naturais” ou comuns de um parto. Conscientizar a sociedade, em especial as mulheres, é a mais concisa forma de embate a violência obstétrica. A utilização de ferramentas como as mídias sociais, podem ser uma forma eficiente e de alto alcance nacional, ponto este que difere o projeto nº7.633/2014 dos demais, pois muito mais do que simplesmente tipificar ele exige ações práticas de informação a população.

Contudo, a presente pesquisa foi além e comprovou ser a violência obstétrica uma violência de gênero e que sua banalização ou mesmo naturalização no meio médico e social reflete na sua minimização âmbito jurídico, que ainda enxerga como sendo apenas um erro médico, reduzindo a responsabilização a um reparo de ordem material ou mesmo moral. O tratamento judiciário, seja por meio de leis ou de decisões, deve ir além, sob pena de invisibilizar ainda mais, a forma mais dolorosa da concretização da violência sofrida pelas mulheres violentadas.

Ao ser identificado a violência, a mulher pode recorrer a Secretaria de Saúde, Ministério Público, Conselho de Enfermagem, Conselho Regional de Medicina ou, no caso em que a vítima desejar mover uma ação judicial, ela deve procurar um advogado ou a Defensoria Pública. A ação judicial pode ocorrer no âmbito cível ou penal. No campo cível as ações são ensejadas com respaldo no Código Civil, Código Defesa do Consumidor e Constituição Federal. No campo penal as ações são ensejadas com respaldo da Constituição Federal e Código Penal. Em ambos os campos a principal dificuldade encontrada no pleito é a comprovação do nexo causal, visto que esse procedimento é feito mediante perícia, que é feita por profissional de saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário ponderar alguns pontos de convergências e divergências observados nos acórdãos, analisados e filtrados conforme critério anteriormente estabelecido. Mesmo diante de latentes violações, dos direitos e princípios constitucionais, a exemplo a dignidade da pessoa humana, o direito à vida, o direito à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos, o direito à informação e o princípio da autonomia, percebe-se que os mesmos não são citados nos acórdãos, que se restringem a julgar tão somente no campo da responsabilidade civil, seja ela objetiva ou subjetiva. Frisando que ainda nos casos da responsabilidade subjetiva, o elemento nexo causal, acaba sendo comprometido, já que não invertida a ordem de provas

nos casos da violência obstétrica, onde o parto/atendimento é realizado sem testemunhas, tornase praticamente impossível a comprovação, por exemplo, de uma violação de caráter psicológico.

Valendo-se da teoria de Dworkin, pode-se certificar que mesmo na inexistência de uma lei que conceitue a violência obstétrica, nem tampouco estabeleça sanções na sua incidência, o fato não pode passar despercebido pelos tribunais, que em uma análise hermenêutica e principiológica, devem alicerçar e fundamentar suas condenações em leis já existentes ou ainda na guarda de direitos fundamentais constitucionalmente estabelecidos. No Brasil nossa Carta Magna, confere de forma isonômica direitos e garantias a homens e mulheres, dentre os quais estão à integridade física, psicológica e moral, todos reflexivos do princípio maior da dignidade da pessoa humana, todos com o objetivo de proteger o indivíduo em seu mais amplo sentido, atraindo para o Estado a resguarda desses direitos.

Dworkin partilha desse pensamento, sustentando que os princípios visam possibilitar que casos concretos recebam uma solução justa, mesmo na inexistência de regras específicas, reduzindo assim a aplicação de uma norma contrária em evidente injustiça, em razão do seu modo de aplicação. Não é necessária a aprovação de nenhum dos projetos em trâmite no congresso para que os direitos das mulheres em situação de parto passem a ser respeitados, basta que socialmente e culturalmente deixemos de enxergar a mulher como um berço reprodutor do Estado para tê-la como de fato é, titular de direitos e deveres como qualquer outro ser, devendo ser sua a dignidade e autonomia preservadas ainda que no momento do parto.

Dessa forma, conclui-se que muito mais que positivar a conduta da violência, ela deve ser combatida em nível cultural, com a promoção de medidas e campanhas que tenham como objetivo conscientizar a mulher, e tirar o estigma do parto, como sendo algo extremamente doloroso e de intervenção médica necessária. Da análise dos dispositivos legais já existentes, temos no código penal, código civil e código do consumidor normativas suficientes e capazes de punir, seja na esfera repressiva ou mesmo restitutiva, os danos causados as vítimas da violência obstétrica, bastando ao juiz, em uma posição hermenêutica standard, dentro da qual o juiz amolda seu dia a dia a partir de soluções e conceitos lexicográficos, recheando os despachos, decisões e sentenças com ementas jurisprudenciais.

A pesquisa foi eficaz em atestar que a prática da violência obstétrica vai além de uma lesão de dispositivo infraconstitucional, o que ocorre é uma violação de Direitos Humanos. Não se trata simplesmente do direito à saúde ou do direito à vida, entendida como vida digna. A Constituição, generosa e repleta de empatia, se dedica especificamente às questões como a

isonomia entre homens e mulheres, e assim, abre um campo normativo próprio ao enfrentamento da violência obstétrica.

Há um conjunto eloquente de dispositivos realçando a violência obstétrica e suficientemente capaz de tutelar à vulnerabilidade da gestante e conferindo-lhe especial proteção. Além disso, tanto a dignidade da pessoa humana quanto a vedação à tortura ou ao tratamento desumano ou degradante encontram perfeito emprego em situações de violência obstétrica.

Além de violar a integridade física da mulher e ser evidente óbice à concretização da dignidade da pessoa humana, a violência obstétrica se apropria e rompe com os direitos reprodutivos e sexuais da mulher, bem como com o seu direito de livre escolha e direito de decidir sobre o próprio corpo, figurando-se como evidente afronta a toda a gama de direitos fundamentais que lhe protegem.

Neste pensamento, a iniciativa de humanização do parto se converte na melhor opção para combater a violência obstétrica. Importante ainda destacar que mesmo tendo como centro da humanização o respeito à autonomia da parturiente, essas somente prevalecem em condições normais do parto, ou seja, na total ausência de perigo a esta, pois sendo o caso de risco eminente à vida a escolha pode ser desconsiderada, haja vista o resguardo de um direito maior que o no caso é a vida, que assume o protagonismo em face de sua relevância e tutela por nosso ordenamento. O mesmo se aplica ao recém-nascido, quando a autonomia de seus pais será respeitada, em sendo descartada a existência de riscos ao bebê, como inclusive, por diversas vezes, nossos tribunais já decidiram, como a exemplo transfusão de sangue em crianças cujos pais professam a religião das testemunhas de Jeová.

Essa devolução da autonomia e da condução do parto a mulher, nada mais é do que respeitar o processo que é natural e fisiologicamente aceito e preparado pelo corpo, largando a opção mecanizada, mercadológica, machista e puramente financeira que levou o parto a uma intervenção médica necessária e procedimentalizada, deixando a mulher como mero coadjuvante em um cenário que o médico é o protagonista, o que por si destoa completamente de sua realidade. Humanizar o parto é conferir não apenas autonomia, mas garantir o implemento de dignidade em sua forma mais concisa seja a mulher, ao nascituro ou mesmo aos seus familiares.

O desenho institucional justo do direito, portanto, somente se alcançará quando for atribuído igual valor moral a homens e mulheres, garantindo-se a não reprodução institucional dos padrões culturais excludentes que ainda vigem na sociedade brasileira e destruindo-se as barreiras ocultas que sustentam um estado de exceção que se faz regra, quando do assunto parto,

dado que mantido a despeito de todo um sistema de direitos e garantias institucionalizados e universalizados a todas as pessoas humanas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, Mar. 2011.
- ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. 5ª tiragem. São Paulo: Malheiros Editores, 2017.
- ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2014.
- ÁLVAREZ, Sonia. **Engendering democracy in brasil: women's movements in transición politics**. Pinceton: princeton university press. 1990.
- ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. GT3 - Violência contra a Mulher e Políticas Públicas- Coord. Sandra Lourenço A. Fortuna. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014.
- ARENCIBIA, jorge ricardo. Operación cesárea: recuento histórico. **Rev salud publica (bogota)**, v. 4, n. 2, p. 170-185, 2000.
- ARISTÓTELES. **Partes dos animais**. Tradução de Maria Fátima Souza e Silva. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 2010.
- ARSIE, Jaqueline Gonçalves. **Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher**. 95 f. Monografia (graduação em direito) universidade federal de santa catarina - ufsc, florianópolis, 2015.
- AZEREDO, Sandra *et al.* **Direitos reprodutivos**. São Paulo: FCC/DPE, 1991.
- BAEZ, narciso leandro xavier. A morfologia dos direitos fundamentais e os problemas metodológicos da concepção de dignidade humana em robert alexy. In: **dignidade humana e direitos sociais e não-positivismo**. Org.: robert alexy, narciso leandro xavier baez, rogerio luiz nery da silva. Florianópolis: qualis 2015.
- BAGGENSTOSS, GRAZIELLY ALESSANDRA; SANTOS, P. R. ; SOMMARIVA, S. S. ; HUGILL, M. S. G. . **Não há lugar seguro: estudos e práticas sobre violências contra as mulheres nas perspectivas dos direitos sexuais e reprodutivos**. 1. ed. Florianópolis: Editora Centro de Estudos Jurídicos (CEJUR), 2019. v. 1. 333p .ro de Estudos Jurídicos (CEJUR), 2019. v. 1. 333p .
- BAGGENSTOSS, G. A.. DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES: **O MÍNIMO EXISTENCIAL DIFERENCIADO PELO GÊNERO**. In: Maria Claudia Crespo Brauner; Silvana Beline Tavares; Loiane da Ponte Souza Prado Verbicaro. (Org.). **GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO I**. 1ed. Florianópolis: CONPEDI, 2018, v. 1, p. 61-81.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROSO, Luis. Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo - Natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. **Revista Interesse Público**, v. 76, p. 29–70, 2012.

BASILE, A. L. O; PINHEIRO, M. S. B. Centro de Parto Normal: **O Futuro no Presente**. São Paulo. 2004.

BILDER, Richard B. An overview of international human rights law. In: Hannum, Hurst (Editor). **Guide to International Human Rights Practice**. 2. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992. p. 3-5.

BOBBIO, Noberto. **A Era dos Direitos**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 32

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 13.ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BOWSER d, HILL k. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Bethesda, maryland: usaidtraction project; 2010.

BRASIL. Agência nacional de saúde suplementar (ans). **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no brasil: cenários e perspectivas**. Rio de janeiro: ans, 2008.

BRASIL. Agência nacional de saúde suplementar (ans). **Resolução normativa nº 368, de 6 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.

BRASIL. Agência nacional de vigilância sanitária (anvisa). **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Brasília: anvisa, 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI da Mortalidade Materna**. Brasília, DF; 2000.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Relatório da cpi da mortalidade materna**. Brasília (df), 2001. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2015.

Brasil. Câmara dos deputados. **Relatório da cpi da mortalidade materna**. Brasília, df; 2000.

BRASIL. Código Civil de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acessado em: 25/10/2019.

BRASIL. **Código civil**. Vade mecum compacto. São paulo: saraiva, 2015.

BRASIL. **Código de defesa ao consumidor (lei 8.078/90)**. Vade mecum compacto. São paulo: saraiva, 2015.

BRASIL. **Constituição federal**. Vade mecum compacto. São paulo: saraiva, 2015.

BRASIL. **DECRETO Nº 89.460, DE 20 DE MARÇO DE 1984**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 11.108, de 11 de março de 2005**. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 21 out. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 15.759, de 25 de março de 2015**. Assembleia legislativa do estado de são paulo. São paulo, sp. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>. Acesso em: 19 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde - sus.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da constituição federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal; e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do sistema único de saúde.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (estatuto da criança e do adolescente), o decreto-lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (código de processo penal), a consolidação das leis do trabalho (clt), aprovada pelo decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, a lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a lei no 12.662, de 5 de junho de 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos humanizados; v. 4. Universidade estadual do ceará. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares**. Ministério Brasília: editora do ministério da saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / secretaria de políticas de saúde. – Brasília: ministério da saúde, 2001b. Disponível em: <http://pdfc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ministério da saúde, secretaria de políticas de saúde, área técnica da mulher.** – Brasília: ministério da saúde, 2001a. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF, 2001

BRASIL. Ministério da saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, df, 2001.

BRASIL. Programa das nações unidas para o desenvolvimento (pnud). **Coleção de estudos temáticos sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio da rede de laboratórios acadêmicos para acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio.** Disponível em: <https://www.br.undp.org/>. Acesso em: 04 jun. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7633/2014.** Situação atual: Aguardando parecer do relator da Comissão de Educação. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=31384479C7F1D181D5F7B23D6990F5E4.proposicoesWeb2?codteor=1257785&fileName=PL+7633/2014 Último acesso: 29 Out. 2019.

BRASIL. **Projeto de lei nº. 2589/2015.** Deputado federal pr. Marco feliciano (psc/sp). Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/prop_mostrarintegra?. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. **Projeto de lei nº. 7633/2014.** Deputado federal sr. Jean wyllys (psol-rj). Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Senado federal. Brasília, 27 de maio de 2014d. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/prop_mostrarintegra?. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agrg no agravo em recurso especial nº 221.113 – rj.** Agravante: município do rio de janeiro. Agravado: carla ferreira grees do nascimento e outro. Relator: min. Herman benjamin. Brasília, 23 de outubro de 2012. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?Componente=ita&sequencial=1189462&num_registro=201201775319&data=20121031&formato=pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agrg no agravo em recurso especial nº 628.542 – rj.** Agravante: município do rio de janeiro. Agravado: r de o r (menor impúbere). Repr. Por: renata ferreira de oliveira e ricardo monteiro ribeiro. Relator: min. Sérgio kukina. Brasília, 05 de fevereiro de 2015. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?Componente=ita&sequencial=1380292&num_registro=201403165739&data=20150213&formato=pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agrg no agravo em recurso especial nº 180.480 – sp.** Agravante: clínica são caetano ltda. Agravado: fernanda righi virgulino silveira. Relator: min. Ricardo villas boas cueva. Brasília, 18 de fevereiro de 2014. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?Componente=ita&sequencial>

= 1297860&num_registro=201201025986&data=20140228&formato=pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agrg no agravo em recurso especial nº 672.584 –df**. Agravante: distrito federal. Agravado: m.e.p.c. (menor impúbere). Repr. Por: : z p das. Relator: min. Og fernandes. Brasília, 22 de setembro de 2015. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?Componente=ita&sequencial=1446199&num_registro=201500464180&data=20151007&formato=pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Edcl nos edcl no agravo em recurso especial nº706.352 – mg**. Embargante: fundação de assistência integral à saúde – hospital sofia feldman. Embargado: f j g de s (menor). Repr. Por: eliésio soares de souza e maria lúcia gonçalves de souza. Relator: min. Raul Araújo. Brasília, 10 de março de 2016. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?Componente=ita&sequencial=1495357&num_registro=201501030808&data=20160330&formato=pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso especial nº 1.195.656 – ba**. Recorrente: domingos José Garcia Herranz. Recorrido: tânia ribeiro lomanto. Relator: min. Massami Uyeda. Brasília, 16 de agosto de 2011. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?Componente=ita&sequencial=1079816&num_registro=201000946620&data=20110830&formato=pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso especial nº 719.738 – rs**. Recorrente: estado do rio grande do sul. Recorrido: ana maria bresolin. Relator: min. Teori Zavascki. Brasília, 14 de maio de 2017. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?Doctp=tp&docid=4463295>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ag.reg. No agravo de instrumento 852.237 - rio grande do sul**. Agravante: união. Agravado: vania daniela freitas cardoso. Relator: min. Celso de mello. Brasília, 25 de junho de 2013. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?Doctp=tp&docid=4463295>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ag.reg. No recurso extraordinário 600.866 - rio de janeiro**. Agravante: município do rio de janeiro. Agravado: norma maria de souza. <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?Doctp=tp&docid=3189010>. Acesso em: 16 fev. 2019

CANCIAN, Natália. Ministério da Saúde veta uso do termo 'violência obstétrica': Orientação causa reação entre especialistas e grupos de defesa das mulheres. **Jornal Folha de São Paulo**. Caderno Cotidiano, 7 de maio de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termoviolencia-obstetrica.shtml?loggedpaywall>. Acesso em: 21 out. 2019.

CARVALHO V,F, KERBER NPC, BUSANELLO J, GONÇALVES GB, RODRIGUES FE, AZAMBUJA EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista Escola de Enfermagem**, USP. 2012; 46: 1.

CARVALHO VF; KERBER NPC; BUSANELLO J; GONÇALVES GB; RODRIGUES FE;

AZAMBUJA EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2012; 46: 1.

CASSIN, René. **El problema de la realización de los derechos humanos en la sociedad universal**. In: **V/ente Anos de Evolucion de los Derechos Humanos**. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1974. p. 397.

CASTILHO, ricardo. **Direitos humanos**. 2ª ed. São paulo: saraiva, 2013.

CHAUÍ, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas Antropológicas da Mulher** (pp. 25-62). Rio de Janeiro: Zahar.

CLOTET, Joaquim. **O consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: Edipucrs, 2000. p. 11.

CONFERÊNCIA Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em San José de Costa Rica, em 22.11.1969.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009**. Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm. Acesso em: 26 dez. 2019.

CONVENTION on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Dec. 18, 1979, G.A. Res. 180, U.N. GAOR, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46 (1980), reprinted in 19 I.L.M. 33.

CREMESP - **ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA** Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Cremesp. 2011.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. 2015. 46 f. Monografia (Bacharelado em Direito)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

DAVIS-FLOYD. Robbie E. The rituals of American hospital birth. **Conformity and conflict: readings in cultural anthropology**. p 323-340, 1994.

DIAS, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.**, v.1, n.1, p.80-91, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2795253/mod_resource/content/1/O%20_corte%20por%20cima_%20e%20o%20_corte%20por%20baixo_%20o%20abuso%20de%20cesa_reas%20e%20episiotomias%20em%20Sa_o%20Paulo%20%281%29.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020

DÍAZ, c. – la manobria de krieteller: revisión de las evidencias científica. **Matronas profesión.** 12 (3): 89-9, 2011.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Vol. 10, mar.2005. p. 627- 637.

DINIZ, s. G.; DUARTE, a. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (o todo homem também).** São paulo: editora unesp, 2004.

DINIZ, SG; SALGADO, HO; ANDREZZO, HFA; CARVALHO, PGC; CARVALHO, PCA; AGUIAR, CA, *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** 2015; 25(3):377-84.

DINIZ, sg; SALGADO, ho; ANDREZZO, hfa; CARVALHO, pgc; CARVALHO, pca; AGUIAR, ca, *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev bras crescimento desenvolv hum.** 2015.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.**, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

DUARTE, Ana Cristina. **Violência obstétrica.** Sl. 2013. Disponível em: <http://estuda:melania.blogspot.com.br/2013/02/guest-post-violencia-obstetrica-by.ana.html>.. Acesso em: 10 ago. 2019.

DWORKIN, Ronald. **Levando os Direitos a Sério.** São Paulo: Martins Fontes, 2010

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio.** São Paulo: Martins Fontes. 2001.

DWORKIN, Ronald. **O domínio da vida:** aborto, eutanásia e liberdades individuais. Trad. Jerferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ENKIn M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.

FAUSTINO, Hélia Ribeiro. **Violência obstétrica.** 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Direito. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Brasília, 2016.

FAUSTINO, Hélia ribeiro. **Violência obstétrica.** 27 f. Trabalho de conclusão de curso de direito. Instituto do câncer do estado de são paulo, Brasília, 2016.

FERREIRA, ABH. Novo dicionário eletrônico Único Aurélio verso 5.0 em CD-ROM. São Paulo: Positivo Informática; 2004.

FIOCRUZ. Fundação osvaldo cruz. **Fiocruz pesquisa aumento de cesáreas no brasil.** 2012. Disponível em : <http://www.blogsaude.gov.br/fiocruzpesquisa-aumento-de-cesareas-no-brasil>. Acesso em 22/10/2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 3. ed. Graal, Rio de Janeiro, 1982.

- FRANCO, Marcelo Veiga. Direitos humanos x direitos fundamentais: matriz histórica sob o prisma da tutela da dignidade da pessoa humana. In: OLIVEIRA, Márcio Luís de (Coord.). **O Sistema Interamericano de proteção dos direitos humanos: interface com o direito constitucional contemporâneo**. Belo Horizonte: Del Rey, 2007.
- FRANZOI, Jackeline Guimarães Almeida. Dos direitos humanos: breve abordagem sobre seu conceito, sua história, e sua proteção segundo a Constituição brasileira de 1988 e a nível internacional. **Revista Jurídica Cesumar**, Paraná, v. 3, n. 1, 2003.
- GRIBOSKI RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**. 2006 Jan-Mar; 15(1):107-14
- GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 3 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.
- GUSTIN, Miracy; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re) Pensando a pesquisa jurídica**. 4. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2013, p. 22-23.
- HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. v. I. Trad. Flávio Siebeneichler.
- HABERMAS, Jürgen. Sobre a legitimação pelos direitos fundamentais. In: MERLE, Jean-Crhistophe, MOREIRA, Luiz (Org.). **Direito e legitimidade: escritos em homenagem ao Prof. Dr. Joaquim Carlos Salgado por ocasião de seu decanato como professor titular de teoria geral e filosofia da faculdade de Direito da UFMG**. São Paulo: Landy, 2003
- HAZAR, Michele Rocha Côrtes. **A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES NA CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO: uma análise da apropriação do poder disciplinar e do biopoder pelo discurso jurídico**. **Dissertação (Mestrado em Direito)** - . Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde da Universidade FUMEC, Belo Horizonte, 2018.
- HIPÓCRATES. **Aforismos**. São Paulo: Martin Claret, 2007.
- HOTIMSKY, s. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese de doutorado. Universidade de são paulo, 2007. São paulo-sp.
- KANT, Immanuel. Groundwoork of the Metaphisic of Morals. In: PASTERNAK, Lawrence. Immanuel Kant: **Groundwoork of the Metaphisic of Morals**. New York: Roytledge, 2002.
- LANSKY, Sonia . Por um novo modo de nascer no Brasil. In: Baianca Cruz Magdalena. (Org.). **Parteiras Caiçaras: relatos e reatratos sobre parto e nascimento em Cananeia, SP**. 1ed.Londrina: Idealiza, 2011, v. 1, p. 35-41.
- LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.
- MAHENDRU, r. – shotening the second stage of labor?. J. Turkish-german gynecol assoc. 11: 95-8, 2010. | Mattar rr, aquino mma, mesquita mrs. **A prática da episiotomia no brasil**. Rev bras ginecol obstet. 2007; 29(1):1-2.

MATSUO, K. *et al.* – Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. **Arch Gynecol Obstet.** 280: 781- 786, 2009.

MATTAR, RR; AQUINO, MMA; MESQUITA, MRS. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2007; 29(1):1-2.

MORAES, alexandre de. **Direitos humanos fundamentais.** 9ª ed. São paulo: atlas, 2011.

MOSCHEN, carlos pimentel, *et al.* "fórceps: instrumento importante ni desfecho de partos sob analgesia peridural. **rev bras ginecol obstet** 12.3 (1990): 84-6.

MOURA, Elisangela Santos de. Direito à saúde na Constituição. **Revista Jus Navigandi,** Teresina, ano 18, n. 3730, 17 set. 2013. Acesso em: 29 maio. 2019.

OLIVEIRA, Cida de; ANDRADE, Yohana de. As outras dores do parto. **Revista Brasil,** Ed. 69. S.l. 2012. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/revistas/2013/04/as-outrasdores-do-parto/>. Acesso em: 21 out. 2019.

OLIVEIRA, Samuel Antonio Merbach de. A Teoria Geracional dos Direitos do Homem. In: **Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia,** 03/2010. Disponível em: http://www.theoria.com.br/edicao0310/a_teorias_geracional_dos_direitos_do_homem.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO-PNUD. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>. Acesso em: 21 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/who_rhr_14.23_por.pdf . Acesso em: 26 jun. 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf . Acesso em: 26 Jun. 2019.

PARÁ, **Convenção de Belém-PA.** Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Expedida na cidade de Belém do Pará, Brasil, em 09 de julho de 1994. Disponível em: http://pfdc.pgr.mp.br/atuacao-e-conteudos-deapoio/legislacao/mulher/convencao_interamericana_dec_3956.pdf. Acesso em: 10 ago. 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”.** 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em 12 jul. 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “Parirás com dor”.** Brasília: Mulheres em rede pela Maternidade Ativa. 2012.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica é violência contra a mulher:** mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. – 1. Ed. – São Paulo: Parto do Princípio/ Espírito Santo: Fórum de mulheres do Espírito Santo, 2014. 13 p.

PELLOSO, sandra marisa; PANONT, kelly tatiana; DE SOUZA, katia michelli prudêncio. Opção ou imposição” motivos da escolha da cesárea. **Arquivos de ciências da saúde da unipar**, v. 4, n. 1, 2000.

PINHEIRO, m.c. D.; LOPES, g. T. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 117-131, June 1993. Available from . Access on 04 oct. 2017.

PINTASSILGO, Sónia Isabel Gonçalves Cardoso. **O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal**. Tese. Doutorado em Sociologia. Instituto Universitário de Lisboa. Escola de Sociologia e Políticas Públicas, 2014.

REHUNA – Carta de Campinas. In: Rattner D e Trench B. **Humanizando Nascimentos e Partos**. São Paulo: Editora Senac, 2005. Disponível em <http://www.rehuna.org.br/index.php/14-quem-somos/63-historia>. Acesso 09 ago. 2019.

REIS, A. E., PATRICIO, A. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciências da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, Set./Dez. 2005.

RIESCO, m. L. G., COSTA, a. D. S. C. D., ALMEIDA, s. F. S. D., BASILE, a. D. O., OLIVEIRA, s. M. J. V. (2011). Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev enferm uerj**, 19(1), 77-83.

ROCHA, Enid. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Flávio Tonelli Vaz, Juliano Sander Musse, Rodolfo Fonseca dos Santos (Coords). Brasília: ANFIP, 2008, p. 131-148.

SANTA CATARINA. **Decreto-Lei nº17.097, de 17 de Janeiro de 2017**. Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 21 out. 2019.

SANTIAGO, Dayze Carvalho.; SOUZA, Wanessa Kerlly. Violência obstétrica: uma análise das consequências. **Revista Científica da FASETE**, 2017.2. p. 148 – 164.

SANTOS, Enoque Ribeiro dos. **Direitos humanos e negociação coletiva**. São Paulo: LTr, 2004.

SANTOS, Sidney Francisco Reis dos. **Mulher:** sujeito ou objeto de sua própria história? Florianópolis: OAB/SC, 2006.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. Conceituando “Empoderamento” na perspectiva feminista. In: **I Seminário Internacional: Trilhas do Empoderamento de Mulheres – Projeto TEMPO**, promovido pelo NEIM/UFBA, em Salvador, Bahia, de 5-10 de junho de 2006. Transcrito. 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Imprensa: Porto Alegre, Livr. do advogado, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SARTORE, a. *Et al.* – the effects of uterine fundal pressure (kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. **Arch gynecol obstet**. 286: 1135-1139, 2012.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 9ªed. São paulo: malheiros, 1992.

SILVANI, Cristiana Maria Baldo. **Parto humanizado: uma revisão bibliográfica**. 2010.

SIMAS, raquel; MENDONÇA, sara souza. O caso adélir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito the court case of adélir and the humanization of childbirth movement: reflections on violence, power and rights. **Vivência: revista de antropologia**, v. 1, n. 48, p. 89-103, 2016.

TEIXEIRA, Lílíana Raquel Machado. **Indução do trabalho de parto: métodos farmacológicos**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, abril, 2010.

TORNQUIST, cs. **Parto e o poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil** [tese]. Florianópolis (sc): universidade federal de santa catarina; 2004.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENTURI JÚNIOR, G; AGUIAR, JM; HOTIMSKY, SN. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado – 2010. In: 7o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2011; **Anais...** Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras; 2011. p. 1-6.

VENTURI, júnior g; AGUIAR jm; HOTIMSKY sn. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado – 2010. In: 7o congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal; 2011; **Anais...** belo horizonte, brasil. Belo horizonte: associação brasileira de obstetizas e enfermeiros obstetras; 2011. P. 1-6.

VIEIRA, EM. **A medicalização do corpo feminino, pp. 67-78. In K Giffin & SH Costa. Questões da saúde reprodutiva**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

WOLFF, leila regina; WALDOW, vera regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade**, 2008, 17: 138-151.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority.** Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2). Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acesso em: 30 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in **Normal Birth: a practical guide.** Report of a Technical Working Group. Genebra. Disponível em http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 21 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group.** Genebra. Disponível em http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51552/9789275321027_spa.pdf?Sequence=1&isallowed=y. Acesso em 21 out. 2019.

WULFING, JULIANA, AND GRAZIELLY ALESSANDRA BAGGENSTOSS. "**Direitos humanos e movimentos sociais como manifestação para a transformação do Estado Brasileiro.**" Revista de Movimentos Sociais e Conflitos 2.1 (2016): 270-285.

ZASCIURINSKI, Juliana Miranda. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma contribuição para o debate a cerca do empoderamento feminino. In: **XII SEMANA DA MULHER - MULHERES, GÊNERO, VIOLÊNCIA E EDUCAÇÃO.** Núcleo de direitos humanos e cidadania de Marília FFC – UNESP, campos Marília, 2015. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violenciaobstetrica_juliana-miranda.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.