



**FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – FUPAC
FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS DE ITABIRITO
CURSO DE DIREITO**

JAQUELINE SOUZA GOMES DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA CONVALIDAÇÃO POR MEIO DO
PARÁGRAFO 2º DO ARTIGO 5º DA RESOLUÇÃO 2232/19 DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA**

**ITABIRITO
2020**

JAQUELINE SOUZA GOMES DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA CONVALIDAÇÃO POR MEIO DO
PARÁGRAFO 2º DO ARTIGO 5º DA RESOLUÇÃO 2232/19 DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade Presidente Antônio Carlos de Itabirito, Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Raphael Furtado Carminate

**ITABIRITO
2020**

Jaqueline Souza Gomes de Oliveira

**A violência obstétrica e sua convalidação por meio do parágrafo 2º do artigo 5º da
Resolução 2232/19 do Conselho Federal de Medicina**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade Presidente Antônio Carlos de Itabirito, Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: 11/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Raphael Furtado Carminate (Orientador)
Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC

Prof. Bernardo Nogueira
Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC

Prof. Luiz Garcia
Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao meu marido Edivan, que me acompanhou no meu primeiro dia de aula e me apoiou incondicionalmente durante esses 5 anos.

Agradeço as minhas filhas, Lívia, Taís, Vitória e Maria Eduarda, que souberam compreender minha ausência. Vocês são o meu principal incentivo para a realização desse sonho.

Agradeço aos meus pais, por terem me guiado, através da educação e de princípios que me tornaram quem eu sou hoje. Aos meus irmãos, que mesmo distantes, continuam caminhando ao meu lado e são meus amigos de jornada, sou grata pela confiança de que eles estarão sempre aqui por mim, e eu por eles.

A todos os meus colegas de turma, mas de maneira especial a estes: Alex, Claudineia, Francielly, Gisele, Laura, Leonardo, Luana e Sirlene, agradeço pela união, amizade e companheirismo durante o curso. A graduação me proporcionou amigos para a vida inteira. Sou imensamente grata!

Agradeço à UNIPAC Itabirito pelo ensino de excelência e a todo o corpo docente pelo aprendizado.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Raphael Furtado Carminate, por ser um grande exemplo de profissional acadêmico.

Por fim, agradeço a Deus, “inteligência suprema, causa primária de todas as coisas”.

Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados.

Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

Este trabalho trata sobre a violência obstétrica e sua convalidação por meio do parágrafo 2º do artigo 5º da resolução 2232/19 do Conselho Federal de Medicina. A metodologia utilizada para esta pesquisa é a revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica e documental. Tem-se por objetivo debater se o parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232 do CFM viola a autonomia privada da mulher, ferindo seus direitos sexuais e reprodutivos. Em seguida, será abordado o direito à saúde sob a perspectiva da construção da ideia da saúde como direito inerente a todo cidadão e também, a conquista do o direito da mulher à saúde. Discutir-se-á logo após, a violência obstétrica sob o prisma da legislação brasileira, assim também como o tratamento legal dado ao assunto em outros países como Argentina, Venezuela e México. Por fim, será traçada uma análise do parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232 do CFM, a fim de demonstrar que este dispositivo viola a autonomia privada da mulher, fere seus direitos sexuais e reprodutivos na medida em que nega à gestante o direito de se recusar a receber determinado tratamento obstétrico, apoiando-se na ideia de prioridade da vida do feto, na medida que a mulher não pode se colocar em primeiro plano, sendo seu ato de vontade considerado como abuso de direito. Tal análise leva ao entendimento de que o dispositivo supracitado corrobora por legitimar a violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direito das Mulheres. Autonomia Privada. Gestante. Dignidade da pessoa humana.

ABSTRACT

This study talks about the obstetric violence and its legitimization by means of the 2nd paragraph of the 5th article of the resolution 2.232/19 from the Federal Council of Medicine. The methodology used for this research is the revision of the literature, by bibliographic and documental research. It has as a goal to debate if the 2nd paragraph of the 5th article of the resolution 2.232 from CFM (acronyms from Federal Council of Medicine) violates the private autonomy of women, harming their sexual and reproductive rights. Next, it will be discussed the right to healthcare under the perspective of the construction of the idea of healthcare as an innate right to all citizen and also, the achievement of women's right to healthcare. It shall be discussed, right after, the obstetric violence under the Brazilian's legislation's perspective, as also as the legal treatment give to this matter in other countries, such as Argentina, Venezuela and Mexico. In conclusion it will be traced an analyzes of the 2nd paragraph of the 5th article of the resolution 2.232 from (CFM) in order to demonstrate that this legal provision violates the private autonomy of the women, it harms their sexual and reproductive rights insofar as it denies the pregnant women the right to refuse receiving certain obstetric treatment, laying on the idea of the priority of the life of the fetus, insofar as the women's lives can't come first, being their will considered an abuse of right. Such analyzes takes us to the understanding that the supra mentioned legal provision corroborates to legitimize the obstetric violence.

Keywords: Obstetric Violence. Women's Rights. Private Autonomy. Pregnant. Dignity.

ABREVIACÕES

PL – Projeto de Lei

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

SARS-CoV-2 – Síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2

COVID – Doença de Coronavírus

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ONU – Organização das Nações Unidas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação

CFM – Conselho Federal de Medicina

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

MPF – Ministério Público Federal

ACP – Ação Civil Pública

CNDH – Conselho Nacional dos Direitos Humanos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	11
1.1 A evolução do parto	11
1.2 Caracterização da violência obstétrica	13
1.2.1 <i>Algumas formas de violência</i>	17
1.2.1.1 <i>A episiotomia</i>	17
1.2.1.2 <i>Manobra de kristeller</i>	18
1.2.1.3 <i>Cesarianas eletivas</i>	18
1.2.1.4 <i>Restrição de posição para o parto</i>	20
1.2.1.5 <i>Lei do acompanhante e a COVID-19</i>	20
2 DIREITO À SAÚDE	23
2.1 A construção da ideia da saúde como direito do cidadão	23
2.2 O direito da mulher à saúde	26
3 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE AUTONOMIA PRIVADA	29
3.1 Autonomia corporal e saúde	30
3.2 Autonomia da Mulher	33
4 A LEGISLAÇÃO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	35
5 ANÁLISE DA RESOLUÇÃO 2232/19 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

INTRODUÇÃO

Em que pese a conceituação de violência obstétrica ser muito recente, a prática deste abuso é demasiadamente arraigada à sociedade. Essa modalidade de violência se manifesta de inúmeras maneiras sendo que todas essas formas apontam para uma afronta à autonomia privada da mulher.

Esse tipo de violência, apesar de seu conceito estar ainda em construção, se caracteriza pelo desrespeito às mulheres, seus corpos e seus processos reprodutivos, negando a elas, a possibilidade de tomar decisões sobre o desenvolvimento do seu trabalho de parto e impondo um tratamento desumanizado com abuso de medicalização dentre outras práticas.

Devido ao fato de o ordenamento jurídico brasileiro não possuir norma específica que tutele a mulher gestante no que tange à violência obstétrica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) promulgou a Resolução 2.232/19 em 16 de setembro de 2019, com o objetivo de nortear e estabelecer normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.

Vale ressaltar que a resolução supracitada teve como principal objetivo regulamentar a recusa terapêutica de forma geral, ou seja, por parte dos pacientes de maneira ampla.

Ocorre que o artigo 5º, parágrafo 2º da referida resolução, dispõe sobre a vedação da recusa terapêutica por parte da gestante, demonstrando que nesse caso, a recusa deveria ser analisada sob a perspectiva do binômio mãe/feto e, o ato de vontade da mãe poderia caracterizar abuso de direito relacionado ao feto.

O presente trabalho tem por objetivo analisar se o parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232 do CFM viola a autonomia privada da mulher, ferindo seus direitos sexuais e reprodutivos, convalidando a violência obstétrica.

Com esta finalidade, parte-se da hipótese que o parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232/19 do CFM viola a autonomia privada da mulher, na medida que fere o artigo 5º da Constituição Federal, inciso II, que assegura que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, e inciso X, que trata sobre serem “invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas”. Desrespeita também o artigo 15 do Código Civil brasileiro, o qual garante que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, e, não leva em consideração seus direitos sexuais e reprodutivos.

Desta forma, para viabilizar o teste da hipótese, supramencionada, a metodologia utilizada para esta pesquisa será revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

Para que o tema seja exposto de forma a possibilitar uma maior clareza de entendimento no que se refere ao problema, em primeiro plano será apresentada uma contextualização sobre a violência obstétrica, iniciando pela história do parto e abordando algumas espécies desta violência.

Nesta perspectiva, será tratado o direito à saúde sob o prisma da construção da ideia da saúde como direito inerente a todo cidadão e também, a conquista do direito da mulher à saúde.

Posteriormente, seguem breves considerações sobre a autonomia privada, discussões acerca da autonomia corporal e saúde, além de argumentações sobre a autonomia da mulher na contemporaneidade.

Em seguida, discutir-se-á a violência obstétrica sob o enfoque da legislação brasileira, assim também como o tratamento legal dado ao assunto em outros países como Argentina, Venezuela e México.

Por fim, será traçada uma análise do parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232/19 do CFM, com o propósito de analisar se este dispositivo viola a autonomia privada da mulher, se fere seus direitos sexuais e reprodutivos convalidando a violência obstétrica. Portanto, o presente trabalho pretende fomentar o debate sobre o assunto, por considerar de primordial importância para a superação deste problema, ou seja, se o parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232/19 do CFM viola a autonomia privada da mulher.

1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1.1 A evolução do parto

Desde as mais remotas épocas, tanto o Direito quanto a sociedade vêm passando por constante evolução que implica em desenvolvimento contínuo. Assim como o Direito sofreu e sofre influências da sociedade que vive em constante movimento e avanço, não foi diferente com o parto, que também passou por incontáveis alterações com o decorrer dos anos.

Dentre essas modificações, contam-se a inversão do seu protagonismo, a perda do status de um momento íntimo para um acontecimento cultural, passou a ser realizado em hospitais e não mais em ambiente doméstico. Antes, orientado por mulheres parteiras e agora por médicos, em sua maioria homens (PONTES *et al.*, 2014). Essas modificações tiveram como causas o advento da tecnologia, a institucionalização do parto, a evolução da indústria e do comércio farmacêutico e, também da medicina. A reunião de todos esses fatores deu um caráter mecânico e banal à parturição (SEIBERT *et al.*, 2005).

Essas mudanças pelas quais passou o parto, com intervenções que muitas vezes causam danos físicos e psicológicos às mulheres, resultaram em várias consequências, sendo a mais grave e danosa delas, a perda da autonomia sofrida pela mulher. A razão pela qual se deu essa perda de autonomia está alicerçada principalmente no progresso da medicina, que tomou conta do processo do parto, se apropriou do corpo da mulher, transformando-a em um mero objeto, usurpando dela o papel de protagonista no nascimento (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

O parto, que anteriormente era tido como um momento especial e íntimo, reservado à família, deu lugar a um evento rotineiro, dentro do cotidiano dos hospitais. Neste cenário, os anseios da mãe são desconsiderados, sobrelevam-se as práticas intervencionistas como arquétipo de cuidados, geralmente capitaneadas por homens, que nem sempre são capazes de entender o parto em sua essência (PONTES *et al.*, 2014).

Antigamente, fazia parte dos costumes a realização do parto por mulheres conhecidas como parteiras ou aparadeiras.

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio (BRENES, 1991, p. 135).

Os partos que eram realizados em casa, muitas vezes sob o apoio de familiares, num ambiente acolhedor, aos cuidados de outras mulheres, as parteiras ou aparadeiras, portanto era um evento exclusivamente feminino.

Neste mesmo sentido, é o posicionamento do Ministério da Saúde:

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2001, p. 17).

Com o passar do tempo, é possível notar que o nascimento perdeu o status de um acontecimento natural, íntimo e familiar, com raras intervenções médicas e passou a ser objeto de controle por parte do Estado e da igreja que visavam garantir a redução do aborto e de infanticídios, além de garantir que as parteiras professassem a fé católica (PONTES *et al.*, 2014).

A partir do século XVI, essa tradição começa a sofrer regulamentações, governamentais ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades europeias a exames prestados diante de comissões municipais ou eclesiásticas. O ponto fundamental dessa regulação relaciona-se à garantia do estado emergente e da igreja de que não seriam realizados abortos e infanticídios. Exigia-se da parteira examinada pelas comissões a profissão da fé cristã, o saber batizar o recém-nato moribundo, e moral e reputação ilibadas (GIFFIN; COSTA, 1999, p. 69).

Dáí em diante, verifica-se cada vez maior o interesse da medicina pelo tema, o que proporcionou o desenvolvimento de procedimentos tais como cirurgias, uso de anestésias e a noção de assepsia, com a finalidade de garantir maior segurança dentro dos hospitais, frente a precariedade de condições da época (GIFFIN; COSTA, 1999).

No Brasil, o cenário do nascimento permaneceu desta maneira, com uma formação essencialmente feminina, até a chegada da Corte Portuguesa, em 1808, quando começaram a ser implantadas as escolas de medicina (BRENES, 1991).

Desde então, o nascimento passou a sofrer interferências cada vez mais intensas por parte da medicina, de modo que atualmente, pode-se dizer que é quem dita as regras de todo o processo.

Cada vez mais presentes ao lado das parturientes, os médicos tornaram-se especialistas não só do parto, mas também da gravidez, do puerpério, da saúde e das doenças dos recém-nascidos, associando a experiência aos conhecimentos científicos produzidos nas principais faculdades de medicina europeias; assim, formou-se um novo especialista no século XIX: o obstetra (MARTINS, 2004, p. 78).

Assim, com o passar do tempo, com a profissionalização do parto, o advento da tecnologia, o aumento da medicalização, com o excesso de intervenções, relegou-se a segundo plano o aspecto humano do processo do nascimento.

O parto que era um acontecimento íntimo, um fenômeno anímico, com início e prosseguimento ditados pelo corpo feminino, deu lugar a um evento cirúrgico, dentro de uma sala fria, cheia de pessoas desconhecidas.

É óbvio que esse avanço trouxe benefícios. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44% (BRASIL, 2018), e essa conquista se deve ao aperfeiçoamento das técnicas, dos medicamentos, da medicina de forma geral, o cerne principal é o excesso do uso de técnicas de forma indiscriminada, de medicalização etc.

Desde então, o Direito tem voltado os olhos para a questão do nascimento, principalmente no que tange ao protagonismo da mulher na hora do parto, entendendo que é ela quem deve tomar as decisões importantes. Para que isso ocorra, é necessário uma relação de confiança entre ela e o médico, construída por meio de diálogo que possibilite que a mulher consiga fazer a melhor escolha, compreendendo que os bens maiores ali são o seu corpo e a sua saúde (BARBOSA; LEAL; ALMEIDA, 2020).

1.2 Caracterização da violência obstétrica

Para iniciar a abordagem sobre o tema, necessário se faz traçar alguns esclarecimentos acerca do conceito de violência. A violência é definida pelo Relatório Mundial que trata sobre violência e saúde, estruturado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, da seguinte forma:

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, p. 05).

No entendimento de Marilena Chauí (1998, *online*), delimita-se violência como:

[...] um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, pela intimidação, pelo medo e pelo terror. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos.

Isso posto, fica evidente que o conceito de violência abarca também a ideia de violência obstétrica, que se exterioriza por meio da demonstração de poder, com ameaças, intimidações, negligências e omissões, por parte dos profissionais de saúde.

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, s/p).

Neste contexto, cabe ressaltar que esta apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, que gera sua objetificação se dá em duplo aspecto. Isso porque os médicos, além de assumir o lugar de destaque no momento do parto, se utilizam de sua posição de detentores do saber específico também para fazer o mesmo com relação ao resultado final do parto, qual seja, o bebê. Desconsiderando completamente quem deveria estar no centro de todo o processo, e que está sendo tratada como um mero corpo reprodutor, a mãe (AGUIAR, 2010).

Ademais, historicamente a mulher sempre foi objetificada, subjugada. Antes de casar pertencia ao pai, depois ao marido a quem devia obediência e servidão. Para quem serviria como um meio de lhe garantir a continuidade do nome, da estirpe e nada mais (SIERAKOWSKI *et al.*, 2020).

À medida em que acontece o avanço da medicina, ocorre a perda do espaço da mulher como protagonista na cena do parto, tanto parindo quanto amparando a parturição. A mãe perde a autonomia do próprio corpo durante o período que compreende a gravidez e durante o parto assumindo de vez o papel de simples invólucro do filho de seu senhor, mera parideira. E as parteiras, perseguidas, desqualificadas, pois seus conhecimentos eram empíricos, perderam lugar para os médicos, uma vez que esse ambiente foi sendo ocupado por homens que podiam estudar (BRENES, 1991).

O sofrimento e a violência suportados pela mulher ao dar à luz, foi historicamente legitimado, sob o argumento de que tal padecimento se destinava a expurgar o pecado da concepção. Esse fato ratificava, de certa forma, a escolha pelo não alívio da dor, ao contrário, pelo aumento do sofrimento.

Em muitos países, a influência religiosa sobre a assistência à saúde e a noção de que o sofrimento no parto é um castigo que a mulher deve suportar por ter tido relações sexuais, contribuem para uma cultura de negligência dos direitos e do bem-estar maternos, para o uso liberal de intervenções invasivas, para a ausência de privacidade

e de medidas de conforto durante o trabalho de parto e, não raro, para a hostilidade e abusos explícitos, especialmente para as mulheres situadas na parte inferior das hierarquias sociais (DINIZ *et al.*, 2014, p. 141).

Uma pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo e SESC, sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, mostrou que 25% (vinte e cinco por cento), ou seja, 1 (uma) a cada 4 (quatro) mulheres entrevistadas, passaram por algum tipo de violência durante a gestação, pré-parto, parto ou pós-parto. A pesquisa apontou como causadores dessas violações, os profissionais de saúde (VENTURI; BOKANY; DIAS, 2010 *apud* BRASIL, 2012).

O dossiê intitulado Parirás com dor, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, com fulcro em relatos de mulheres que sofreram algum tipo de desrespeito no período que compreende a gestação e o parto, destaca que a violência obstétrica não tem como agente causador somente o profissional da saúde, e sim que são múltiplas as origens, apontando como atos caracterizadores deste tipo violência:

[...] todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis [...] (BRASIL, 2012, p. 60).

Nesta linha, o dossiê supramencionado demonstra que os atos caracterizadores de violência podem se fundar em vieses diversos como: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático, podendo um único fato se dar por mais de um ato, os quais seguem:

“Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda da integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

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

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce” (BRASIL, 2012, p. 60-61, grifos do autor).

Vale lembrar ainda, do caráter da violência obstétrica tratado como violência despersonalizante, que se refere ao tratamento da gestante/parturiente de forma padronizada, que dispensa a todas as mulheres o mesmo tratamento, sem se ater às minúcias do caso, generalizando e, portanto, desumanizando o procedimento (RATTNER, 2009).

Essa visão desumanizada e mecanizada tem sido adotada acriticamente na academia, e os profissionais a incorporam ainda durante a sua formação, uma vez que um dos mais tradicionais livros-texto de obstetrícia utiliza a metáfora “motor-objeto-trajeto” para explicar os mecanismos do parto: o útero seria o motor, o feto seria o objeto e o canal vaginal se constituiria em trajeto [...] (RATTNER, 2009, p. 597).

Esta simbologia que compara o útero ao motor, evidencia bem a questão da padronização de tratamento remetendo inclusive, à ideia do fordismo, de produção em série, onde aspectos individuais são desconsiderados em nome de um protocolo, se estendendo às pacientes que também recebem o mesmo “pacote” de tratamento, desconsiderando seus medos, ansios, dúvidas e até mesmo o nível de conhecimento sobre o próprio caso, até mesmo sobre o próprio corpo, ou seja, desconsidera-se a individualidade, a personalidade, por isso o nome violência despersonalizante.

1.2.1 Algumas formas de violência

1.2.1.1 A episiotomia

A episiotomia consiste em um tipo de cirurgia, um corte realizado durante o parto vaginal, na região do períneo. Salienta-se que este procedimento é realizado algumas vezes sem a ministração de anestésico e não tem respaldo científico.

A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (BRASIL, 2012, p. 80).

Além disso, cabe ressaltar, que à mulher não é dispensado nenhum tipo de informação relacionada ao procedimento, sendo que muitas vezes, ela nem sequer consente na realização desta cirurgia, contrariando os preceitos da medicina que se baseiam em evidências. Ademais, esta prática não é inserida nos registros ou prontuários hospitalares, o que de certa forma a caracteriza como parte do parto normal (BRASIL, 2012).

E como se não bastasse, durante a realização da episiorrafia (sutura da episiotomia), que em muitos casos, também acontece sem o uso de anestesia, o profissional da obstetrícia num contínuo desrespeito a dor, ao medo e a autonomia privada da mulher sobre o próprio corpo, realiza o “ponto do marido”. Esta aberração tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto (BRASIL, 2012).

Os procedimentos acima descritos não são fatos ocorridos no século passado, são procedimentos que acontecem todos os dias dentro dos hospitais, impondo dor e sofrimento à muitas mulheres. Esse padecimento pode ser comparado a uma verdadeira tortura, uma vez que, na maioria dos casos não são aplicados nenhum tipo de medicamento para, pelo menos, minimizar a dor, não se tem sequer, o consentimento da parturiente que acaba sofrendo uma mutilação genital sem saber o que está acontecendo.

Esta é uma prática desumana, cortar períneos sem anestesia e sem consentimento é a pior forma de violência obstétrica.

1.2.1.2 Manobra de kristeller

Esta manobra consiste em utilizar a força ou o peso do corpo do profissional de saúde no sentido de empurrar a barriga da mulher em direção a pelve, com o objetivo de facilitar a saída do bebê. Procedimento este, que devido à forte compressão abdominal, pode causar trauma das vísceras abdominais, trauma do útero, e descolamento da placenta. Apesar disso, essa técnica continua sendo largamente utilizada, com o agravante de não ser registrada nos prontuários médicos (BRASIL, 2012).

A manobra de kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente (REIS; PEPE; CAETANO 2005 *apud* BRASIL, 2012, p. 105).

De acordo com dados da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, que coletou dados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 em maternidades públicas, privadas e mistas (maternidades privadas conveniadas ao SUS), e incluiu hospitais de médio e grande porte localizados em 191 municípios, contemplando as capitais e também cidades do interior de todos os estados do Brasil, 37,3% das mulheres passam por esse tipo de violação (LEAL, 2014), que caracteriza-se por violência obstétrica de caráter físico e psicológico, cujo trauma suportado pela mãe será de difícil reparação, além dos riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê.

1.2.1.3 Cesarianas eletivas

Dá-se o nome de cesárea eletiva à cirurgia agendada sem evidências de necessidade ou àquela realizada quando a mulher já está em trabalho de parto, mas sem caráter emergencial (BRASIL, 2012).

Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil”, quase 70% das mulheres brasileiras, no início da gravidez deseja um parto vaginal, mas por não serem estimuladas durante o período gestacional, esse desejo não se concretiza no final da gestação (BRASIL, 2012).

A taxa recomendada pela OMS para realização de cesárias é entre 10% e 15%, mas segundo a própria OMS, não há evidências de que taxas de cesárea maiores de 10% em uma determinada população possa contribuir para reduzir os índices de mortalidade do binômio mãe/filho, em que pese em solo brasileiro, essa advertência ser totalmente desconsiderada (OMS, s/d).

Apesar desta ser uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS),

No Brasil, entretanto, a ordem natural está invertida. Em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. Segundo a OMS, o País detém a segunda maior taxa de cesáreas do planeta com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56% (FEBRASGO, 2018, *online*).

Diante desses números, estudiosos demonstram que grande percentual dessas cirurgias realizadas no Brasil não possuem respaldo na literatura científica e que inclusive são realizadas antes de se completar 39 semanas de gestação, o que coloca em risco a saúde do bebê (BRASIL, 2012).

Estudos demonstraram que os benefícios conferidos ao feto pela cesariana são pequenos. Além do procedimento se associar a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, encontra-se associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal. A morbidade materna relacionada à cesariana é representada por aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte e de histerectomia por cesarianas repetidas. Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, que podem ser reduzidas se a cesariana eletiva for realizada acima da 39ª semana de gravidez (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010 *apud* BRASIL, 2012, p. 112).

Desta feita, há de se ressaltar o procedimento abusivo e antiético por parte do médico, principalmente do setor privado, que realiza o agendamento da cirurgia para uma data mais conveniente para ele, sem considerar os riscos aos quais um bebê prematuro é submetido (BRASIL, 2012).

O estudo indica que existe uma alta proporção de cesáreas eletivas sendo realizadas antes das 39 semanas. E que pode ser atribuída a uma série de fatores, incluindo o desejo da mulher em retirar o bebê assim que atingisse o tempo de ser considerado “a termo” e o desejo do obstetra em agendar a cirurgia à sua própria conveniência. Esses nascimentos foram associados com um aumento evitável de mortalidade neonatal e internação em UTI, que demanda um alto custo financeiro (TITA *et al.*, 2009 *apud* BRASIL, 2012, p. 112).

Nota-se, portanto, que estas cirurgias são realizadas sem se considerar os fatores de risco tanto para mãe quanto para o bebê. Se por um lado, a cesariana ajuda a salvar a vida de muitas mulheres que não teriam possibilidade de terem um parto vaginal, ou quando se deparam com algum problema como descolamento prematuro de placenta, por exemplo, por outro lado, há que se considerar os inúmeros riscos aos quais são submetidos tanto a mãe, como hemorragias, embolia pulmonar, trombose, além do risco de morte materna ser 3,6 vezes maior do que no

parto normal, quanto para o bebê, onde a cesariana pode causar distúrbios respiratórios, retenção de fluidos nos pulmões, e se a cirurgia ocorrer antes das 37/38 semanas de gestação, aumenta em 120 vezes o risco de desconforto respiratório (BARBARA, 2019).

1.2.1.4 Restrição de posição para o parto

A OMS desenvolveu em 1996, uma espécie de manual, contendo uma classificação de práticas comuns para realização de parto normal, com o objetivo de orientar o que deve e o que não deve ser feito no momento do parto. Este manual intitulado “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, foi desenvolvido com base em pesquisas realizadas em todo mundo. Dentre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, constantes da categoria A do referido documento encontram-se a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto. Na categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, encontra-se o uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) e o uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto. As recomendações citadas, foram incluídas na cartilha “Parto, aborto e Puerpério, assistência humanizada à mulher”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Apesar das recomendações da OMS, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil”, em 2012, 91,7% das mulheres que tiveram partos vaginais, foram obrigadas a ter seus filhos em posição litotômica (BARBARA, 2019). Essa posição além de prejudicar a dinâmica do parto, pois é desfavorecida pela lei da gravidade, é desconfortável para a mãe e prejudica a oxigenação do bebê (BRASIL, 2012), configurando portanto, violência obstétrica de caráter sexual, como exposto anteriormente.

1.2.1.5 Lei do acompanhante e a COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China (OPAS, 2020), cujos sintomas podem variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave. O vírus causador da doença denominado SARS-CoV-2, ou simplesmente coronavírus é transmitido de uma pessoa doente para outra por meio de aperto de mão, gotículas de saliva, tosse, espirro, ou seja, através do simples contato entre as pessoas. Pode também ser transmitido por contato indireto, com por exemplo, através do toque em superfícies ou objetos contaminados. Devido a essa facilidade de

contágio, a doença se espalhou rapidamente, tomando proporções de uma pandemia mundial (BRASIL, s/d). Segundo um relatório da OPAS de 20 de novembro de 2020, o número de casos no mundo é alarmante: 56.623.643 casos confirmados e 1.355.963 mortes, sendo que esse número dividido por regiões é o seguinte: Região Africana 1.431.795 casos confirmados e 32.232 mortes; Região das Américas 24.035.426 casos confirmados e 690.020 mortes; Região Europeia 16.353.141 casos confirmados e 365.480 mortes; Região do Mediterrâneo Oriental 3.725.280 casos confirmados e 94.332 mortes; Região do Pacífico Ocidental 822.723 casos confirmados e 16.689 mortes; Região do Sudeste Asiático 10.254.537 casos confirmados e 157.197 mortes (OPAS, 2020).

Em âmbito nacional, o número de casos confirmados da doença, atualizados na mesma data, chegam ao assustador número de 6.020.164 casos e o número de óbitos confirmados batem a marca de 168.613 pessoas mortas por COVID no Brasil (BRASIL, s/d).

Em face deste momento pandêmico, inúmeras mulheres estão tendo seus direitos contingenciados, principalmente no tocante ao direito de ter um acompanhante, garantido pela Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que garante à gestante o direito de ser acompanhada por uma pessoa de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Esse direito está sendo relativizado, minorado sob o argumento de se evitar aglomeração de pessoas em razão do COVID-19. As instituições de saúde alegam escassez de material e de profissionais e que devido a esse fato, não seria seguro a presença do acompanhante (VASCONCELOS, 2020).

Com o reconhecimento do estado de calamidade pública em 20/03/2020, teve início uma espécie de “relativização geral” que atingiu inclusive os hospitais e maternidades. Ocorre que a relativização proposta pelo decreto lei nº 6/2020, se direciona a fins fiscais, ou seja, é um instrumento que possibilita o relaxamento no âmbito fiscal, diante do momento devastador provocado por esta pandemia a nível mundial. Desta forma, esta relativização fiscal não deve e não pode se estender por sobre os direitos e garantias fundamentais, violando direitos que as mulheres conquistaram com enorme esforço (NASCER DIREITO, 2020).

Neste sentido, a OMS divulgou orientações direcionadas à assistência ao parto, no período da pandemia, cujas tratativas constam:

Todas as mulheres grávidas, incluindo aquelas com infecção confirmada ou suspeita por COVID-19, têm direito a cuidados de alta qualidade antes, durante e após o parto. Isso inclui cuidados de saúde pré-natal, ao recém-nascido, pós-natal e de saúde mental. Uma experiência de parto segura e positiva inclui:
Ser tratada com respeito e dignidade;

Ter um acompanhante da sua escolha presente durante o parto; Comunicação clara por parte da equipe de cuidados de saúde materna;
Estratégias apropriadas de alívio da dor;
Mobilidade no trabalho de parto sempre que possível, e escolha da posição para a expulsão.
Se houver suspeita ou confirmação de COVID-19, os profissionais de saúde devem tomar as devidas precauções para reduzir os riscos de infecção para si e para outras pessoas, incluindo o uso adequado de roupas de proteção (NASCER DIREITO, 2020, *online*).

Nesta mesma direção, caminha a Lei 13.979/2020, que trata de medidas para enfrentamento de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, que no inciso III, do parágrafo 2º, do artigo 3º, assegura “o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas, conforme preconiza o terceiro artigo do Regulamento Sanitário Internacional [...]” (NASCER DIREITO, 2020, *online*).

Na busca por garantir seus direitos, uma gestante litigou contra um hospital público do Paraná, a fim de salvaguardar o direito de ser acompanhada pelo pai do bebê durante o parto. A decisão que foi favorável à autora, teve como alicerce o argumento de que a restrição imposta pelo hospital, infringe os direitos da mulher “sem que haja respaldo das autoridades públicas e sanitárias para tanto” (BRASIL, 2020, *online*).

Depreende-se desse fato que, ainda hoje, um direito disposto em lei ainda precisa ser subscrito pelo judiciário.

2 DIREITO À SAÚDE

Hodiernamente, o conceito de saúde aplicado é a definição dada pela OMS, encontrado no preâmbulo de sua constituição, que qualifica saúde não só como ausência de doença, mas sim como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1946).

Neste mesmo sentido, ensina Fernando Aith (2007, p. 46) que:

[...] as concepções de saúde também são elaboradas através de uma relação direta entre o indivíduo e o social. A saúde era concebida, às vezes, como uma simples ‘ausência de doença’, outras vezes como ‘uma reserva corporal’, ou, ainda, como ‘um fundo de saúde’ inato e que permite ao organismo resistir contra todas as agressões feitas pelo corpo social. Também podemos encontrar concepções da saúde como ‘equilíbrio’ que permite ao indivíduo responder da forma mais eficiente possível às exigências da vida social. O equilíbrio se encarna na plenitude física e psíquica, no sentimento de autossatisfação e de harmonia com os outros. Essas diferentes concepções de saúde constituíam entidades fluidas, podendo coexistir, e aptas a dar conta das diferentes facetas da experiência das pessoas, mas o ‘equilíbrio’ apresentou-se como uma concepção positiva da saúde, tendo sido adotada tal concepção pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

Além desse aspecto, deve-se considerar também o viés dinâmico da saúde, que pode modificar de acordo com a idade, com as circunstâncias, com as vivências individuais, não estando dessa forma, a saúde atada a um protótipo, de acordo com o entendimento de Ana Carolina Brochado Teixeira (2010, p. 71):

Isso porque, no dinamismo inerente à saúde – que recebe influências do meio, mas é fruto, principalmente de aspirações pessoais -, cada um constrói um modelo individual de saúde que persegue no decorrer da vida. Este modelo também pode não ser o mesmo durante toda a existência, pois ele pode mudar de acordo com as novas experiências que a pessoa vai agregando, e segundo mudanças da sua personalidade, de sua realidade pessoal e familiar.

Neste sentido, já se começa a perceber a necessidade de edificar um novo conceito de saúde que abarque uma maior noção de autonomia corporal, de acordo com o exposto acima.

2.1 A construção da ideia da saúde como direito do cidadão

Em âmbito nacional, a primeira Constituição que tutelou a saúde como direito básico foi a de 1934, depois, somente na Carta Magna atual o tema foi tratado de maneira pormenorizada e de forma garantista (TEIXEIRA, 2010). O objetivo do Estado no que refere à saúde atualmente, é assegurar o acesso amplo e de qualidade a todos.

Apesar de medidas sanitárias tomadas no Brasil colônia, principalmente após a vinda da família real, foi apenas com a Constituição de 1934 que a saúde passou a ser reconhecida constitucionalmente como dever do Estado, que promoveu a ampliação dos direitos individuais e políticos atribuindo competência concorrente à União e aos Estados com relação à saúde e a assistência pública. Nesse sentido, versava a Carta Constitucional de 1934:

Art 10. Compete concorrentemente á União e aos Estados:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência públicas;

[...]

Art 121. A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a protecção social do trabalhador e os interesses economicos do paiz.

§ 1.º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que collimem melhorar as condições do trabalhador:

[...]

h) assistencia medica e sanitaria ao trabalhador e á gestante, assegurado a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuizo do salário e do emprego, e instituição de previdencia, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de accidentes de trabalho ou de morte; [...] (BRASIL, 1934, *online*).

Neste prospecto, cabe salientar que essas normas refletiam o momento político da época, ou seja, o estado social, que valorizava a concepção de cidadão como trabalhador, assim, era reconhecido como sujeito de direitos aquele que trabalhava.

Após as barbáries das duas grandes guerras mundiais na primeira metade do século XX e o período de pós-guerra, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) (Paris, 1948) veio com o intuito de defender tanto a coletividade, quanto a individualidade, reconhecendo a “saúde como direito inalienável de toda e qualquer pessoa e como um valor social a ser perseguido por toda a humanidade” (ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1948, s/p).

Em que pese o direito à saúde não ter um artigo específico no ordenamento em epígrafe, esse direito foi declarado, e tornou-se explícito no artigo 25 da DUDH, que dispõe que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários [...]” (ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1948, s/p).

Com o advento da Constituição de 1988 a saúde recebeu o status de direito social, garantido em seu artigo 6º, que segue: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, *online*, grifo nosso).

Até então, o Estado só garantia o direito à saúde pública para o trabalhador que tivesse carteira assinada e estivesse em dia com a Previdência Social. Daí a necessidade de ressaltar-se o importante papel da Carta Magna de 1988, que busca garantir o acesso à saúde a todos os cidadãos.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, *online*).

Nesta perspectiva, surge em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Cidadã de 1988, e em 1990 o Congresso Nacional aprova a Lei Orgânica da Saúde que trata do seu funcionamento. A criação do SUS foi o marco que garantiu o acesso à saúde a todos os cidadãos independente das questões trabalhistas (TEIXEIRA, 2010).

A Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, estabelece:

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

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, *online*).

Para além, a lei supracitada estabelece ainda em seus artigos 5º e 6º os objetivos e o campo de atuação de mencionado Sistema:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990, *online*).

E desta maneira, a saúde veio sofrendo interferências com o decorrer do tempo, que influenciaram de forma considerável acerca desse direito, do seu próprio conceito e abriu espaço à necessidade de tutelar direitos que foram sendo concebidos à medida que os olhares foram alcançando outros níveis de entendimento.

Neste contexto, percebem-se vinculados os direitos à saúde, à vida e o princípio à dignidade da pessoa humana, de forma que um sem os outros restariam prejudicados em sua plenitude (CURY, 2005).

Diante disso, cabe ressaltar a importância das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, com o escopo de lhe assegurar acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da sua saúde.

2.2 O direito da mulher à saúde

O direito da mulher à saúde, é um debate que se inicia quando a mulher se percebe dona do próprio corpo. Como todos os direitos das mulheres, o direito à saúde é fruto de construção social que se deu com a luta feminista. Até pouco tempo atrás, a mulher era vista como propriedade do pai ou do marido, de onde se origina a objetificação que sofre ainda nos dias atuais. Apesar de atualmente a mulher ter conquistado vários direitos, ainda existem outros tantos pelos quais continuar lutando.

A luta feminista iniciada oficialmente nos idos de 1791¹, corroborou para quebrar que os grilhões que a prendiam ao machismo patriarcal herdado dos velhos detentores do poder, e foi justamente esse rompimento que possibilitou que a demanda das mulheres pela sua autonomia fosse ouvida.

Os resquícios dessa sociedade patriarcal refletem até o momento atual, pois a mulher ainda é vista em muitos aspectos, como um ser inferior, como demonstra José Pinotti:

A história mostra que a sociedade vê a mulher como cidadã de segunda classe, que tem uma série de deveres e obrigações, mas pouquíssimos direitos e quase nenhum apoio para realizar as tarefas que lhe são atribuídas. Espera-se que a mulher esteja sexualmente disponível, porém exige-se que engravide poucas vezes na sua vida e que não transmita doença ao seu parceiro durante as relações sexuais. Tudo sem entregar à mulher nem as informações nem as ferramentas mínimas para que possa cumprir o que a sociedade impõe-lhe como seu dever. Espera-se, ainda, que a mulher seja a perpetuadora da espécie: que dê filhos para seu esposo, à sua família, à sociedade. Tem que administrar e suportar, na maior parte das vezes, sozinha, os incômodos da gravidez e a dor e trauma do parto, para ter um bebê sadio. A assistência psíquica, social e médica que se dá à mulher nesse período não corresponde à importância da tarefa que a família, a sociedade e a espécie lhe impõem.

Deverá ainda amamentar seu filho, trocá-lo, cuidá-lo, protegê-lo, dar apoio emocional e afetivo, preparar seus alimentos, alimentá-lo, educá-lo, discipliná-lo, etc. Consciente ou inconscientemente, a sociedade não só espera que ela cumpra com todas essas funções sociais com seus próprios recursos, como a culpa se o resultado desse esforço não é satisfatório (PINOTTI, 2004, p. 11).

A luta da mulher desde o final do século XIX para garantir minimamente seus direitos, refletiu de maneira decisiva na forma como ela é vista atualmente pela coletividade e tanto o lugar que ocupa, quanto o papel que exerce socialmente, tiveram enormes consequências também na área da saúde. Essas consequências podem ser elencadas como criação e melhoria de programas de saúde pública relacionados à saúde reprodutiva da mulher, de acordo com diretrizes internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) (FONSECA, 1999).

Segundo a OMS (2014, s/p):

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

¹ Oficialmente, o feminismo tem seu início com a Declaração dos Direitos da mulher e da Cidadã, em setembro de 1791, na França. Este documento foi proposto à Assembleia Nacional da França, durante Revolução Francesa (1789-1799) por Marie Gouze (1748-1793), que sob o codinome de Olympe de Gouges, lutou também contra a escravidão.

Em âmbito nacional, o movimento feminista influenciou de tal forma que, em 1983 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surge em um cenário de grande agitação social e política como um marco, para as questões que erigiram como necessidade de saúde da mulher (FONSECA, 1999).

Neste sentido, o movimento feminista também teve um papel importante no despertar da mulher para a questão da violência obstétrica a partir da criação de uma consciência autônoma permitindo a mulher perceber a violência que vivencia.

Em circunstâncias semelhantes, sob o influxo dos movimentos feministas, dez anos depois, em 1993, a conferência de Viena evidenciou os direitos das mulheres como direitos humanos. Esta concepção possibilitou a quebra de paradigmas no que tange a diferenças relacionadas a gênero, “hierarquia entre sexos e propõe a redefinição dos vínculos entre as pessoas na convivência familiar, comunitária e política” (FONSECA, 1999, p. 18).

Porém em 2003, foi identificado que o PAISM não mais atendia todas as exigências relacionadas à saúde da mulher e por isso, a Área Técnica de Saúde da Mulher, responsável por identificar a situação, aliada a outras áreas técnicas elaboraram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tinha a finalidade de atender as exigências onde o programa anterior havia falhado (FONSECA, 1999).

Entretanto, apesar dos esforços envidados pelas lutas feministas que culminaram na criação de programas de saúde e até transformaram, de certa forma, a visão de uma parcela da sociedade em relação à mulher, e sobretudo, mudou o modo como a própria mulher se enxergava, resultando em várias conquistas nos dias atuais em comparação a épocas mais antigas, ainda não são portadoras da efetividade necessária para garantir às mulheres a totalidade dos seus direitos. Exemplo de direito que ainda não é respeitado se mostra nas questões que se referem a autonomia corporal, principalmente da gestante, quando esta decide fazer a laqueadura e preenche todos os requisitos como idade mínima e quantidade de filhos, e, ainda necessita do aval do companheiro para o procedimento que será realizado no seu corpo.

3 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE AUTONOMIA PRIVADA

A ideia de autonomia privada ganha força com o rompimento do feudalismo e se desenvolve junto com o capitalismo, apesar de serem dois fenômenos históricos independentes. É no princípio liberal da propriedade e da valorização do indivíduo que a autonomia de vontade é legitimada (FERNANDES, 2020).

Etimologicamente a palavra autonomia se origina da junção das expressões gregas *autos* (próprio) e *nomos* (norma, regra), e significa capacidade de se autogovernar (CARMINATE, 2012).

As discussões acerca da autonomia privada são constantes. Alguns autores defendem uma distinção no conceito entre autonomia privada e autonomia da vontade, outros já entendem que são expressões sinônimas (CARMINATE, 2012). Importa destacar, que o conceito embora muito debatido, não vem sendo aplicado nas questões afetas ao feminino, à mulher gestante.

A própria noção de autonomia como poder de autodeterminação na realização de interesses críticos e necessidades humanas transmuda-se para ser tida como categoria relacional, que prescinde da intersubjetividade para a própria afirmação do indivíduo, através de regras verdadeiramente autônomas, diante do mundo, da heteronomia. Por essa razão, inúmeras categorias jurídicas relevantes na estrutura do Direito Privado, tais como a noção de autonomia privada e de dignidade da pessoa humana, devem ser pensadas diante da necessária contextualização que perpassa pela intersubjetividade e pela alteridade para se conformarem adequadamente no marco do Estado Democrático brasileiro.

O princípio da dignidade da pessoa humana surge como garantia de iguais liberdades de atuação para que todos tenham as mesmas oportunidades e a mesma capacidade de se articular e de se tornarem aquilo que querem ser. Há, portanto, um diálogo muito íntimo e primordial entre autonomia, dignidade e direitos fundamentais. Assim, a valorização da autonomia do ser humano como uma das necessidades primordiais do homem se conecta com a própria noção de dignidade (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2018, p. 08).

Nesta esteira, a autonomia privada permite ao indivíduo, liberdade no que tange ao seu projeto existencial, garantindo-lhe tomar decisões para se autogovernar de forma autônoma na construção do seu projeto de vida, com decisões particulares que não permitem limitação de direitos, de acordo com o entendimento que segue:

A autonomia privada é decorrência da transformação da clássica autonomia da vontade e uma superação da visão voluntarista do Direito. Hoje, não mais se defende que é a vontade a força motriz do surgimento de situações subjetivas, mas que os sujeitos jurídicos, dentro de um espaço de liberdade, podem compor as suas relações de vida (LIMA; SÁ, 2018, p. 23).

Segue essa mesma linha, o raciocínio de Carminate (2012, p. 133-134) a respeito do tema ora abordado:

Uma vez entendida a autonomia privada como direito e garantia fundamental, tem-se como regra geral a impossibilidade de imposição de limites sobre a mesma, sendo estes admitidos em caráter excepcional, apenas nas situações em que tal intervenção se justifica pela proteção a direitos fundamentais do agente diretamente afetado por seu exercício. [...]

Assim, qualquer limitação à autonomia privada, que não esteja suficientemente justificada na proteção a direitos e garantias fundamentais do(s) afetado(s) por seu exercício é ilegítima e inconstitucional. A compreensão da autonomia privada passa a ter, portanto, dupla dimensão, devendo o operador do Direito observar se a norma jurídica, ao mesmo tempo, preserva os direitos e garantias fundamentais de todas as partes envolvidas. Ousa-se, assim, definir a autonomia privada como o direito e garantia fundamental que confere à pessoa o poder de se autodeterminar, voluntariamente, estabelecendo livremente as normas que regerão suas relações privadas, bem como seus efeitos, limitada esta ação à observância dos direitos e garantias fundamentais da(s) pessoa(s) por ela afetada(s).

Neste contexto, verifica-se que as decisões envolvendo autonomia privada que afetem somente ao agente, não cabe intervenção do Estado. Estas decisões estão ligadas somente ao indivíduo, pois dizem respeito à sua privacidade e intimidade.

3.1 Autonomia corporal e saúde

A questão da autonomia corporal é extremamente polêmica quando envolve questões de saúde, e essa controvérsia alcança um grau mais acentuado ao se tratar da saúde da mulher durante a gestação, parto e pós-parto. Isso porque, em alguns casos, o Estado se sente no direito de priorizar a vida do feto, anulando a vontade da mãe.

Na tentativa de elucidar sobre a questão da autonomia, Stefano Rodotà, citado por Ana Carolina Brochado Teixeira (2010, p. 52), inicia um dos capítulos de um de seus livros com a seguinte pergunta:

De quem é o corpo? Da pessoa interessada, dos familiares que a cercam, de um Deus que lhe doou, de uma natureza que o quer inviolável, de um poder social que de mil formas o padroniza, de um médico ou de um magistrado que estabelece o seu destino?

O questionamento supra, que foi feito sobre o contexto da doação de órgãos, e se adequa perfeitamente ao tema ora tratado, deixa claro que o corpo e as decisões acerca dele são pertinentes ao indivíduo, por ser “um espaço onde a decisão da pessoa é a única verdadeiramente legítima” (TEIXEIRA, 2010, p. 172).

Sobre o tema, Mariana Lara (2014, p. 73) afirma:

Um Estado que se pretenda democrático, plural e secular não pode negligenciar a autonomia do cidadão. A Constituição da República Federativa do Brasil erige como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, em seu artigo 1º, III, a dignidade da pessoa humana, reforçando a perspectiva de que a pessoa deve ser o centro e o fim de todo o ordenamento jurídico.

Portanto, depreende-se que é dessa forma que o Estado deveria tutelar a autonomia corporal, principalmente em questões de saúde, oportunizando a cada um o papel de protagonista da própria vida, uma vez que se trata de decisões sobre a sua privacidade, e entendendo a saúde como pertencente à intimidade da pessoa é ela quem deve decidir como conduzir esse assunto.

Desde os tempos remotos, a relação médico-paciente foi baseada por um princípio paternalista, também conhecido como ética hipocrática, onde o médico, detentor do conhecimento técnico, indicava o melhor tratamento e ou o melhor medicamento para o paciente, que por sua vez, acatava sem maiores discussões, evidenciando o desequilíbrio dessa relação. Dessa maneira, a intervenção do profissional, sem a aprovação do paciente, estava apoiada na ideia de que qualquer providência por parte do médico, que se destinasse a restabelecer a saúde ou salvar a vida do paciente, justificaria o fato de ter sido imposta (BARROSO, 2010).

Na atualidade, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é utilizado como instrumento para o exercício da autonomia do paciente, no momento em que é necessária sua aprovação, para realização de procedimentos de saúde (DADALTO; PIMENTEL, 2018).

Insta salientar que, para o exercício dessa autonomia seja pleno e efetivo, a construção dessa decisão deve se dar por meio de uma base dialógica entre médico e paciente, no sentido de se explicar a situação e deixar claros os riscos da realização ou não de determinado procedimento. Isso deve ser feito de forma que nem o médico force uma determinada decisão, nem o paciente se aventure por um determinado caminho sem ter noção de onde poderá chegar, ou seja, sem conhecimento.

Nesta mesma linha de raciocínio, um mecanismo interessante para garantir a autonomia da mulher gestante é o plano de parto, que é um documento de cunho legal que objetiva tornar a mulher como protagonista do seu próprio parto (DA SILVA *et al.*, 2017).

A OMS recomenda o uso do plano de parto desde 1986, este plano consiste em um documento redigido pela gestante, onde ela enumera todas as intervenções que deseja, buscando evidenciar os procedimentos que lhe geram conforto, e principalmente as intervenções pelas quais não deseja ser submetida sem seu consentimento, durante o processo do nascimento, assim também como o atendimento que espera para o seu bebê. Deixando claro também que,

caso ocorra alguma alteração que necessite de intervenção não prevista no plano de parto, que ela seja consultada ou comunicada (BRASIL, s/d).

Esta manifestação de vontade é hoje a principal ferramenta para que a mulher tente manter sua autonomia no período que compreende a gravidez, parto e pós-parto, uma vez que no Brasil ainda não existe legislação específica sobre a violência obstétrica.

Desta forma, ao elaborar o plano de parto, a gestante pode deixar explícito que não deseja ser submetida à episiotomia, manobra de Kristeller, exames de toques desnecessários, soro com ocitocina, rompimento artificial da bolsa, lavagem intestinal, raspagem dos pelos pubianos (BARBARA, 2019), dentre outros procedimentos, como também, os tipos de atendimento aos quais ela espera ser submetida.

Ademais, o texto constitucional em seu artigo 5º, incisos II e X, aduz:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
 [...]
 II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;
 [...]
 X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (BRASIL, 1988, *online*).

Apesar de não ser uma norma especificamente dirigida a tutelar a saúde, é evidente que a proteção se estende ao assunto, uma vez que abarca obrigações definidas ou não por lei, assim também como a questão da inviolabilidade da intimidade, sendo inclusive, motivo de indenização em caso de ofensa.

De acordo com o disposto no artigo 15 do Código Civil brasileiro, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002, *online*). Esse dispositivo reconhece, portanto, a autonomia privada ao paciente e, dessa forma, tutela a recusa de tratamento como um dos direitos da personalidade (DADALTO; PIMENTEL, 2018).

Seguindo nessa mesma perspectiva, encontra-se elencado no artigo 7º, inciso III, da Lei 8.080 de 19/09/1990 que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, responsável pela regulamentação do SUS, sobre “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 1990, *online*).

Não obstante aos dispositivos de leis citados a mulher gestante ainda encontra dificuldades em ter respeitada a sua autonomia no que se refere ao seu corpo, a sua saúde e as decisões afetas à recusa de tratamento.

3.2 Autonomia da Mulher

Oficialmente, o feminismo tem seu início com a Declaração dos Direitos da mulher e da Cidadã, em setembro de 1791, na França. Este documento foi proposto à Assembleia Nacional da França, durante Revolução Francesa (1789-1799) por Marie Gouze (1748-1793), que sob o codinome de Olympe de Gouges, lutou também contra a escravidão (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2018). A Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã (1791) tinha como objetivo a igualdade entre homens e mulheres em todos os âmbitos, quais sejam, trabalho, propriedade, expressão e etc., conforme predispõe os artigos a seguir:

Artigo 1º A mulher nasce livre e tem os mesmos direitos do homem. As distinções sociais só podem ser baseadas no interesse comum.

Artigo 6º A lei deve ser a expressão da vontade geral. Todas as cidadãs e cidadãos devem concorrer pessoalmente ou com seus representantes para sua formação; ela deve ser igual para todos. Todas as cidadãs e cidadãos, sendo iguais aos olhos da lei devem ser igualmente admitidos a todas as dignidades, postos e empregos públicos, segundo as suas capacidades e sem outra distinção a não ser suas virtudes e seus talentos.

Artigo 10 Ninguém deve ser molestado por suas opiniões, mesmo de princípio. A mulher tem o direito de subir ao patíbulo, deve ter também o de subir ao pódio desde que as suas manifestações não perturbem a ordem pública estabelecida pela lei.

Artigo 13 Para a manutenção da força pública e para as despesas de administração, as contribuições da mulher e do homem serão iguais; ela participa de todos os trabalhos ingratos, de todas as fadigas, deve então participar também da distribuição dos postos, dos empregos, dos cargos, das dignidades e da indústria (GOUGES, 1971, *online*).

Em 1793 Marie Gouze foi guilhotinada por se opor abertamente contra Robespierre, acabou condenada como revolucionária e como mulher “desnaturada” (GOUGES, 1971).

A partir desse marco histórico, as lutas feministas vêm modificando de maneira gradual a vidas das mulheres em sociedade. Dentre as conquistas alcançadas, cita-se o direito de contratar, o direito de ter propriedade privada, direito ao voto, os direitos trabalhistas etc. (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2018).

Em que pese, hoje em dia ser evidente o progresso considerável no que tange a autonomia da mulher, forçoso é notar que muito ainda precisa ser feito para que as mulheres tenham de fato seus direitos respeitados, principalmente no que se refere a autonomia do próprio corpo.

É de pleno conhecimento que na atualidade a mulher conquistou o direito de trabalhar “fora” e muitas vezes é ela que sustenta a casa sozinha. No trabalho, chega a desempenhar a mesma função que um homem, muito embora com rendimentos a menor (FIGUEREDO, 2006), e na hora de tomar decisões sobre o seu próprio corpo, como fazer uma laqueadura, precisa do consentimento do marido ou companheiro, isso é um verdadeiro despropósito.

4 A LEGISLAÇÃO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A temática que abarca a violência obstétrica além de bastante complexa é desconhecida pela maioria das mulheres. Mesmo quando sofre algum tipo de violação em algum período da gestação, parto ou puerpério, a mulher muitas vezes não sente dessa forma, até mesmo pela cultura de naturalização do sofrimento do parto.

Um ponto a se salientar sobre a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo que aponta que a violência obstétrica afeta uma em cada quatro mulheres em algum momento do ciclo gravídico-puerperal, é exatamente a possibilidade desse número não corresponder a realidade, pelo simples fato de muitas mulheres não entenderem ou não saberem que passaram por algum tipo de violação.

Corroborando para a continuidade dessa situação de negligência no que se refere à violência obstétrica, a ausência de legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro para tratar do assunto com a autoridade e seriedade que ele necessita.

Portanto, serão expostas adiante, algumas legislações não específicas sobre o tema.

A Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que “dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde”, assevera o seguinte:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério (BRASIL, 2007, *online*).

No entanto, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz identificou que apenas 59% das mulheres entrevistadas não foram orientadas sobre a maternidade de referência para internação para o parto, contrariando o disposto na lei supracitada (LEAL, 2014).

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que “considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania”, dispõe em seu artigo 2º:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria; [...] (BRASIL, 2000, *online*).

Apesar de todas essas garantias, a pesquisa “Nascer no Brasil”, demonstrou que quase um quinto das mulheres procurou mais de um serviço para admissão durante o trabalho de parto, o que aumenta consideravelmente, os riscos de complicações, tanto para a mãe quanto para o bebê. Como justificativa para a recusa no atendimento, as maternidades alegaram a falta de médicos, de materiais e de equipamentos (LEAL, 2014).

A Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, que alterou a Lei n.º 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”, acrescentando o artigo que segue:

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. [...] (BRASIL, 2005, *online*).

Mesmo com o direito ao acompanhante garantido por lei, a parturiente não tem seu direito respeitado, como demonstrado também pela pesquisa “Nascer no Brasil” que revelou que menos de 20% das mulheres se beneficiaram da presença contínua de um acompanhante durante o período de internação, entre os anos de 2005 e 2015 (LEAL, 2014).

O artigo 19-J, teve sua aplicabilidade estendida para instituições públicas e privadas por meio da Portaria n.º 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005 e da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

E sobre o acompanhante em uma instituição privada, a pesquisa “Nascer no Brasil” indica que dentre o percentual das mulheres que se valeram do benefício durante a pesquisa, (20%), a maior parte eram detentoras de uma maior renda financeira, melhor nível de escolaridade, eram mulheres brancas, usuárias do setor privado de saúde e optaram por parto cesáreo (LEAL, 2014), ou seja, a pesquisa deixou evidente que a mulher pobre não tem acesso

a essa informação e por tanto, não tem seu direito respeitado uma vez que não o conhece e não o exige.

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata sobre o SUS, assegura:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 1990, *online*).

E considerando também a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para Educação (UNESCO) que prevê em seus artigos 5º e 6º:

Artigo 5º Autonomia e responsabilidade individual

A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.

Artigo 6º Consentimento

1. Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.²

A esse respeito, a pesquisa “Nascer no Brasil” demonstrou que a maioria das mulheres foi submetida a intervenções de maneira excessiva, uso de medicamentos para aceleração do parto como ocitocina, submetidas à episiotomia, manobra de Kristeller, foram forçadas a dar à luz deitadas de costas, dentre outros procedimentos que já foram abordados em momento anterior deste trabalho, como desnecessários e inclusive não recomendados pela OMS como procedimentos de rotina (LEAL, 2014), tendo portando, sido desconsideradas sua autonomia, e integridade física e moral.

Na tese de doutorado apresentada ao Departamento de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Doutora em Ciências, Sônia Hotimsky (2007, p. 76), sobre o TCLE, afirma:

Durante a pesquisa de campo, pudemos constatar que as pacientes não eram consultadas nas tomadas de decisão com relação à realização de qualquer procedimento cirúrgico ou acerca de quem na equipe iria executar esses procedimentos. Raramente sabiam o nome de qualquer profissional da equipe médica,

² A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos pode ser encontrada, em sua versão traduzida, está disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/undh.htm>.

muito menos se se tratava de um médico ou um estudante de medicina. Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias.

Diante disso, percebe-se mais uma vez que, a autonomia da mulher, sua integridade física e moral, e o uso do TCLE, não são respeitados.

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, em seu artigo 5º, incisos II e X, expressa:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
 [...]
 II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;
 [...]
 X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (BRASIL, 1988, *online*).

Neste sentido, ressalta-se o tamanho da violação à intimidade e à vida privada da parturiente, no momento em que é obrigada a ter seu filho em uma posição que, como já foi tratado anteriormente, não lhe favorece (supina/litotômica), muito pelo contrário, além de dificultar a expulsão do bebê, ainda o coloca em risco. Além de ser obrigada a se submeter ao uso da ocitocina, episiotomia, manobra de Kristeller e demais procedimentos citados anteriormente.

Ademais, de acordo com o artigo 15 do Código Civil brasileiro, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002, *online*). Este dispositivo legal consagra a autonomia de qualquer paciente, inclusive da mulher gestante, parturiente ou puérpera.

Nesta linha, o artigo 7º, inciso III, da Lei 8.080 de 19/09/1990 que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, responsável pela regulamentação do SUS, também salvaguarda a autonomia do paciente na medida em que dispõe sobre “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 1990, *online*).

Apesar do Brasil ainda não possuir nenhuma lei que trate especificamente sobre a violência obstétrica, tramitam alguns projetos de leis, apensados uns aos outros, que serão abordados na sequência.

O primeiro deles é o Projeto de Lei (PL) nº 7.633/2014, apresentado à Câmara pelo deputado Jean Wyllys, dispõe sobre a “humanização da assistência à mulher e ao neonato

durante o ciclo gravídico-puerperal”, dispendo em seu artigo 13 a conceituação de violência obstétrica, como segue:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014, *online*).

Em seu artigo 11, reforça a questão da autonomia da mulher no que tange principalmente a recusa de se submeter a determinado tratamento, como segue:

Art. 11 - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, é vedado aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde:

I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;

II – constringer ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu conceito;

III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira (BRASIL, 2014, *online*).

Já os artigos 17 e 29 do projeto em comento, preveem responsabilização em caso de descumprimento:

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.

§ 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.

[...]

Art. 29 - As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões (BRASIL, 2014, *online*).

Como se pode notar, no artigo 29 fica clara a preocupação em se responsabilizar os agentes em âmbito civil, penal e administrativo. Talvez seja essa a solução para que as normas sejam mais efetivas, uma vez que, como demonstrado até aqui, as poucas normas existentes em nosso ordenamento jurídico, visando tutelar a autonomia da mulher, não são cumpridas.

Cabe ressaltar que este projeto teve como última ação legislativa em 10/07/2017, seu recebimento pela Comissão de Educação, sendo apensado ao PL-6567/2013.

Outro PL é o n.º 7.867/2017, dispõe sobre “medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”, da lavra da Deputada Jô Moraes.

Em seu artigo 3º conceitua violência obstétrica como sendo:

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puerperas (BRASIL, 2017a, *online*).

O artigo 4º do referido PL dispõe em um rol não taxativo, através de 21 incisos as formas de violência obstétrica.

A última ação legislativa referente a este PL, data de 10/07/2017, e trata do seu recebimento pela CE, apensando-o ao PL-7633/2014.

O PL n.º 8.219/2017, de autoria do deputado Francisco Floriano, “dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”, caracterizando a violência obstétrica em seu artigo 2º, como sendo a “imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia”.

A novidade desse projeto em relação aos outros, é que ele traz pena de detenção e multa para os agentes que praticarem violência obstétrica, caracterizada em seu artigo 3º, que inclusive elenca um rol taxativo sem seus nove incisos, e ainda proíbe a realização da episiotomia, sob pena de detenção, de um ano a dois anos, e multa.

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa (BRASIL, 2017b, *online*).

O despacho atual referente a este PL, com data de 23 de agosto de 2017, cujo teor trata da proposição de apensá-lo ao PL 7.867/2017.

Diferentemente do ocorrido no Brasil, países vizinhos como Argentina, México e Venezuela, dispensam tratamento diferenciado ao assunto violência obstétrica, uma vez que estes países possuem legislação específica sobre o tema, como será abordado a seguir.

A Argentina, sancionou a Lei nacional de n.º 25.929/2004, também conhecida como Lei do Parto Humanizado, que dispõe sobre os direitos dos pais e filhos durante o processo de nascimento. Esta lei possui aplicação em todo o território argentino, tanto no setor público quanto no privado e assevera às mulheres, direitos e garantias no que se refere ao pré-parto, parto e pós-parto. Assegura várias prerrogativas ao recém-nascido e assistência aos pais no que tange ao crescimento dos filhos (BRASIL, 2012).

Com o escopo de proporcionar mais garantias às mulheres argentinas, em março de 2009 foi sancionada a Lei n.º 26.485, ou “Lei de proteção integral para prevenir e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que se desenvolvam suas relações interpessoais”. Esse diploma legal tipifica seis tipos de violência contra a mulher encontrando-se neste rol, a violência contra liberdade reprodutiva e obstétrica (BRASIL, 2012).

Na Venezuela, em novembro de 2006, foi aprovada a lei que trata sobre o “direito das mulheres a uma vida livre de violência”. A Lei n.º 38.647/2007, tipifica dezenove espécies de violência contra a mulher, dentre eles, a violência obstétrica e visa proteger a população feminina, que representa metade dos venezuelanos (BRASIL, 2012).

Em 2014 foi a vez do México, que conforme consta no Boletim n.º 5462, a Comissão de Igualdade de Gênero aprovou a incorporação do conceito, de violência obstétrica na Lei Geral de Acesso da Mulher a Vida livre de violência, garantindo desta forma, proteção à mulher também contra esse tipo de violência (MÉXICO, 2015).

Resta então demonstrado que, países vizinhos ao Brasil já vêm tratando a questão da violência obstétrica de maneira mais eficiente, com adoção de leis específicas sobre o tema desde 2004, como é o caso da Argentina.

Devido a essa omissão legal no regulamento pátrio, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 16 de setembro de 2019, promulgou a Resolução 2.232/19, que “estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente” (CFM, 2019), cujo artigo 5º, parágrafo 2º, que se refere a recusa terapêutica por parte da mulher gestante, será objeto de análise no capítulo seguinte.

5 ANÁLISE DA RESOLUÇÃO 2232/19 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Conforme foi demonstrado ao longo deste trabalho, o ordenamento jurídico brasileiro não possui norma específica que tutela a mulher gestante no que tange à violência obstétrica, apesar de possuir regulamentação que salvaguarda a autonomia corporal da pessoa humana.

Devido a essa brecha na lei, o CFM promulgou a Resolução 2.232/19 em 16 de setembro de 2019, com o objetivo de nortear e estabelecer normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.

Insta salientar, que a resolução supracitada teve como principal objetivo regulamentar a recusa terapêutica de forma geral, ou seja, por parte dos pacientes de maneira generalizada, portanto não tinha como escopo tratar da recusa de tratamento por parte da mulher no período da gestação, parto ou pós-parto (ANDRADE; CARMINATE, 2020).

Apesar de não versar prioritariamente sobre a recusa de tratamento por parte da mulher gestante, a Resolução 2.232/19 do CFM, em seu artigo 5º, aludiu à questão da seguinte forma:

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

I – A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros.

II – A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação.

§ 2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto (CFM, 2019, *online*).

Em 17 de setembro de 2019, no Portal Médico, o *site* do CFM, foi publicada uma matéria intitulada *CFM fixa norma ética para recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente*. O conteúdo publicado reforça de forma sucinta alguns pontos da resolução e sobre o artigo 5º, §1º, explana o seguinte:

São considerados casos de abuso de direito, segundo a Resolução, aqueles em que a recusa terapêutica pode colocar em risco a saúde de terceiros. Além disso, a recusa não aplica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação (CFM, 2019, *online*).

Nesta perspectiva, insta salientar que o CFM considera abuso de direito a recusa de tratamento por parte do paciente que coloque em risco a saúde de terceiros; quando se tratar de doença transmissível e ou que cause risco de contaminação a população. Estes casos tratados no §1º, incisos I e II, se relacionam aos pacientes de forma genérica, ou seja, a qualquer paciente.

Já com relação ao §2º, o texto publicado no *site* do CFM, diz o seguinte: “Quando manifestada por gestante, a recusa terapêutica também deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe e feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto” (CFM, 2019, *online*).

Neste ponto, o artigo aborda de maneira específica a recusa terapêutica manifestada por parte da gestante, classificando essa recusa como abuso de direito em relação ao bebê.

Em que pese considerar a recusa como abuso de direito, a Resolução não esclarece o que seria esse abuso de direito da mãe sobre o feto, limitando apenas a informar que “a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto” (ANDRADE; CARMINATE, 2020, p. 238).

Sobre o assunto, a especialista em direito da mulher, Fabiana Dal’Mas Rocha Paes, promotora do Ministério Público de São Paulo (MP-SP), em entrevista ao G1, disse temer que a exceção seja aplicada para justificar cesarianas e outros procedimentos invasivos.

“Quando a norma fala que a recusa terapêutica deve ser analisada no binômio mãe e feto ela está dando ao médico o direito que ele faça, por exemplo, uma episiotomia, apesar da recusa terapêutica. No ponto de vista dessa resolução, uma recusa da mãe pode ser um abuso de direito. [...]

No meu entendimento essa resolução é inconstitucional. Ela é discriminatória em relação à mulher” (FIGUEIREDO, 2019, *online*).

Em análise ao dispositivo em comento, cumpre destacar que de acordo com a opinião da promotora, este é um risco iminente, pois neste caso o médico poderia desconsiderar o TCLE e também o Plano de Parto, abordados em momentos anteriores neste trabalho, ferindo a autonomia da mulher, uma vez que a vontade dela poderia significar abuso de direito com relação ao feto.

Nesta esteira, corrobora com o raciocínio traçado até aqui, a publicação realizada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em 27 de setembro de 2019, de uma nota sobre a resolução ora em comento com a seguinte exortação sobre o parágrafo 2º do artigo 5º:

Assim sendo, recomendamos aos colegas associados, que durante o atendimento obstétrico à parturientes, procure aplicar as melhores práticas obstétricas, respeitando os princípios da autonomia do paciente, mas não se esquecendo dos princípios da não maleficência e da proporcionalidade, que nos resguardam o direito de executar o que é recomendado cientificamente para o binômio mãe-feto (FEBRASGO, 2019, *online*).

Logo após o CFM ter publicado a referida resolução, o Ministério Público Federal (MPF) instaurou o Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-8, e expediu uma recomendação

para evitar a coação de mulheres gestantes na escolha de procedimentos durante o parto por parte dos médicos, dando 30 dias de prazo para que o órgão revogasse os pontos da resolução, considerados ilegais (BRASIL, 2019a).

Em seguida a várias considerações, a recomendação se pautava nos seguintes termos:

- 1- revogue o §2º do artigo 5º, da Resolução CFM nº 2232/2019, tendo em vista sua contrariedade ao Código de Ética Médica, ao Código Penal, à Constituição Federal de 1988 e às Recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde para assistência ao parto, com o reconhecimento de que apenas em casos de iminente risco de vida é possível o médico adotar medidas necessárias para a preservação da vida no atendimento ao parto em contrariedade ao desejo materno, bem como que, no que tange ao binômio mãe/feto, caberá à gestante ponderar entre os riscos à sua vida e à vida do feto quando fizer opções por procedimentos terapêuticos relacionados à gestação e parto, conforme princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da legalidade e da autonomia.
- 2 - que, por consequência, seja a assistência ao parto expressamente retirada do âmbito de incidência da Resolução CFM nº 2232/2019, especialmente em seus artigos 6º e 10.
- 3 - que se abstenha de empregar outras ações contrárias ao ordenamento jurídico em vigor, cerceadoras a autonomia das mulheres e contrárias às Políticas de Atenção ao Parto preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a, s/p).

Em sua resposta, o CFM se nega a atender as recomendações do MPF, e vai mais além, pronuncia-se favoravelmente à internação compulsória das parturientes no caso delas rejeitarem seguir as orientações médicas (BRASIL, 2019b).

Em face da negativa do CFM em atender as recomendações do MPF, foi instaurada a Ação Civil Pública (ACP) n.º 5021263-50.2019.4.03.6100 (BRASIL, 2019c) com pedido de tutela de urgência, *inaudita altera pars*, para determinar a suspensão do §2º do artigo 5º da Resolução nº 2232/2019 do CFM. Dentre os questionamentos adotados pelo MPF, destaca-se os seguintes com relevância para o presente trabalho:

- a) contraria o princípio bioético da autonomia, impedindo a tomada de decisões pela gestante/parturiente quanto a seu próprio corpo, sobre sua pessoa e a de seu bebê, conforme dispositivos previstos na Constituição Federal, no Código de Ética Médica e no Código Penal;
- b) infringe o direito personalíssimo ao próprio corpo, um dos corolários diretos do princípio da dignidade da pessoa humana, prevista como fundamento da República Federativa do Brasil no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal;
- c) infringe o princípio da legalidade (artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal) ao inovar indevidamente o panorama jurídico da assistência ao parto pela via do poder regulamentar, criando direitos e deveres não previstos em Lei;
- d) contraria as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde (Portaria MS/SAS nº 353 de 2017) bem como as recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto;
- e) contraria o dever de sigilo médico, estabelecido pelo Código de Ética Médica, expondo ilegalmente a privacidade e a intimidade das mulheres;
- f) representa grave risco de institucionalização de internações compulsórias de mulheres grávidas, independente de risco iminente de morte, em flagrante desrespeito

à legislação em vigor e ao princípio da reserva legal, aos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, às determinações da Organização Mundial de Saúde, bem como ao disposto na Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher – “Convenção de Belém do Pará” (BRASIL, 2019c, *online*).

O MPF afirma em sua inicial que a resolução ora em análise, em que pese não tratar de forma específica de saúde materna, no que diz respeito ao atendimento ao parto, ou seja, §2º do artigo 5º:

[...] mostra-se contrária às políticas de humanização do nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde, afronta diversos dispositivos legais e direitos consagrados pela Constituição Federal em vigor, além de representar a institucionalização de atos arbitrários e contrários à autonomia das parturientes, inclusive com a possibilidade de internações compulsórias ilegais (BRASIL, 2019c, *online*).

Ademais, o MPF entende que o CFM ao abordar a expressão “abuso de direito” de maneira genérica, ou seja, sem nenhuma delimitação quanto a sua amplitude, exorta aos profissionais da área da saúde a desrespeitarem o próprio Código que lhes rege a profissão, uma vez que o Código de Ética Médica em seu artigo 31 dispõe sobre ser defeso ao médico “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” (BRASIL, 2019c, *online*).

Na inaugural o parquet também alude aos artigos 6º e 10º da Resolução 2.232/19 do CFM, que seguem transcritos, sobre a perspectiva de que embora não se refiram especificamente à mulher gestante como é o caso do §2º do artigo 5º da normativa em análise, pois são de aplicação genérica, ao serem abordados conjuntamente, além de violar a autonomia privada das parturientes, também ferem o dever de sigilo da relação médico-paciente.

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto.

[...]

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente (BRASIL, 2019c, *online*).

De acordo com o entendimento do MPF, os artigos acima violam o dever de “sigilo profissional para acionar autoridades públicas visando coagir pacientes a receber intervenções

que não desejam, independentemente do risco iminente de morte” (BRASIL, 2019c, *online*), e desta forma, desrespeitam os artigos 22 e 26 do Código de Ética Médica que versam:

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. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la (CFM, 2018, *online*).

Após uma extensa explicação sobre o “conteúdo cerceador à autonomia das mulheres”, o MPF criticou duramente a falta do critério do risco iminente de morte da mãe ou do feto, como motivo justo para o médico deixar de sujeitar-se à recusa manifestada pela gestante (BRASIL, 2019c).

Diante disso, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) publicou a Recomendação nº 19, de 10 de outubro de 2019, aconselhando a revogação do § 2º do art. 5º da Resolução ora em comento, por considerar que este se contrapõe à “dignidade das mulheres em situação de gravidez na condição de pacientes internas em estabelecimentos de atendimento à saúde nas esferas pública ou privada” (BRASIL, 2019d, p. 01).

Dentre as ponderações traçadas no referido documento, cita-se:

1. CONSIDERANDO que o § 2º do art. 5º da Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicada no Diário Oficial da União (D.O.U. 16/09/2019) estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico paciente inserindo itens em flagrante violação dos direitos humanos, contrapondo a dignidade das mulheres em situação de gravidez na condição de pacientes internas em estabelecimentos de atendimento à saúde nas esferas pública ou privada;

[...]

6. CONSIDERANDO que tal normativa contém conceitos amplos e contrários ao Código de Ética Médica que esvaziam integralmente a autonomia de parturientes sobre seu próprio corpo, afastando suas escolhas e decisões quanto ao nascimento de seus filhos. De igual forma, conferem ao médico, de forma ilegítima e antijurídica, uma liberdade de atuação profissional ilimitada durante a assistência ao parto, em qualquer um de seus contextos, independentemente do grau de risco a que se submete o binômio gestante/feto, seja ele, baixo, médio ou alto;

7. CONSIDERANDO ainda que contraria os direitos reprodutivos das mulheres a adoção, por médicos e demais profissionais de saúde, de procedimentos obstétricos contrários à manifestação das pacientes, tais como a episiotomia (corte entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de passagem do feto), a administração de soro de ocitocina (para acelerar o trabalho de parto) e a utilização de manobra de Kristeller (pressão na barriga da gestante para apressar o nascimento), práticas não adotadas pelo Ministério da Saúde e/ou Organização Mundial de Saúde (OMS), e consideradas prejudiciais quando realizadas de forma irrestrita;

[...]

RECOMENDA ao Conselho Federal de Medicina que revogue o §2º do artigo 5º, da Resolução CFM nº 2232/2019 (BRASIL, 2019d, p. 01-03).

Diante dos fatos, em 17 de dezembro de 2019, foi deferida a medida liminar que suspendeu a eficácia do §2º do artigo 5º da resolução em análise e suspendeu parcialmente a eficácia dos seus artigos 6º e 10, no que tange à assistência e atendimento ao parto, sendo também determinada a citação do CFM para apresentar contestação, o que não ocorreu (BRASIL, 2019c).

Ante todo o exposto, resta provada a hipótese que deu causa ao presente trabalho. O §2º do artigo 5º da Resolução 2.232/19 do CFM, promulgada em 16 de setembro de 2019, viola a autonomia privada da mulher, fere seus direitos sexuais e reprodutivos uma vez que nega à gestante o direito de se recusar a receber determinado tratamento obstétrico, apoiando-se na ideia de prioridade da vida do feto, tendo em vista que a mulher não pode se colocar em primeiro plano, sendo seu ato de vontade considerado como abuso de direito e, desta forma, corrobora por convalidar a violência obstétrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo a analisar a violência obstétrica e sua convalidação por meio do parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2232/19 do CFM. Foi ao vislumbrar a temática acerca da violência obstétrica, que é reflexo de uma sociedade machista e patriarcal, pouco explorada, cujo o próprio conceito é ainda desconhecido para muitas mulheres, em um contexto social carente de leis específicas no sentido salvaguardar a autonomia privada das mulheres gestantes, e, perceber a tentativa de um Órgão como o CFM que por meio da edição da Resolução 2.232/19, em seu §2º artigo 5º, de cercear esta autonomia privada e ratificar esse tipo de violência, que motivou o início desta pesquisa.

Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo geral debater se o parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232/19 do CFM viola a autonomia privada da mulher, ferindo seus direitos sexuais e reprodutivos, o que ao final restou provado que sim, uma vez que o dispositivo em questão retira da gestante o direito de se recusar a receber determinado tratamento médico, se sustentando no conceito de primazia da vida intrauterina e considerando o ato de vontade da mãe como abuso de direito com relação ao bebê, convalidando dessa forma a violência obstétrica.

Para esse fim, tratou-se sobre a violência obstétrica, seu conceito, apresentando de forma sucinta sua incidência e caracterização, tendo sido também expostas algumas formas dessa violação. Apresentando como ponto de partida, o parto e sua evolução, as transformações pelas quais passou o processo do nascimento e a principal delas quando a gestação e o parto deixaram de ser um evento onde predominava a presença do feminino e com a intervenção da medicina passou a ser predominantemente dominado pelo masculino, quando a mulher começa a perder a autonomia sobre o próprio corpo até mesmo na hora de dar à luz.

Em seguida, foi abordado o direito à saúde desde a construção de sua ideia como um direito de todos os cidadãos até a conquista do direito à saúde da mulher, quando esta se percebe dona do próprio corpo, resultado das lutas feministas que se iniciaram no final do século XIX para garantir-lhe minimamente alguns direitos, dentre eles a criação e melhoria de programas de saúde pública relacionados à saúde reprodutiva da mulher.

Sob a ótica da autonomia privada foram analisadas as questões da autonomia corporal e saúde e também a autonomia da mulher, onde se reconhece um enorme avanço graças as lutas feministas, embora seja forçoso admitir também que ainda muito precisa ser feito, muitas lutas ainda precisarão ser enfrentadas para que as mulheres tenham sua autonomia privada respeitada.

Discutiu-se a violência obstétrica sob o prisma da legislação brasileira, foram analisados os projetos de lei que tratam sobre o tema em âmbito nacional, assim também como o tratamento legal dado ao assunto em outros países como Argentina, Venezuela e México.

Por fim, procedeu-se a uma análise da Resolução 2.232/19 do CFM, sobretudo do §2º do artigo 5º, onde restou provado que este dispositivo fere a autonomia privada da mulher gestante, e, portanto, robustece a prática de violência obstétrica.

A pesquisa partiu da possibilidade de que o parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução 2.232/19 do CFM viola a autonomia privada da mulher, na medida que fere o artigo 5º da Constituição Federal, inciso II, que assegura que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, e inciso X, que trata sobre serem “invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas”. Desrespeita também o artigo 15 do Código Civil brasileiro, o qual garante que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, e, não leva em consideração seus direitos sexuais e reprodutivos, tendo sido essa hipótese confirmada no decorrer deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAGuiar.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- ANDRADE, Kelly Mota de; CARMINATE, Raphael Furtado. Primeiras impressões sobre a resolução 2.232/19 do Conselho Federal de Medicina e a autonomia da mulher gestante. *In*: Faculdade Presidente Antônio Carlos de Mariana. **Sobre Atualidades do Direito 8ª Coletânea de ensaios e artigos**. Mariana: Mariana, 2020.
- ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nações Unidas, 217 (III) A, 1948, Paris. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em: 22 nov. 2020.
- BARBARA, Vanessa. De cócoras no país da cesárea: como é difícil ter um parto normal no Brasil. *In*: **Revista Piauí_152**. Piauí, v. 1, n. 152, p. 58-70, maio 2019. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/edicao/152/>. Acesso em: 22 nov. 2020.
- BARBOSA, Heloisa Helena; LEAL, Livia Teixeira; ALMEIDA, Vitor. (Orgs.). **Biodireito: tutela jurídica das dimensões da vida**. Indaiatuba: Foco, 2020.
- BARROSO, Luís Roberto. **Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais**. 2010. 42 f. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Recomendação n.º 19, de 10 de outubro de 2019**. Recomenda a revogação do § 2º do art. 5º da Resolução 2232 do Conselho Federal de Medicina de 17/07/2019, que considera abuso de direito a recusa terapêutica manifestada por gestante. São Paulo: MPF, 2019a. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy4_of_Recomendaon19RecomendarevogaodaResolu2232doConselhoFederaldeMedicina.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020
- BRASIL. **Constituição de 1934**. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934. Rio de Janeiro: Câmara dos Deputados, 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 22 nov. 2020.
- BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=Art.,-19%2DJ. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm#:~:text=Lei%20n%C2%BA%2011.634&text=LEI%20N%C2%BA%2011.634%2C%20DE%2027.do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde.** s/d. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. **Fórum Perinatal da Rede Cegonha Região Nordeste: plano de parto.** s/d. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/ii-forum-rede-cegonha-regiao-nordeste/9711-plano-de-parto/file>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença: o que é COVID-19.** s/d. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. MPF quer revogação de norma que autoriza intervenções médicas sem consentimento das gestantes. *In*: MPF, 26 de setembro de 2019b. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-quer-revogacao-de-norma-que-autoriza-intervencoes-medicadas-sem-o-consentimento-das-gestantes>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Recomendação nº 44, de 2019**. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81. Inquérito Civil. São Paulo: MPF, 2019d. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-cfm>. Acessado em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. **Folha Informativa: Mortalidade materna**. OPAS Brasil, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820#:~:text=A%20mortalidade%20materna%20%C3%A9%20inaceitavelmente,a%20gravidez%20e%20o%20parto. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 7.633, de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=FC5A02A39BA310BAB5F927736C3CC295.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 7.867, de 2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. 2017^a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 8.219, de 2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. 2017^b. Disponível em: Acesso em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. **Violência Obstétrica: parirás com dor**. 2012. Disponível em: www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf. Acesso em: 21 nov. 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. COVID-19: Gestante busca na Justiça o direito de ter um acompanhante durante o parto: para enfrentar a pandemia, hospital público do litoral proibiu a presença de acompanhantes na instituição. *In: TJPR*, 27 abr. 2020. Disponível em: https://www.tjpr.jus.br/destaques/-/asset_publisher/11KI/content/covid-19-gestante-busca-na-justica-o-direito-de-ter-um-acompanhante-durante-o-parto/18319?inheritRedirect=false. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Tribunal Regional Federal 3ª Região. **Processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100 de 07 de novembro de 2019**. 2ª Vara Cível Federal de São Paulo, 2019c. Disponível em: <https://pje1g.trf3.jus.br/pje/ConsultaPublica/listView.seam>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 1991. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 nov. 2020.

CAGNIN, José Guilherme. **A violência obstétrica como produto da racionalidade técnica**. 2016. 48 f. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Araraquara: Unesp, 2016.

CARMINATE, Raphael Furtado. **Autonomia privada do testador e direito à legítima: estudo crítico e propositivo**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2012.

CHAUÍ, Marilena. Ética e violência. In: **Teoria e debate**, 01 out. 1998. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/1998/10/01/etica-e-violencia/>. Acesso em: 22 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **CFM fixa norma ética para recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente**. 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28439:2019-09-17-18-32-10&catid=3. Acesso em: 22 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução 2.232, de 16 de setembro de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 14 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução 2.232, de 16 de setembro de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

DA SILVA, Adaiete Lucia Nogueira Vieira *et al.* Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 144-151, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531>. Acesso em: 04 nov. 2020.

DADALTO, Luciana; PIMENTEL, Willian. Direito à recusa de tratamento: análise da sentença proferida nos autos nº 201700242266 – TJGO. *In: IBDCivil*, v. 15, n. 1, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/209>. Acesso em: 01 nov. 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica, você sabe o que é?** Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *In: Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&ln. Acesso em: 16 nov. 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao%20mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuirascesareas#:~:text=A%20OMS%20alerta%20que%20a,entre%2010%25%20e%2015%25>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FERNANDES, Claudio. Transição do Feudalismo para o Capitalismo. *In: História do Mundo*, 2020. Disponível em: <https://www.historiadomundo.com.br/idade-moderna/transicao-feudalismo-para-capitalismo.htm>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FIGUEIREDO, Patrícia. Conselho de Medicina inclui gestantes na lista de exceções dos pacientes que podem recusar tratamentos. *In: G1*, 26 set. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/09/26/conselho-de-medicina-inclui-gestantes-na-lista-de-excecoes-dos-pacientes-que-podem-recusar-tratamentos.ghtml>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FIGUEREDO, Patrícia Maria *et al.* **A mulher no mundo do trabalho: a conquista de uma emancipação ilusória?** 2006. 104f. Trabalho de Conclusão de Estágio (Bacharel) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/130239>. Acesso em: 02 nov. 2020.

FONSECA Rosa Maria Godoy Serpa da. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. *In: Saúde e Sociedade*, v. 8, n. 2, p. 03-32, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n2/02.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GOUGES, Olympe de. **Declaração dos direitos da mulher e da cidadã - 1791**. França, Setembro de 1791. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0->

cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-dos-direitos-da-mulher-e-da-cidada-1791.html. Acesso em: 22 nov. 2020.

HOTIMSKY, Sônia Nussenzweig. **A formação em obstetrícia:** competência e cuidado na atenção ao parto. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

KRUG, E. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LARA, Mariana. **O direito à liberdade de uso e (auto)manipulação do corpo.** Belo Horizonte: D'Plácido, 2014.

LEAL, Maria do Carmo (Coord.). **Nascer no Brasil:** inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Gestação de substituição: entre autonomia e vulnerabilidade. *In: VirtuaJus.* Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 19-36, 1º sem. 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/virtuajus/article/view/17477/17477-64984-1>. Acesso em: 22 nov. 2020.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino:** a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2004.

MÉXICO. Câmara de Diputados. **Boletín n.º 5462.** Aprueba Comisión incorporar en la ley el concepto de violencia obstétrica. 2015. Disponível em: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2015/Abril/16/5462-Aprueba-Comision-incorporar-en-la-ley-el-concepto-de-violencia-obstetrica>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MOREIRA, Nathália Vieira. **A violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro.** 2018. 42 f. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto: Ufop, 2018.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? *In: Memórias Convención Internacional de Salud Pública,* Cuba, Havana, 2012. Disponível em: <http://www.convencionalud2012.sld.cu/index.php/convencionalud/2012/paper/download/744/321>. Acesso em: 11 nov. 2020.

NASCER DIREITO. Coletivo Nacional de Advogadas e Profissionais da Assistência Ao Parto. **Nota técnica conjunta:** direito do acompanhante e sua violação em tempos de pandemia do covid-19. 2020. Disponível em: <https://nascerdireito.com.br/?p=565>. Acesso em: 22 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Declaração da OMS Sobre taxas de Cesáreas**. s/d. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=938698A0A5BAF1E8D1DAAC745989D25D?sequence=3. Acesso em: 11 nov. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=5655AB1A15864C679372820CF4AE6413?sequence=3. Acesso em: 31 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Folha informativa COVID-19**: Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. OPAS Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 22 nov. 2020.

PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ed. do autor, 2004.

PONTES, Monise Gleyce de Araujo *et al.* Parto nosso de cada dia um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *In: Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. João Pessoa, v. 12, n. 1, jun. 2014. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *In: Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 13, supl. 1. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 nov. 2020.

SEIBERT, Sabrina Lins *et al.* Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na História. *In: Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, maio/ago. 2005. Disponível em: <https://www.asamigasdoparto.org/single-post/2019/03/31/MEDICALIZA%C3%87%C3%83O-x-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-O-CUIDADO-AO-PARTO-NA-HIST%C3%93RIA>. Acesso em: 06 nov. 2020.

SIERAKOWSKI, Ana Paula de Castro *et al.* **Tessituras despatriarcais na contística de Kate Chopin e de Marina Colasanti**. 2020. 213f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Oeste do Paraná. Cascavel: Unioeste, 2020. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/4786>. Acesso em: 05 nov. 2020.

SILVA, Sílvia Elaine da. **Violência Obstétrica: uma violação aos Direitos Humanos da Mulher**. 2017. 117 f. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa: UEPG, 2017.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RODRIGUES, Renata de Lima. A travessia da autonomia da mulher na pós-modernidade: da superação de vulnerabilidades à afirmação de uma pauta positiva de emancipação. *In: Pensar*, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/7777>. Acesso em: 22 nov. 2020.

VASCONCELOS, Aline. Nem a Covid-19 tira: grávidas tem o direito a acompanhantes. *In: Peita.me*, 11 maio 2020. Disponível em: <https://peita.me/blogs/news/nem-a-covid-19-tira-gravidas-tem-o-direito-a-acompanhantes-por-aline-vasconcelos>. Acesso em: 22 nov. 2020.