



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS**

**CURSO DE DIREITO**

**ROSALINA FERREIRA CARLOS**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**JUIZ DE FORA-MG**

**2015**

**ROSALINA FERREIRA CARLOS**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia de conclusão de curso apresentada ao curso de Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Profa. Me. Lívia Barletta Giacomini

**JUIZ DE FORA -MG**

**2015**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Rosilma Ferreira Lopes

Aluno

Urdência Obstétrica

Tema

Monografia de conclusão de Curso apresentada ao Curso de Direito, da Universidade Presidente Antônio Carlos / Juiz de Fora, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

### BANCA EXAMINADORA

Luiz Gomes

Carla Jesus

Juliano

Aprovada em 30/11/2015.

Dedico este trabalho a meu esposo pelo apoio, pois sacrificou seus fins de semana e feriado para custear meus estudos e aos meus filhos por compreenderem nossa ausência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por formar o meu ser no ventre de minha mãe, por estar presente em minha vida me fortalecendo e guiando, agradeço a Jesus pela cura do câncer em 2008 dando-me a oportunidade de chegar a este momento e comemorar com as pessoas que amo.

A meus pais Maria Rosária e Jose Ferreira (saudades) por seu amor e valores a mim transmitidos, que forjaram meu caráter, ensinando-me a respeitar meu próximo e a valorizar a vida, a família e os amigos.

Ao meu esposo que trabalhou arduamente nos fins de semana e feriado para custear meus estudos. Ele é minha metade e juntos, nos completamos.

Aos meus filhos presente de Jesus para mim, pois entenderam minha ausência, e por terem renunciado a muitas coisas com o objetivo de me ajudarem durante essa caminhada.

Aos colegas de turma que me auxiliaram quando precisei me ausentar da sala de aula, e a minha amiga Michele que conheci no decorrer do curso e através da convivência, ela ganhou minha admiração e respeito sendo parte importante desta minha conquista, um presente valioso que Jesus preparou para mim.

Aos professores pelo conhecimento transmitido, que transpassou as portas da faculdade. A Maria Amélia que me ajudou na escolha do tema, em especial agradecer ao professor Rodrigo Rolli que através de seu exemplo mostrou-me o tipo de profissional que desejo ser, que não se deixa moldar ou corromper pelos acontecimentos a sua volta, mas conserva o caráter, lidando, vivendo neste mundo sem fazer parte dele.

A minha orientadora Livia que foi como um farol, direcionando-me para eu alcançar minha meta, suas dicas, correções e orientações foram primordiais para o resultado do meu trabalho de conclusão de curso.

A Gestante traz consigo o alicerce de impérios  
e o germe das futuras nações.

Tenon

## RESUMO

O presente trabalho teve a finalidade de pontuar os tipos de violência sofridos pela mulher enquanto parturiente e os direitos inerentes a ela que são ignorados. A fisiologia do parto em nenhuma sociedade é tratada de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, onde o comportamento da mulher vai depender do seu nível de informação, sua história pessoal cercada de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos. O tema Violência Obstétrica tem como objetivo esclarecer sobre o que vem a ser esta violência, os direitos violados por ela, suas consequências na vida social, familiar e afetiva da mulher, demonstrando a relevância do trabalho em foco. Demonstrando alguns fatores socioculturais e emocionais que podem contribuir para o aumento do índice de cesárea, e a sua incidência na sociedade. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritiva e exploratória de revisão literária. Ao final conclui-se que a informação à gestante é fundamental para a escolha do parto que irá trazer seu filho ao mundo. Percebe-se a necessidade da elaboração e planejamento de estratégias e intervenções, através de ações realizadas nos programas de saúde, assistência pré-natal e humanização do parto. Buscando a interação entre os setores de saúde que irão prestar atendimento a parturiente, criando um vínculo estreito com as gestantes, possibilita-se com isso um atendimento especializado, humanizado e individualizado, promovendo desta forma acertar na escolha da via de parto, o que irá reduzir de forma significativa os riscos à saúde da mulher e do recém-nascido, humanizando o parto e o nascimento.

**Palavras-chave:** Parto. Violência Obstétrica. Direito. Humanização

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
2 OBSTÉTRICA E AUTONOMIA DA MULHER .....	10
<b>2.1 A Inserção do Obstetra na Assistência ao Parto.....</b>	<b>13</b>
3 TIPOS DE PARTOS E SEUS PROCEDIMENTOS.....	15
<b>3.1 Violência Obstétrica .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Princípios Protetivos da Pessoa: Dignidade Humana .....</b>	<b>23</b>
4 LEIS DE PROTEÇÃO A MULHER E A CRIANÇA .....	28
<b>4.1 O Direito do Paciente e a Ética Médica .....</b>	<b>34</b>
5 MEDIDAS DE COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	48
<b>5.1 Intersetorialidade.....</b>	<b>49</b>
<b>5.2 Conhecimentos do Direito para Prevenir a Violência Obstétrica .....</b>	<b>50</b>
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
REFERÊNCIAS .....	54

## INTRODUÇÃO

A violência tem estado em destaque, na mídia ela se manifesta por meio da tirania, da opressão e do abuso da força. Ocorre devido o constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a fazer ou deixar de fazer um ato qualquer. Existem diversas formas de violência.

Pode ser identificada como violência contra a mulher, a criança e o idoso, violência sexual, violência urbana, etc. Existe também a violência verbal, que causa danos morais, que muitas vezes são mais difíceis de esquecer do que os danos físicos.

O trabalho abordará a Violência Obstétrica, ela tem uma peculiaridade. É cometida contra a mulher em um momento único no momento de tornar-se mãe, podendo ocorrer antes, durante e após o parto. Apesar de recorrente é um tema pouco abordado e denunciado no Brasil, isso ocorre por falta de informação e ocorrem casos que chocam e traumatizam mulheres pelo resto da vida. Existem procedimentos inseridos à rotina de hospitais e maternidades que são considerados normais, corretos e aceitáveis por parte dos estabelecimentos de saúde e pela mulher, mas é na verdade considerada violência obstétrica.

A Defensoria Pública de São Paulo a conceitua como “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres”, e no âmbito internacional a violência obstétrica é definida como “qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências”.

Percebe-se que a mulher na condição de parturiente é sujeito de direitos como qualquer pessoa, em qualquer condição. Visando esclarecer sobre os direitos inerentes a ela que são violados, as consequências dessa violação na sua vida social, familiar e afetiva, bem como a responsabilidades que podem ser cometidas aos profissionais de saúde e aos estabelecimentos que praticarem tal violência, demonstrando a relevância do trabalho em foco.

## 2 OBSTÉTRICIA E AUTONOMIA DA MULHER

A Obstetrícia é a ciência que tem por finalidade estudar a reprodução humana, investigando a gestação, o parto e o pós-parto nos seus aspectos fisiológicos e patológicos. O termo “obstetrício” vem da palavra latina "*obstetrix*", que é derivada do verbo "*obstare*" (ficar ao lado). (QUEIROZ)

Autonomia “é a condição de uma pessoa ou de uma coletividade cultural, que determina ela mesma a lei à qual se submete”. Como a autonomia é “condição”, como ela se dá no mundo e não apenas na consciência dos sujeitos, sua construção envolve dois aspectos: o poder de determinar a própria lei e também o poder ou capacidade de realizar. O primeiro aspecto está ligado à liberdade e ao poder de conceber, fantasiar, imaginar, decidir, e o segundo ao poder ou capacidade de fazer. (LALANDE, 1999).

Desde a antiguidade, as mulheres foram atendidas no parto por outras mulheres, sendo a gestação e o parto, de domínio exclusivo das mulheres. Tinha um aspecto meramente expectativa, já que por ser considerado algo tão natural, não havia necessidade de grandes interferências.

Ao dar a luz, os cuidados eram feitos somente por parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes da família, pois a parturição era considerada como um fenômeno feminino, em que as mulheres se ajudavam durante a gestação, ao ter o bebê e no puerpério, e nos cuidados com o recém-nato.

Dessa forma, a concepção do nascimento por ser um processo tão normal e natural, fez com que, por muito tempo, a prática médico-cirúrgica permanesse latente, bem como a participação masculina no parto.

Com a organização das corporações de cirurgiões barbeiros no século XIII a medicina clássica vai assumindo um papel mais ativo no campo da saúde e inicia-se um processo de licenciamento e de tentativa de controle e monopólio das práticas curativas. (BRIGAGÃO, 2010; GONÇALVES, 2010).

A Grã-Bretanha instituiu em 1512 o *Medical Act* que estabelecia que a partir deste momento as autoridades eclesiásticas seriam as responsáveis pela fiscalização da competência médica.

As parteiras foram perseguidas e executadas durante a caça às bruxas promovidas pela Igreja Católica no período da Inquisição. (BRIGAGÃO, 2010; GONÇALVES, 2010).

.Os hospitais escolas no início do século XVI na França passam a serem usados para o treinamento de parteiras, dando aos médicos a oportunidade de observá-las quando faziam os partos tornando-o objeto de estudo e inquirição Os estudos e pesquisa da obstetrícia são utilizados para disseminar a ideia de que o parto era um evento arriscado ou perigoso. (MARTIN, 2006).

No Brasil isso aconteceu com a chegada da família real em 1808.

Dessa forma, através da Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808, documento declarado como a “certidão de nascimento” do ensino Médico no Brasil, estendendo-se ao Brasil o movimento da Arte Obstétrica iniciado na Europa (nos séculos XVII e XVIII), com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808.

Nesta carta o doutor José Corrêa Picanço, cirurgião mor do reino e do Conselho do príncipe regente demonstrava a importância deste ensino, bem como seria o critério para a admissão dos futuros médicos cirurgiões e dos professores que ministrariam as aulas. Estas seriam ministradas no Hospital Militar e as práticas com os objetos cirúrgicos seriam feitas na enfermaria. As lições dadas durante a semana eram revistas no sábado. (BRENES. 1991).

Com isso, a obstetrícia despertou o interesse do público masculino, no período em que a medicina científica buscava o monopólio do saber médico, entre os séculos XVI e XVIII. E aos diplomados formados por estas escolas, era dado o nome de parteiro- médico ou parteiro.

Assim foi o início da obstetrícia no Brasil, através da chegada da família real portuguesa que veio para o Brasil para se refugiar, devido a perseguição de Napoleão Bonaparte. (BRENES. 1991).

A assistência ao parto aqui no Brasil tem o médico como figura central, ele não assiste o parto, ele o faz, a exclusão das parteiras no auxílio a mulher durante o parto gerou danos à autonomia da mulher. Esse fato é observado devido ao alto índice de cesarianas realizadas no país, as taxas chegam a 84% no sistema privado e a 40% no Sistema Único de Saúde (SUS). (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Autonomia vem do grego, o auto, significa próprio e *nomos* significa norma. A pessoa tem a capacidade de fazer suas escolhas, definindo o que é o bom. Demonstrando que a autonomia é uma liberdade moral, conferida a todos e que deve ser respeitada.

A mulher tem sua autonomia respeitada quando é fornecido a ela informações sobre os tipos de partos e procedimentos cientificamente comprovados, e não tendenciosos. O profissional de Saúde tem comprometimento ético e legal de dar orientações claras e completas sobre o cuidado clínico de tratamentos e alternativas para com ele e o futuro bebê,

oferecendo a oportunidade de tomar parte das decisões a partir das informações recebidas. (CASTRO 2005; CLAPIS 2005).

Observa-se que a autonomia é o alicerce da dignidade humana de todo ser pensante, que o distingue, o torna único não podendo ser reduzido sob o pretexto de substituir a livre arbítrio, nem mesmo quando se acredita ser o melhor ou mais apropriado (CASTRO 2005; CLAPIS 2005).

A autonomia da mulher no parto deve começar com o fornecimento a ela de informações sobre os tipos de partos e procedimentos cientificamente embasados, e não informações tendenciosas. O profissional de Saúde tem obrigação ética e legal de oferecer-lhe informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas dando-lhe a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas. (CASTRO 2005; CLAPIS, 2005).

Sendo a autonomia o fundamento da dignidade humana de todo ser racional, é por meio dela que o ser humano se dignifica, não devendo ser restringida a pretexto de substituir a livre vontade, nem mesmo por aquilo que se acredita ser o melhor ou mais apropriado. Acerca dessas constatações, Neto (2003, p.116) citado por Alecrim et al(2014.p.161) a chamada Teoria Geral dos Direitos da Personalidade é:

[...] fundada na ideia de que o livre desenvolvimento do ser humano demanda o reconhecimento de sua dignidade de uma existência digna que tem seus pilares construídos na medida em que a sociedade evolui e novos direitos vão sendo reconhecidos como essenciais para sua concretização, o que não pode restringir-se a um rol de direitos expressos em leis, a tipos legais, os quais, justamente em razão de estarem positivados, sofrem uma inevitável defasagem, tornando-se insuficientes para atingir o fim ao qual se destina, qual seja, garantir à pessoa humana as condições para seu pleno florescimento e evolução.

A gestante durante as consultas de pré-natal recebe informações sobre os tipos de parto, para assim poder definir o que é melhor para ela e seu bebê, pois seu direito ao próprio corpo e sua autonomia devem ser respeitada, na escolha do tipo de parto, bem como o ambiente, o profissional que irá atender-lhe, o acompanhante, enfim os procedimentos aos quais quer ser ou não submetida.

Pontes de Miranda (2000, p.325) assim preceitua:

[...] não se compreenderiam uma sociedade e uma ordem jurídica em que o respeito da dignidade e da autonomia da pessoa fosse procurado apenas nas relações com o Estado e deixasse de ser nas relações das pessoas entre si. Não basta, pois, limitar o poder público; é preciso também assegurar o respeito das liberdades de cada pessoa pelas demais pessoas.

Apesar das limitações da liberdade individual, o seu exercício não incorre em dano ao seu semelhante, servindo apenas para valorar e manter um padrão de conduta. Explanando que a autonomia da mulher sobre o seu corpo, não deve sofrer imposições com o objetivo de limitá-la de forma arbitrária.

## **2.1 A Inserção do Obstetra na Assistência ao Parto**

Nos primórdios da História, verifica-se a mulher como presença imprescindível no auxílio da futura mãe, os homens eram mantidos como meros espectadores.

O trabalho de parto e os cuidados com a mãe e o bebê ocorria em família e entre conhecidos. As mulheres desenvolveram um saber comum, onde as informações eram assimiladas pelas experiências vividas e na observação, em seu próprio corpo, pelas mesmas. Eram conhecimentos adquiridos durante toda uma vida, e, esse saber se estendia a todas as etapas da maternidade.

Mas esse quadro transforma-se quando foi introduzida a presença dos médicos na parturição. Esses profissionais não estavam familiarizados com as fisiologias do corpo da mulher, pois se formaram para intervir em casos complicados, quando assim surgisse. (BRENES, 1991).

Mas, era necessário que as mulheres fossem na clínica, sobretudo na maternidade, porque este seria o único meio de adquirir a prática na difícil arte de partos para médicos e estudantes, em resultado da não correspondência das mulheres aos seus apelos, os médicos tentaram conseguir o apoio do governo no que diz respeito às práticas de internamento, domínio e organização das clínicas existentes no Império.

A substituição das parteiras e enfermeiras obstetras pelo médico obstetra mudou o modelo de parto conhecido, dando a ele feições de evento médico, onde seus aspectos científicos aparentemente sobrepujam outros. (BRENES, 1991).

O ato de parir não é mais íntimo da mulher, tornando-se público, sobre os olhares de outros representantes sociais, ocorrendo a inversão de papéis, em que a pessoa do obstetra virar ator principal, tornando-se o centro das atenções, e a parturiente, mera coadjuvante, perdendo seu direito básico de escolha, tolhido a ponto de não poder mais atuar no nascimento do próprio filho, transformando o parto num ato mecanizado e desumano. (REHUNA, 2014).

Para a mulher, o processo de parturição é uma etapa de sua vida que acarretará profundas e significativas mudanças fisiológicas e psicológicas, que necessitará de cuidados que promovam não só sua integridade física, mas, sobretudo, sua dignidade e auto-estima, considerando seus sentimentos e sua individualidade. (NASCIMENTO, 2014: CARAPIÁ, 2014).

Contudo, atualmente a parturiente não pode nem mais escolher em qual posição ficar, ao iniciar-se o trabalho de parto. Seu papel foi reduzido ao seio familiar, valorizando-a como “mãe dedicada” e “boa esposa” e que devido a essa condição tornou-se preocupação do médico, por sua fragilidade, a quem somente esses poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. (NASCIMENTO, 2014: CARAPIÁ, 2014).

Se anteriormente na hora de dar a luz, os cuidados pós parto com a mãe e com o bebê ocorria em família, cercado por fortes laços, hoje acontecem dentro dos ambientes hospitalares, em que os contatos são frios e superficiais. O parto passa a ser tratado como uma patologia, ou seja, uma doença onde o local mais indicado para tratá-la é o hospital, onde está a figura do médico obstetra profissional qualificado para cuidar da mulher enquanto na condição de parturiente. (BRENES, 1991).

### 3 TIPOS DE PARTOS E SEUS PROCEDIMENTOS

O parto é uma das práticas humanas mais antigas e a sua determinação enquanto procedimento médico é algo relativamente recente. Antigamente, as mulheres eram as responsáveis por trazerem crianças ao mundo e eram vistas como autoridades de sabedoria e espiritualidade, por observarem práticas religiosas ao auxiliarem o parto de outras mulheres. (SOUSA).

Depois dos séculos XVII e XVIII, a medicina passou a estudar o procedimento e os homens começaram a participar do parto, introduzindo a cirurgia como método auxiliar no nascimento de bebês. Imagens antigas mostram que normalmente os partos eram realizados com a mulher em pé, de cócoras ou sentada, e apenas com a medicalização do parto é que as mulheres começaram a dar a luz deitadas em macas. Essa opção permitiu aos médicos ter maior facilidade de realizarem intervenções médicas (como o uso do fórceps). Assim, o parto foi levado para dentro de clínicas e hospitais, ambientes vistos por muitos como frios, impessoais e incômodos. (SOUSA).

O parto é o momento mais esperado da vida de uma mulher. Durante a gestação ela faz planos, fica imaginando como será o bebê se menina ou menino, sua aparência que traços ira predominar os dela ou do esposo, se vai nascer sem nenhum problema físico ou psíquico. Ela sente medo e ansiedade diante da chegada do seu bebê ao mundo. O parto é um mistério, labirinto inesperado para ela sendo marinheiro de primeira viagem ou não, pois, um parto nem sempre é igual ao outro. E hoje ouve-se sobre a existência vários tipos de 'partos' e a escolha do procedimento ideal depende tanto da vontade da mãe como também da posição do feto. (CHAUVET, 2013).

Ao referir-se a tal assunto, Leboyer diz que a fisiologia da mulher deve ser respeitada pois, a interferência do homem com seus instrumentos e técnicas científicas torna o parto uma experiência traumatizante para o bebê porque ele sente tudo. (LEBOYER,1974 p.30).

Todo o procedimento efetuado pelo obstetra durante o parto segundo Frederick não é bom para a criança que se depara com um mundo desconhecido, diferente do qual ela está habituada que é o útero materno fisiologicamente preparado para ela. (LEBOYER,1974 p.38).

A natureza do parto se encarrega do trabalho auxiliando a mulher, o recém-nascido por si só vai descobrindo o novo mundo que se apresenta a ele, por isso deve-se procurar recriar o ambiente do útero materno para receber o novo ser, sendo desnecessários e

agressivos os procedimentos feitos nos hospitais pelos médicos obstetras. (LEBOYER,1974 p.130).

A despeito disso (Diniz, 2004; Duarte, 2002, p.39) fala sobre importância que tem para a mulher conhecer os tipos de partos e suas intercorrências é de extrema relevância pois, assim a gestante sentira segurança quando for dar a luz, tendo consciência que escolheu o melhor tipo de parto para ela e seu bebê, tendo seus direitos respeitados.

Em sua obra as autoras não se posicionam contra ou a favor de determinado parto, elas ressaltam a importância da gestante ser orientadas baseadas em fatos reais e não em presunções, para que não haja prejuízo em sua vida cotidiana devido a condutas e procedimentos desnecessários impostos a ela durante a gestação, ou o parto. (DINIZ,2004; DUARTE, 2002, p.45).

O parto deve ser efetuado respeitando-se o estado da mulher, onde a presença de seu parceiro deve se fazer presente, pois antes de haver a hospitalização do parto, o parceiro, a família e amigos estavam presentes junto a futura mamãe. Esclarecendo a ela sobre as mudanças ocorridas no seu corpo, o que é real e que é mito pra que suas dúvidas não atrapalhem seu relacionamento íntimo com seu marido. (DINIZ, 2004; DUARTE, 2002, p.147).

A mulher não pode ser olhada somente como mais uma que irá parir deve-se analisar sua história de vida, seu aspecto físico e principalmente o emocional pois cada mulher tem sua vivencia individual, sua cultura, medos e anseios. Quando tais características não são levadas em conta corre-se o risco se cometer erros as vezes irreparáveis. (PAMPLONA, 1990, p.15).

Por seu lado, (PAMPLONA, 1990, p.17) afirma que o parto não está relacionado a dor, mas a dor pode ser provocada por diversas causas patológicas e fisiológicas, atitudes, condições socioeconômicas entre outras. Deve-se ter outro olhar ao se tratar a gestação, parto e pós-parto por ser uma fase de transformação física e psicológica para a mulher onde seu corpo sofre mudanças.

A relação de diálogo entre a mulher 'paciente' e seu médico obstetra deve existir para que se crie um laço de confiança, pois o momento mais importante de sua vida que é tornar-se mãe deverá ter o auxílio dele, para isso é necessária cumplicidade das partes.

Se houver essa cumplicidade, e a interação familiar o parto irá transcorrer tranquilamente para ambos, que tem tarefas importantes e distintas, mas com um objetivo comum um parto bem sucedido e para os familiares que são os expectadores deste ato. (PAMPLONA, 1990, p.57).

Percebe-se que o parto é um acontecimento natural e intrínseco a mulher, e o ideal é ter informações, conhecimento e orientação com o médico durante o pré-natal e faça a escolha sobre o parto que deseja, de acordo com suas condições. Observa-se que cada autor em sua área de atuação compartilha pensamentos iguais de que a mulher deve ter sua autonomia e direitos respeitados, visando seu bem estar físico e mental. Devendo-se intervir no parto somente se houver intercorrências que impossibilite a mulher de ter o tipo de parto escolhido.

Hoje há vários “tipos de parto:” parto normal, parto vaginal, parto natural, cesárea, parto a ferro (fórceps), parto na água, parto Leboyer, parto sem dor, parto humanizado, parto de cócoras, e assim por diante. As classificações dos “tipos de parto” e de sua separação por tipos aconteceu em decorrência do nosso sistema obstétrico. Desde que o atendimento passou a ser hospitalar feito exclusivamente pelos médicos, em macas horizontais, com as mulheres em posição ginecológica, a classificação ficou óbvia: "Parto Normal" ou "Cesariana". Não havia alternativa. Se a mulher não conseguia dar à luz nessas condições padronizadas, ia para a cesárea. (TANAKA, 1995, p.84-85).

No Parto Normal são utilizadas anestésias modernas, como a peridural e a raque, para aliviar as dores, também é feita a indução (estímulo das contrações com medicamentos ou com o rompimento precoce da bolsa). O vaginal é sem procedimentos de intervenção, como anestesia ou Episiotomia (incisão no períneo) e indução. A função do profissional de saúde nesse tipo de parto é acompanhar o ritmo dos acontecimentos e a movimentação da mulher, intervindo apenas quando for necessário.

No Parto Vaginal não ocorre indução, ele acontece sem procedimentos de intervenção, como anestesia ou Episiotomia (é uma incisão feita na região perineal que inclui o corte de camadas musculares, pele e mucosa vaginal entre a vagina e o ânus da mulher para, em tese, facilitar a saída do bebê durante o parto, rompimento artificial da bolsa d'água, aceleração com soro, raspagem dos pêlos, entre outras intervenções. (BASBAUM, 2014).

A função do profissional de saúde nesse tipo de parto é acompanhar o ritmo dos acontecimentos e a movimentação da mulher, intervindo apenas quando for necessário e se ela pedir. Em sua essência, é praticamente igual ao parto normal. (VALARINE, 2015).

O Parto Leboyer também conhecido como “Nascimento sem Violência”, esse método foi criado pelo médico francês Frédérick Leboyer e introduzido no Brasil na década de 1970. É realizada a pouca luz e no maior silêncio possível. O bebê não recebe a famosa palmadinha no bumbum (que é o que faz a criança chorar e abrir os pulmões), sendo que essa transição é feita de maneira suave, esperando o cordão umbilical parar de pulsar. A amamentação é precoce e o banho realizado junto com os pais.

Segundo alguns psicanalistas, esse tipo de parto reduz o trauma que significa para a criança a saída do útero. Estudos com crianças que nasceram por esse método mostram que essas são mais seguras, tornam-se autônomas mais cedo e são emocionalmente mais equilibradas.

O Parto de Cócoras tem os mesmos princípios do parto normal, com a vantagem de ser mais rápido. Antigamente era utilizado pelas índias. Nesse tipo de parto, a mãe, em vez de ficar deitada, fica na posição de cócoras e é necessário um acompanhante para dar suporte com o corpo atrás da mulher.

Por estar na posição horizontal, a gravidade atua intensificando as contrações e facilitando a saída da criança. Essa posição ainda traz outros benefícios para a saúde da mulher, que não sofre compressão de importantes vasos sanguíneos (o que poderia levar ao sofrimento fetal) e a área da pelve é aumentada em até 40%, além da elasticidade do períneo ser menos comprometida. Pesquisa realizada por Janet Balaskas, líder do movimento pelo parto ativo na década de 1980 em Londres, comprovou que mulheres que têm seus filhos por essa forma de parto sofrem menos com depressão pós-parto e têm menos dificuldade de amamentar. (MORAES).

Atualmente o termo Parto Humanizado tem sido usado indiscriminadamente e sem uma definição real do termo. Para o Ministério da Saúde, parto humanizado significa o direito que toda gestante tem de passar por pelo menos seis (6) consultas de pré-natal, ter sua vaga garantida em um hospital na hora do parto e agora ter o direito a um acompanhante de escolha. Para alguns hospitais significa a presença de um acompanhante, música na sala de parto e a permissão de ficar alguns minutos com o bebê antes dele ser levado para o berçário.

Para o Rehuna (Rede Brasileira pela Humanização do Nascimento) e para muitos movimentos como “Parto do Princípio”, “Organização não Governamental Bem Nascer”, “Despertar do Parto” entre muitos outros é devolver o papel principal do parto à mulher e promover uma atenção ao parto centrado nas escolhas e necessidades individuais de cada mulher. Se a mulher vai escolher dar à luz de cócoras ou na água, quanto tempo ela vai querer ficar com o bebê no colo após seu nascimento, quem vai estar em sua companhia, se ela vai querer se alimentar e beber líquidos, todas essas decisões deverão ser tomadas por ela, protagonista de seu próprio parto e dona de seu corpo.

São decisões informadas e baseadas em evidências científicas. O papel do médico e de toda a assistência seria a de oferecer apoio e respeitar a fisiologia do parto só interferindo se houver real necessidade e não rotineiramente. (MORAES).

O termo Parto Sem Dor tem várias conotações. Nos Estados Unidos propunham uma espécie de treinamento às gestantes, baseado em técnicas respiratórias, de relaxamento, de concentração, entre outras. A reflexão geral é que uma mulher bem preparada para o parto e bem acompanhada durante todo o processo terá muito menos dor do que uma mulher assustada e tensa. Pode ser que faça sentido, mas convém lembrar que a dor do parto continua existindo, agora sem o sofrimento causado por medo e tensão.

No Brasil "Parto Sem Dor" é comumente confundido com parto sob anestesia. Obviamente a anestesia bloqueia a dor, mas também diminui as sensações das pernas e do assoalho pélvico. Essas sensações são responsáveis pela força que a mulher faz na hora de "empurrar" o bebê para fora. Portanto, embora haja o bloqueio à dor, alguns efeitos indesejáveis como a perda do controle sobre o processo do parto, entre outros, podem ocorrer. Em muitos serviços médicos a anestesia é aplicada no final do trabalho de parto, já no período expulsivo, de modo que o período de dilatação não se passa sob efeito das drogas anestésicas. De qualquer modo, as formas naturais de se lidar com a dor deveriam ser largamente oferecidas e utilizadas antes de serem aplicados os métodos farmacológicos de bloqueio da dor. (MORAES).

O fórceps ou a ventosa são utilizados para ajudar o parto. O Fórceps é colocado à volta da cabeça do bebê. A ventosa (extractor pelo vácuo) conta com uma pequena concha, feita de um material semelhante à borracha, que adere à cabeça quando se inicia a aspiração. Com qualquer destes elementos a criança sai suavemente do corpo da sua mãe enquanto ela faz força. O fórceps podem danificar a cara do recém-nascido ou rasgar a vagina da mãe, enquanto uma ventosa pode provocar um rompimento do couro cabeludo do recém-nascido. (NASCIMENTO, 2012).

A cesariana tem como nome "oficial" cirurgia para remoção (ou extração) de feto. É o parto cirúrgico por meio de uma incisão feita no abdómen e no útero da mãe, é considerado um parto que pode ser feito sem dor, escolhendo-se o dia e a hora em que o bebê vai nascer, diferentemente do parto normal onde é necessário esperar que o corpo comece a dar sinais de trabalho de parto. A gestante estará sentada, será aplicada a anestesia em sua na coluna vertebral. A seguir, coloca-se um cateter no espaço peridural para facilitar a administração de medicamentos e é colocada uma sonda para conter a urina. O médico irá realizar um corte de aproximadamente 10 cm de largura perto da linha do biquíni, e irá cortar ainda mais sete camadas de tecidos.

São sucessivamente abertos o tecido subcutâneo e a aponeurose dos músculos reta abdominal é separada os músculos na linha média e abertos o peritônio parietal e o peritônio

visceral, deixando visível a parede uterina, até chegar ao bebê. A seguir o médico puxa o bebê, o que não vai doer, retira também a placenta. O médico fará o fechamento do corte, depois irá costurar todas as camadas de tecido cortada para o parto, o que pode demorar em média 30 minutos. (VALARINI).

### 3.1 Violência Obstétrica

Definição de Violência Obstétrica segundo a lei Venezuelana (a primeira lei latino-americana tipificando esta forma de violência):

"Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em serviço público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres."

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a expressão como o conjunto de atos desrespeitosos, abusos, maus-tratos e negligência contra a mulher e o bebê, antes, durante e depois do parto, que “equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais”.

A violência obstétrica é a violência institucional na atenção obstétrica, cometida contra a mulher grávida e sua família em instituições de saúde, no momento do atendimento pré-natal, ao parto ou aborto. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, às vezes explícitas, às vezes veladas. (STUPPIELLO, 2015)

A violência obstétrica implica em violações de direitos humanos, como o direito a integridade corporal, à autonomia, a não discriminação, à saúde e a garantia do direito aos benefícios do progresso científico e tecnológico.

De acordo com um levantamento feito pela OMS publicado no fim de junho de 2015 no periódico científico *PLOS Medicine* -, os direitos das mulheres ao dar à luz podem ser violados de diversas maneiras, o que configura, em cada caso, um tipo diferente de desrespeito e abuso.

Para identificar os principais tipos de violência sofridos por mulheres, um grupo de cientistas da OMS e de vários outros países foram atrás de pesquisas já publicadas sobre o

assunto. "Começou-se a montar um banco de dados muito grande e, a partir daí, reuniu-se informações dos 65 trabalhos revisados para esse estudo", conta João Paulo Dias de Souza, professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e o responsável por coordenar a pesquisa da OMS nas línguas portuguesa, espanhola e francesa. As pesquisas que fizeram parte dessa investigação eram provenientes de 34 países, localizados em todos os continentes. (MONTEIRO, 2015).

Foram elencados, no total, sete tipos de violência: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, preconceito e discriminação, mau relacionamento entre os profissionais de saúde e as pacientes, falta de estrutura no serviço de saúde e, por fim, a carência de um sistema de saúde de boa qualidade.

"No Brasil, os maiores problemas apontados foram a restrição de ter um acompanhante durante todo o parto, o abuso verbal, a agressão física, a relação ruim entre o profissional e a parturiente e a não obtenção de consentimento para determinados procedimentos, como a episiotomia". (GUEDES et al 2013 P&B)

As formas mais comuns de violência obstétrica ocorrem antes do parto durante o pré-natal dando informações insuficientes ou questionáveis sobre o andamento da gestação, falsas indicações para cirurgia cesariana, falta de informações sobre a fisiologia de cada tipo de partos e quando é indicado à cesariana. Onde há ausência ou má qualidade de informações sobre como a mulher deve agir durante o início do trabalho de parto e sobre a impossibilidade dela escolher previamente o local de parto. (CIELLO, 2012. p. 60-61)

Durante o parto pode acontecer a violência física, são ações que recaem sobre o corpo da mulher, que interferem, causando-lhe dor ou dano físico (de grau leve a intenso), através de procedimentos feitos sem recomendação baseada em evidências científicas.

São consideradas como violência obstétrica tapas, empurrões, aplicação de soro com ocitocina sintética a fim de contrair artificialmente o útero, privação de movimentos, falta de liberdade para ingerir líquidos e alimentos, privação de métodos naturais para alívio da dor-privação de anestesia quando necessária e reivindicada pela mulher, forçar membros, toques indesejados e/ou toques realizados por diferentes pessoas, descolamento de membrana sem consentimento da mulher, ruptura artificial da bolsa sem consentimento da mulher, obrigar a mulher a ficar deitada ou em outra posição que ela julgue dolorosa durante o trabalho de parto e/ou nascimento do bebê, manobra de Kristeller (quando o profissional de saúde sobe em cima da barriga da gestante e a força para baixo), amarrar as pernas na perneira, episiotomia

(corte ou “pique” na vagina), “ponto do marido”(sutura da episiotomia maior que a necessária para fechar o corte a fim de estreitar a vagina e oferecer maior prazer sexual ao parceiro), uso de fórceps sem indicação clínica, fórceps didático, cesarianas sem real indicação clínica e por conveniência do médico, submeter a mulher a qualquer procedimento desnecessário sem seu conhecimento, sem esclarecimento de riscos e complicações, ou sem seu consentimento. (GUEDES et al 2013 P&B)

Percebe-se que a violência psicológica talvez seja a que cause maior dano a mulher atingindo seu psicológico de forma a traumatizá-la, dificultando seu relacionamento interpessoal com esposo ou companheiro, com os amigos, no trabalho e com o bebê.

Ocorre através de ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: todo tipo de humilhação, tortura psicológica, ameaças, chacotas, ofensas, piadas sobre obesidade, pêlos pubianos, estrias, evacuação; recriminar o choro, o grito ou as conversas da mãe com seu bebê; recriminar a expressão de sua religiosidade; discriminação étnica racial, discriminação econômico-social; discriminação referente à idade, profissão, orientação sexual da mãe; utilizar de tratamento infantilizado, ou outro que inferiorize a mulher. (CIELLO, 2012. p. 60-61)

A violência institucional acontece através de 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. São a falta de vagas em hospitais e incentivar “peregrinação” por internação, omissão no encaminhamento adequado da mulher diante da falta de vagas; - Impedimento da entrada de um acompanhante escolhido pela mulher na instituição de saúde, falta de adequação para a entrada e permanência de um acompanhante de livre escolha, falta de privacidade, proibindo ou dificultando a permanência do acompanhante homem.”; falta de capacitação das redes de atendimento a mulheres vítimas de violência para acolher denúncias de violência obstétrica e tratar de suas especificidades; tolerância do Estado às violências contra as mulheres na assistência ao parto, morosidade na fiscalização dos serviços de atenção ao parto e nascimento; descumprimento da legislação vigente; oferecer internação em ala particular (em hospitais conveniados ao SUS) quando a mulher exige direitos garantidos por lei no serviço público. (CIELLO, 2012. p. 60-61)

A violência sexual também está entre as formas de violência obstétrica imposta as mulheres como mutilação da vagina pode ocorrer quando é feito a episiotomia de rotina 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, da continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. (LISAUSKAS, 2015)

Elis Almeida, atendida no Hospital da Mulher em Santo André-SP

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, e menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. ” (ALMEIDA)

Complicações comuns ocasionadas pela Episiotomia são: dor, infecção, deiscência, hemorragia significativa, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma. Alega-se que seu objetivo é “facilitar” a saída do bebê, os exames de toque desnecessários, realizados por uma pessoa (ou várias) sem a devida apresentação, e sem esclarecimento sobre a necessidade do exame. (QUEIROGA 2006, SILVA, 2006).

### **3.2 Princípios Protetivos da Pessoa: Dignidade Humana**

Na década de 1960 um conjunto de Convenções Internacionais, no âmbito da ONU introduziram as categorias “homens” e “mulheres” ao tratarem de temas diversos.

Dentre esses instrumentos legais estão o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966, ratificado pelo Brasil em 1992), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966, ratificado pelo Brasil em 1992), e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica (1969, ratificada pelo Brasil em 1992).

Em 1979, por pressão dos movimentos feministas de diversos países, a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

foi adotada. Constituiu um marco histórico na definição internacional dos Direitos Humanos das mulheres, concretizando um compromisso assumido na I Conferência Mundial da Mulher realizado no México, em 1975. Abarcando áreas como trabalho, saúde, educação, direitos civis e políticos, estereótipos sexuais, prostituição e família, essa Convenção foi o primeiro instrumento internacional de direitos humanos especificamente voltados para a proteção das mulheres.

... toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer campo. Art. 1º - CEDAW (Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher)

O Brasil assinou essa Convenção em 1981, e em 1988, a nova Constituição Federal brasileira, em seu artigo 5º, consagrou a igualdade de todos perante a lei explicitamente, no artigo 226, §5º, reconheceu a igualdade entre homens e mulheres na família.

Na realidade, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres nada mais fez do que especificar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, de 1966, dentre outros documentos internacionais elaborados na década de 1960.

Na Convenção de Viena afirmou-se que os direitos das mulheres eram direitos humanos, e quando ocorreu a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, no ano de 1993, pela Organização das Nações Unidas (ONU), enfatizou-se à introdução da perspectiva de gênero em todas as Conferências da ONU da década de 1990. A ONU reconheceu a necessidade de priorizar os direitos das mulheres no âmbito internacional.

Em 1993, na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, de que os direitos da mulher e da menina são parte inalienável, integrante e indivisível dos direitos humanos universais, elaborando-se a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher.

Na Convenção de Belém do Pará no ano de 1994, a Organização dos Estados Americanos (OEA) deu força de lei a essa Declaração através da Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) legitima todo o debate do movimento de mulheres em todo o mundo sobre a necessidade de se considerar esse

tipo de violência objeto de repúdio e cria para o Estado a obrigação de elaborar políticas públicas e o dever de criar serviços voltados para a proteção das mulheres.

O Brasil não só assinou a maior parte dos documentos relativos ao reconhecimento e às proteções aos direitos humanos das mulheres, como apresenta um quadro legislativo bastante avançado no que se refere à igualdade de direitos entre homens e mulheres.

A legislação nacional foi reforçada pelas convenções, tratados, declarações e planos de ação das Conferências das Nações Unidas, que criaram um novo direito internacional dos direitos humanos. No entanto, muito ainda precisa ser feito no plano legislativo e nas políticas sociais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada e proclamada pela Resolução nº 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Assinada pelo Brasil na mesma data.

A dignidade humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, previsto no art. 1º da Constituição Federal Brasileira de 1988.

A vida digna abarca um núcleo de direitos intangíveis, que devem ser respeitados e garantidos, dentre os quais, o direito à saúde, expressamente previsto na Lei Maior Brasileira vigente. Este direito abarca tanto a prevenção quanto os tratamentos adequados para a necessidade dos pacientes, estejam eles livres ou com a liberdade restringida, por qualquer motivo que seja.

Percebe-se que o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana tornou-se norteador de todo o ordenamento jurídico, assim o conceito de dignidade está “intimamente ligada à noção da liberdade pessoal de cada indivíduo - o Homem como ser livre e responsável por seus atos e seu destino.”

Segundo comentário de Rodrigues (2011.p.31) apud Sarlet (2011), preconiza que a dignidade da pessoa humana em sua completude significa:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os

demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

Princípio da Dignidade da Pessoa Humana vem destacado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas em seu preâmbulo:

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo [...]. Considerando que as Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e valor da pessoa humana [...]. (DECLARAÇÃO, 2015)

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 1969, estabelece, em seu art. 11, § 1º, que “Toda pessoa humana tem direito ao respeito de sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade”.

Nota-se ser o princípio da dignidade da pessoa humana tão importante que sem sombra de dúvidas, é fundamental, no universo principiológico inserido na A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos a dignidade da pessoa humana;

O princípio da dignidade humana, como garantidor da vida e como Fundamento do Estado, ocupa uma importante posição dentro do direito, que é a sua humanização.

A palavra “princípio” exprime a ideia de começo, onde tudo se inicia, ao se adotar a dignidade da pessoa humana como pilar do Estado democrático de direito sinaliza-se estar reconhecendo o ser humano como o centro e o fim do direito.

Comenta Pereira (2007, p.5) que Carlos Guimarães (2006, p.1), explica que para Sócrates:

[...] o homem é a sua alma - *psyché*, porquanto é a sua alma que o distingue de qualquer outra coisa, dando-lhe, em virtude de sua história, uma personalidade única. E por *psyché* Sócrates entende nossa sede racional, inteligente e eticamente operante, ou ainda a consciência e a personalidade intelectual e moral.

A concretização do princípio da dignidade de pessoa humana tem materialização nos direitos da personalidade por ser condição inerente ao ser humano, a dignidade é intangível e seu alcance não se limita à noção de vida; a precede, atingindo toda e qualquer expectativa de vida humana, e também ultrapassa, prolongando seus efeitos mesmo após o fim da vida. (KUMAGAI; MARTA)

A proteção a dignidade da pessoa humana estende-se a qualquer pessoa, independentemente da idade, sexo, origem, cor, condição social, capacidade de entendimento e autodeterminação ou status jurídico.

A dignidade da pessoa humana torna-se, assim, o grande objetivo a ser alcançado pelas normas civis, na medida em que modifica a maneira de entender o homem, seja no seu caráter pessoal, social onde se deve buscar o melhor para a pessoa.

Nota-se que o respeito à dignidade da pessoa humana, traz consequências: importantes que devem ser valorizadas como a igualdade de direitos entre todos os homens, visto que integram a sociedade como pessoas e não somente como cidadãos, garantindo independência e autonomia ao ser humano ,desta forma ele pode coibir toda coação do meio externo que tenta prejudicar o desenvolvimento de sua personalidade, e também qualquer ação visando a degradação e desrespeito à sua condição de pessoa, não admitindo imposição de condições sub-humanas de vida.(KUMAGAI; MARTA)

A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a essa norma (art. 21 – Código Civil ,2015). O dispositivo, em consonância com o art. 5º, X, CF/88, abrange todos os aspectos da intimidade da pessoa.

#### 4 LEIS DE PROTEÇÃO A MULHER E A CRIANÇA

As mulheres e crianças são as maiores vítimas de violência, devido a sua fragilidade frente à sociedade ainda patriarcal. A violência praticada contra as mulheres em qualquer esfera também afeta, a criança, constata-se que muitas são as formas de violência contra a mulher e a criança.

A violência contra as mulheres e as crianças inclui violência física, psicológica, discriminação, negligência e maus-tratos. Ela vai desde abusos sexuais, castigos corporais e humilhantes na escola e em casa, restrições físicas, abusos, negligência familiar e institucional, crimes de honra, sendo uma grave violação dos direitos humanos.

Percebe-se que devido a crescente violência contra a mulher e a criança no decorrer da história, várias foram as manifestações para combater essa incidência visando cobrar medidas para coibir e punir tal comportamento. (CAPRA)

Observa-se uma violência que acomete a mulher e também a criança, antes do nascimento, durante o parto e após o parto trata-se da violência obstétrica que desrespeita vários direitos da mulher e da criança que estão previstos em leis e estatutos.

A violência obstétrica é um termo relativamente novo, mas sua ocorrência não, ela fere os direitos de gênero, o direito à saúde e os direitos humanos. Quando um hospital recusa-se a aceitar a admissão ao hospital fere a Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. – Lei onde é delegado ao SUS a responsabilidade de vincular a gestante à maternidade na qual será feito o parto, devendo ser feito desde o início do pré-natal com o objetivo de evitar sua peregrinação em busca de assistência.

É mais provável ter um parto respeitoso com o acompanhamento de um profissional que respeite a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto, em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.067 de 04 de julho de 2005 - Portaria da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A parturiente tem direito de escolher a via de parto é um direito constituído com a finalidade de preservar sua integridade pessoal, liberdade e consciência, conforme descrito na Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica), de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992, e abarca especialmente o Direito à integridade pessoal, liberdade pessoal; liberdade de consciência e proteção da família.

Sendo respaldado na Constituição Federal da República do Brasil conforme dispositivo abaixo:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015). (BRASIL,2015).

Tais institutos garantem a proteção ao parto e o direito de escolha da mulher sobre a forma como deseja dar a luz e deve ser respeitado, impor a gestante qualquer intervenção que não seja de sua vontade a impede de exercitar seus direitos como mulher. (ARTEMIS, 2014).

A Constituição fala em seu artigo 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.

Ao submeter a gestante a tratamentos diversos do almejado ocorre a violação desses direitos elencados na constituição, nota-se que alguns médicos dizem que deve haver intervenção somente se houver risco de vida para ela ou o bebê decorrentes de doenças pré-existentes como a: Hipertensão Arterial Crônica e Pré-eclâmpsia, Diabetes Gestacional, Trombose, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre outras sendo essas consideradas absolutas, já as relativas vão depender da opinião do médico, são elas Feto pélvico (o bebê está sentado), Macrossomia Fetal (bebês de grande peso), trabalho de parto prolongado, má formação do feto, ruptura prematura de membranas. (TORQUATO, 2014)

Não sendo nestas condições o médico deve respeitar o desejo da mulher sobre o tipo de parto que ela almeja, buscando sempre os meios que não impute riscos a sua saúde e a de seu filho, garantindo a ambos uma pronta recuperação.

Versa o artigo 196 “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”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A Organização Mundial de Saúde publicou em seis idiomas uma declaração contra a violência obstétrica ela solicita maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. Fala-se sobre os abusos sofrido por mulheres no mundo inteiro durante o parto nas instituições de saúde. Explanado que tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. (OMS, 2014).

A mulher ao submeter-se a determinados procedimentos médicos pode sofrer danos físicos, a parturiente não consegue decidir porque nada é informado e os procedimentos são impostos de maneira absoluta. Mesmo nos casos em que há risco para a mulher ou para a criança que vai nascer ela deve ser informada para que possa decidir.

Conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820 de 13 de Agosto de 2009- Portaria direitos e deveres dos usuários da saúde. Toda pessoa tem direito a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e com direito à recusa do tratamento proposto.

Observa-se que muitos são os atos considerados como violência contra a gestante que fere leis existentes é o caso da episiotomia quando o limiar entre o necessário e a violência obstétrica é ultrapassado.

A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 –Lei sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, vem para reforçar o entendimento de que os procedimentos a serem realizados na parturiente devem ser baseados em evidências, evitando procedimentos desnecessários, exceto é claro nos casos em que há indicação absoluta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Muitas condutas comuns na prática obstétrica brasileira não são recomendadas pela ciência, porém, elas continuam sendo ensinadas nas faculdades de Medicina e Enfermagem.

Como resultado, muitas mulheres são submetidas a procedimentos dolorosos e potencialmente danosos sem que haja qualquer benefício para sua saúde ou a de seus bebês. São exemplos dessas condutas: a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da mulher ou subir em cima dela no momento do nascimento do bebê), o soro com ocitocina (também chamado de “sorinho”) como rotina do hospital, episiotomia de rotina e o jejum obrigatório. Realizar essas condutas representam exemplos de violência no atendimento obstétrico. (POMPEO, 2014).

A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 -Lei sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, teve alterações sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VIII artigos:

Art. 19-Q”. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

A mulher em trabalho de parto tem direito a ter um acompanhante de sua livre escolha, devendo ser respeitado, pois tem garantia legal conforme dispõe a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 – Lei do Parto conforme descrito em seu artigo 19-J parágrafo 1º, o acompanhante poderá permanecer com ela até 10 dias depois do parto.

A Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa de nº 36 de 03 de junho de 2008- Resolução Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, determina que a mãe e o bebê sejam cercados de atenção e cuidados, pelos serviços de saúde, na fase que antecede o trabalho de parto, durante o processo e após o nascimento da criança. De acordo com a resolução, a parturiente tem o direito de indicar a pessoa que a acompanhará e permanecerá com ela até que receba alta médica, inclusive dormindo ao seu lado no quarto onde precise pernoitar. (ANVISA, 2008).

Mulheres relatam como foi vítima da violência obstétrica quando buscaram atendimento nas instituições de saúde do Brasil

Demonstra-se a presença desta violência nos locais de assistência a saúde “A maternidade alegou que no SUS não pode ter acompanhante. Mas se eu quisesse muito, eu poderia pagar o parto todo particular para ter acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto. Disseram que é só R\$ 1.500. Pagar R\$ 1.500 para ter o acompanhante, entendeu?” Sueli, Cachoeiro de Itapemirim (ES). (KONDO, 2014).

Evidenciando-se em diversas regiões do país “Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse: ‘Então eu vou embora e você faz o parto’.” Fabiana, Barbacena (MG). (KONDO, 2014).

O não cumprimento viola também a Lei 8.069/90 o Estatuto da Criança e do Adolescente, que garante o direito de ser acompanhado, Portanto, desde o nascimento e até os 18 anos a criança tem assegurada a presença de um familiar ao seu lado durante todo o período de internação hospitalar.

Trata-se de uma questão de direito e justiça social sendo imprescindível e indiscutível que à criança enferma necessita de apoio emocional por parte da mãe acompanhante ou seu substituto, tendo como consequente aceleração da cura e alta mais precoce. (BRASIL, 2015).

Todos os hospitais estão obrigados pela Lei 12.895 de 18 de Dezembro de 2013 - Lei obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. As gestantes têm direito a acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

A Portaria n.º 569/GM do Ministério da Saúde, de 01 de junho de 2000- Portaria que afirma que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. São direitos inalienáveis da cidadania e vem descrito no artigo 2º, da referida portaria, indicando que esse acesso e atendimento seja realizado de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria.

Após o parto é direito da mãe e do bebê ter contato físico conforme preconiza Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 –Portaria Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS) Ministério da Saúde.

Art. 4º Para o Recém Nascido a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou Vírus Linfotrópico da Célula Humana (HTLV) positiva.

A Lei 10.778 de 24 de Novembro de 2003- Lei Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Para esta Lei, a violência contra a mulher é qualquer

ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. (MINISTERIO DA SAÚDE,2014).

Decisão judicial em favor de um pai que foi impedido de ficar como acompanhante da esposa ocorrendo a violência obstétrica pois, não se respeitou a Lei do Acompanhante em vigor desde 2005

[...] concluo pela responsabilidade do hospital pelo inadimplemento da obrigação que assumira com o Apelante e que o privou da experiência de vivenciar o parto de seu primogênito, o que, conquanto não represente ofensa a direito da personalidade, configura um prejuízo que merece ser reparado mediante o pagamento de quantia equivalente ao custo de um parto no hospital à época do acontecimento dos fatos (art. 20, inc. III, CDC), atualizada e acrescida de juro de 1% ao mês desde a citação". (Tribunal de Justiça de São Paulo, na Apelação nº Apelação nº 0301007-42.2009.8.26.0000, Comarca de Atibaia, 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, Relator Desembargador Luiz Antônio Costa).

Observa-se que a sociedade considera que práticas abusivas observadas em situações de parto e nascimento não constituem violência, porque são de praxe. Confundem o que é comum com o que é normal. A ocorrência de violência obstétrica desrespeitando direitos da mulher são recorrentes e rotineiras em instituições de saúde, seja pública ou particular em decorrência destas práticas a Rede Parto do Princípio elaborou um Dossiê para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito - CPMI da Violência Contra as Mulheres onde se lê o seguintes relato:

Paciente: O médico só gritava:

Médico: puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!

Paciente: Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia:

Médico: Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?

Paciente: Eu estava em estado de choque, mas eu disse: 'Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram:

Outros:Quer ver o corpo?

Paciente: Eu não quis.

(K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG. )

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

‘Então eu vou embora e você faz o parto’.” C.M., atendida na rede pública, Barbacena (C.M, MG)

Na América Latina a Venezuela e a Argentina, são países que tipificam a Violência Obstétrica e reconhecem como crime, e como tal deve ser prevenido, punido e erradicado.

A República Argentina sancionava a Lei nº 26.485 de 01 de Abril de 2009-*Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales* (Proteção Integral para Prevenir Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais), onde estão tipificadas seis tipos de violência contra a mulher, a saber: violência doméstica, institucional, laboral, violência contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática.

Em 25 de novembro de 2006, Assembléia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Tipificando 19 formas de violência contra a mulher entre elas: violência psicológica, física, doméstica, sexual, laboral, patrimonial e econômica, obstétrica, midiática, institucional, simbólica, assim como a esterilização forçada, o tráfico trata de mulheres, meninas e adolescentes, assédio ou ataque, ameaça, ataque sexual violento, prostituição forçada, escravidão sexual e assédio sexual, tendo a mais nova a Violência Obstétrica. (CIELLO, 2012. p. 27)

#### **4.1 O Direito do Paciente e a Ética Médica**

Juramento de Hipócrates atualizado:

Eu, solenemente, juro consagrar minha vida a serviço da Humanidade. Darei como reconhecimento a meus mestres, meu respeito e minha gratidão. Praticarei a minha profissão com consciência e dignidade. A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação. Respeitarei os segredos a mim confiados. Mantereí, a todo custo, no máximo possível, a honra e a tradição da profissão médica. Meus colegas serão meus irmãos. Não permitirei que concepções religiosas, nacionais, raciais, partidárias ou sociais intervenham entre meu dever e meus pacientes. Mantereí o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção. Mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico em princípios contrários às leis da natureza. Faço estas promessas, solene e livremente, pela minha própria honra. (REZENDE,2009).

A relação médico-paciente é uma relação de interdependência desigual, pois o médico detém o conhecimento do tratamento, tendo poder frente ao paciente. Além disso, ao procurar um médico em decorrência de uma moléstia, em menor ou maior grau, o paciente está emocionalmente fragilizado não só pelo sofrimento, mas também pelo medo da morte.

Ao atendê-lo, o médico deve vê-lo como um paciente, ou seja, como uma pessoa que o procurou por motivo de saúde e que confia em sua capacidade de resolver o problema e auxiliá-la em sua necessidade. Mas é preciso lembrar algumas situações próprias da interface entre a medicina e o direito no momento do atendimento.

Os direitos que se originam da relação médico-paciente são bilaterais e não se encerram apenas nessa relação; passa, ainda, pela relação de direitos individuais de ambos enquanto cidadãos, pelo relacionamento saúde-Estado, pelo relacionamento do paciente e do médico com os planos de saúde de assistência complementar à assistência pública à saúde. (LANDIMANN, 1985).

Não existe um código brasileiro de direitos do paciente. Vários textos legais abordam o assunto, incluindo leis, jurisprudências, resoluções e declarações de princípios.

É direito do paciente de não ser discriminado quanto a raça, sexo, profissão, religião, ou qualquer outra condição, ter sigilo sobre seus dados enquanto paciente, ter um prontuário médico de todos os atendimentos a ele direcionado ,devendo ser o mais completo possível, ter respeitada a sua integridade física, psicológica e moral , ter todos os laudos de que necessitar no momento do atendimento, ser informado corretamente sobre diagnóstico, prognóstico e riscos em cada etapa do tratamento passando a informação em linguagem acessível para que seja compreendida pelo paciente e seus familiares, o paciente tem o direito de decidir livremente sobre sua pessoa e sobre o seu bem-estar ,etc.

Esse é um direito constitucional do paciente e, decorrente deste, o paciente tem outros dois direitos fundamentais: o da livre escolha e o do consentimento prévio. (ASSUGENI, 2007).

Ética é o conjunto de valores morais e conhecimentos racionais, a respeito do comportamento humano, princípios que norteiam a conduta humana na sociedade. Já a Moral, estabelece regras, e cada pessoa tem o dever de assumi-las para viver bem consigo mesmo e com os outros e o Direito sendo o que é justo e conforme com a lei e a justiça. O próprio nome distingue as duas, Ética vem do grego “*ethos*”, que significa modo de ser, e Moral vem do latim “*mores*”, significando costumes.

Percebe-se que ao ser abordado este tema gera polemica, sobre muitos aspectos o Direito do Paciente e a Ética Médica colidem em sua interpretação e atuação quando deve ser colocado em pratica.

O Código de Ética Médica sopesou o princípio da dignidade do ser humano com os princípios bioéticos da não maleficência e da beneficência. Isso porque, ao mesmo tempo em que o paciente tem o direito de saber a verdade sobre seu estado de saúde, há a exigência moral de que ele seja poupado de informações que não tenha condições de assimilar e que podem contribuir para a piora de seu quadro clínico. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

De acordo com Ética Médica existem princípios que norteia os profissionais da área médica, orientando-os quanto a sua formação no atendimento ao paciente, quanto a fazer o que foi capacitado baseando suas decisões visando causar menor dano ao paciente. Dando-lhe o direito de emitir sua opinião, aceitando ou não o que for proposto como forma de tratamento, e o profissional deve resguardar-se de danos profissionais com os seus atos sendo autorizados pelo paciente. O profissional deve aumentar o benefício e reduzir o prejuízo aplicando sempre as melhores técnicas no trato ao paciente, devendo reconhecer de modo imparcial o direito de cada um atendendo-os de maneira correta, exercendo sua profissão com transparência, honestidade e compaixão. Mantendo sigilo no constante aos pacientes sobre seus cuidados, revelando-os somente se for autorizado pelo mesmo ou em situação de dever legal e justa causa.

Um médico precisa exercer sua profissão com honestidade, transparência, dignidade, espírito de amizade, solidariedade, compaixão, entre outras características. Mas, mesmo assim, estará sempre sujeito a cometer erros médicos. Não existe médico sem paciente, ambos fazem parte e objetivam a beneficência do conhecimento científico e a capacitação operacional; a prática acontece em uma relação humana. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Esses princípios juntamente com o Código de Ética Médica devem conduzir o comportamento do profissional medico junto aos pacientes, quanto aos procedimentos a ser empregados a sua conduta.

O Código de Ética Médica proíbe o médico de desrespeitar o paciente no seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte em seu artigo 31.

Percebe-se o conflito de direitos do paciente e com a ética médica quando se trata da mulher enquanto gestante. Os profissionais de Saúde devem promover a autonomia da mulher

no parto, a começar pelas informações cientificamente embasadas e não tendenciosas, a fim de que elas possam tomar decisões compartilhadas com eles, fundamentadas nessas informações.

No preâmbulo do Código de Ética Médica diz que o médico deverá aceitar as escolhas de seus pacientes, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O inciso XXI determina que, no processo de tomada de decisões profissionais, “o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

A mulher deve ter autonomia para decidir o tipo de parto que deseja, seja medicalizado ou não, para isso é importante um acompanhamento de pré-natal para que os exames sejam pedidos e efetuados, as vacinas sejam aplicadas e o acompanhamento evolutivo do feto e da mãe sejam feitos, isso garante a gestante poder elaborar um plano de parto, evitando assim 90% das intercorrências durante a gestação, parto e pós parto.

São direitos básicos do consumidor: informação adequada e clara sobre os diferentes serviços com especificação correta, bem como sobre os riscos que apresentem. (BRASIL, 2015).

Possibilita-se com isso evitar procedimentos que configure a violência obstétrica, pois se percebe que a explicação para esses procedimentos são problemas não identificados devido a falta de pré-natal adequado e contínuo.

A autonomia pressupõe o direito de escolher com base na informação transmitida de forma transparente, clara e verdadeira por profissionais responsáveis e comprometidos, atentos para a obrigação ética de tornar as gestantes competentes para uma escolha. Dar a gestante o direito de optar pela via de parto será um avanço em direção à liberdade, instrumento verdadeiro que consolida a dignidade humana. (FERRARI, 2009).

#### **4.2 Responsabilização Civil e Criminal do Médico**

O termo responsabilidade no léxico *Houaiss* há várias definições: "obrigação de responder pelas ações próprias ou dos outros", "caráter ou estado do que é responsável" e "dever jurídico resultante da violação de determinado direito, através da prática de um ato contrário ao ordenamento jurídico". (QUEZADO, 2008).

A medicina passou por várias transformações até chegar à forma como hoje a conhecemos. No imaginário popular o médico era considerado um "semi-deus" pois, sua figura sempre guardou um conteúdo místico, divinizado. Nos primórdios dos tempos já existia regras que previam penas aos médicos em caso de erros, regras essas que como a medicina evoluiu.

O Código de Hammurabi, que data aproximadamente de 1.790-1.770 A.C, foi a primeira codificação a prever sanções para os profissionais que causassem danos aos seus pacientes. Sendo as penalidades graduadas de acordo com a lesão causada, o que incluía a amputação da mão do médico. À época de Hammurabi, portanto, um médico que tentasse salvar uma vida, ou curar a doença de um paciente, estaria colocando sua própria integridade física e patrimonial em risco. (CARVALHO, 2015).

Em Roma foi adotada a Lei das XII Tábuas, momento em que alguns princípios gerais da responsabilidade civil foram introduzidos ao, ainda rudimentar, ordenamento jurídico. Passou-se, então, ao estágio seguinte onde a composição tarifada fixava, para cada caso concreto, o valor da indenização a ser paga pelo causador do dano.

A Lei Aquiliana Romana data de 287 A.C, e trouxe as primícias da responsabilidade civil médica, inclusive prescrevendo as sanções pecuniárias para os danos causados por estes profissionais. (CARVALHO, 2015).

Na Grécia antiga, por volta do século V A.C iniciaram-se verdadeiros estudos no campo da medicina, proporcionando a sobreposição de elementos racionais e científicos aos conceitos empíricos, e a Lei de Talião. Em Atenas, criou-se a Lei Geral de Reparação, que regulamentava a indenização devida para quem sofria um dano involuntário (culposos), daquele que experimentava um dano voluntário (doloso), onde a reparação seria devida em dobro da estipulada para o dano involuntário. (QUEZADO, 2008).

Na França as formas de responsabilização foram se modificando, com o decorrer dos séculos. Com a criação das universidades no século XIII, passou a ser conferido aos graduados em medicina o reconhecimento público da capacidade profissional. Surgindo então, estruturadas organizações médicas, o que levou a uma maior proteção legal aos mesmos. Esta imunidade experimentada pela classe médica da época, que compreendeu entre os anos 1.825 e 1.833, ocasionou a ocorrência de casos graves e extremamente danosos a pacientes e levou os legisladores a repensarem essa imputabilidade.

Foi quando, em 1.832, um parecer do notável Procurador-Geral André Marie Jean-Jacques Dupin, da Corte Civil do Tribunal de Cassação de Paris, provocou uma verdadeira revolução na jurisprudência francesa no que concerne à responsabilidade médica. Este parecer

se transformou num marco da responsabilidade médica, influenciando inclusive, as jurisprudências de vários países.

Os doutrinadores Giotri e Melo anuem que foi o direito francês quem situou as primeiras normas compiladas sobre a responsabilidade médica na era moderna, numa construção doutrinária e jurisprudencial, formada no decorrer dos dois últimos séculos, que vai até os dias de hoje, servindo de base para o ordenamento de vários países, incluindo o Brasil.

Na América do Sul a Argentina e Venezuela são os primeiros países a tipificar a violência obstétrica. Sendo na Argentina que criou a primeira lei que trata da violência obstétrica, Lei 25.929, conhecida também como Lei de Parto Humanizado, em 2009 o país lançou a Lei 26.485, conhecida como Lei de Proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que se desenvolvem as relações interpessoais.

A Venezuela sancionou em 2007, Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência.

No Brasil, não há legislação específica sobre o assunto. Contudo, o sistema legal vigente permite, sem sobra de dúvidas, que os culpados sejam criminal e civilmente responsabilizados pelo exercício de tão grave violência contra a já tão socialmente discriminada mulher. (REZENDE, 2014).

Ressalta-se no âmbito jurídico no tocante à violência obstétrica o Brasil tenha dado o primeiro passo para mudanças, foi o reconhecimento por parte do Estado brasileiro de sua responsabilidade na morte de Alyne Pimentel – que morreu grávida em 2002, vítima de atendimento precário na rede de Saúde do Rio de Janeiro – após se comprometer, como cumprimento da *CEDAW* contida no Comunicado nº 17/2008 de 10 de agosto de 2011, a reconhecer que a morte de Alyne era evitável e se deu em função de violações a direitos humanos recorrentes em se tratando de gestantes. O caso de Alyne foi o primeiro caso de mortalidade materna analisada internacionalmente, fato que é destacado em nota de reconhecimento da Organização das Nações Unidas Brasil à reparação feita pelo Governo Brasileiro ao “caso Alyne Pimentel:

Esta é a primeira decisão da *CEDAW* sobre violações de direitos humanos em um caso de morte materna, e que o Estado Brasileiro acate esta decisão representa um passo inédito e importante para o avanço em relação ao 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio e para a garantia de direitos e de acesso à saúde sexual e reprodutiva de qualidade a todas as mulheres [...]. (PRADO, 2014)

No Brasil não há legislação federal sobre o tema. Todavia, o sistema legal vigente permite que os responsáveis pela prática da violência obstétrica sejam criminal e civilmente responsabilizados pelo exercício de tal prática. (REZENDE, 2014).

Como princípio, a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e, nesse intuito, toda a atenção do médico visa ao bem-estar dos mesmos. Dessa forma, o termo “violência” não se aplica ao exercício da Medicina e, portanto, “violência obstétrica” não configura qualquer ação médica propriamente dita. (KRIKOR, 2014)

Responsabilidade penal, ocorre quando os atos do agente repercutem na seara penal, enquadrando-se como crime ou contravenção. Nesta, diferente da civil, o interesse protegido é público (violação direta da ordem social) e a consequência do dano é a pena.

O foco na responsabilidade penal é a pessoa; na responsabilidade civil o dano; e na responsabilidade administrativa, haverá punições de teor funcional (perda do cargo público) e ressarcitória. Porque a ilicitude é classificada em administrativa, civil (ou consumerista) e penal. Ontologicamente, a ilicitude será sempre uma violação às regras do sistema jurídico. (OLIVEIRA, 2008).

No Direito Penal, a responsabilidade objetiva não é aceita, sendo indispensável que se prove o dolo ou a culpa do agente. Aplicando-se, de forma absoluta, a teoria da responsabilidade subjetiva no direito penal. No Direito Civil em regra a responsabilidade é subjetiva, Há a responsabilidade civil objetiva do Estado na esfera administrativa para com o administrado e subjetiva para com seu servidor, pelo ocorrido. Apenas em regra, nas relações de consumo prevalece a responsabilidade objetiva, independente de culpa. (UDELSMANN, 2002).

Na responsabilidade civil o prejudicado deverá provar a culpa de quem lhe causou o dano, mais o nexo causal entre o dano e a conduta ilícita prevista no art. 186 do Código Civil-CC de 2002. Consequência: ressarcimento do prejuízo.

Há responsabilidade subjetiva (em que se necessita provar o dolo ou culpa do agente) e a responsabilidade objetiva (em que apenas se prova a conduta, o dano e o nexo causal entre ambos).

A responsabilidade civil vem definida por Savatier como a obrigação que pode incumbir uma pessoa a reparar o prejuízo causado a outra, por fato próprio, ou por fato de pessoas ou coisas que dela dependam. (QUEZADO,2009).

Na esfera civil a Responsabilidade Subjetiva tem seu embasamento na teoria da culpa, tornando obrigatória a apuração de culpa do agente. Sua sustentação está no nexo causal entre a conduta do autor do dano e o resultado ocorrido. No ordenamento jurídico

brasileiro a responsabilidade civil do médico é considerada como subjetiva, devendo haver sempre a apuração de culpa do mesmo. (UDELSMANN, 2002).

O profissional médico só terá a obrigação de indenizar caso reste comprovado que agiu com imprudência, imperícia ou negligência, e que sua ação ou omissão, teve nexo de causalidade com o dano.

O ônus *probandi do* fato caberá à vítima, que, via de regra, deve provar o dolo ou culpa do profissional médico, desobriga-se de tal ônus nos casos de responsabilidade objetiva, como as que acontecem na rede pública de saúde, que abstraem da demonstração de culpa para o ressarcimento dos danos causados, mantida a obrigação da prova do dano e do nexo de causalidade pela vítima. (UDELSMANN, 2002).

O Código Civil em vigor, em seus artigos 186, 927 e 951, não se afastou da teoria subjetiva defendida pelo Código Civil de 1916. Desta forma, a responsabilidade civil do profissional da medicina, continua a se amparar na apuração de culpa.

A referência a “atividade profissional” e “paciente”, contida no artigo 951, não deixa dúvidas para quem se direciona este dispositivo: aos profissionais da área da saúde, quais sejam médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros.

A essência da culpa está na previsibilidade: se o resultado desfavorável era previsível e não foi evitado, há culpa. Se o resultado desfavorável, nas circunstâncias do caso, não era possível de ser previsto, estamos face às excludentes de culpabilidade e são elas o caso fortuito e o de força maior, previstas no artigo 1058 § único do CC, quando então o médico não poderá ser responsabilizado.

Simplificando, denomina-se caso fortuito aquele estranho à vontade do homem, imprevisível, inevitável (choque anafilático em indivíduo sem antecedentes), e o de força maior aquele absolutamente necessário, que cause algum dano, porém se não tivesse sido praticado, daria lugar a dano maior ainda (histerectomia de urgência em hemorragia pós-parto causando esterilidade). (UDELSMANN, 2002).

Havendo dano, sem as excludentes de culpabilidade, o direito à indenização é certo conforme preceitua o caput do artigo 159 do Código Civil de 2002 “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano”.

Mais especificamente, o artigo 1545 do mesmo código esboçou inteiramente a teoria da culpa: "Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a

satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento". (CÓDIGO CIVIL, 2015).

A responsabilidade civil objetiva tem a característica de dispensar a culpabilidade. É uma responsabilidade sem culpa, onde, para haver a indenização, não é necessário demonstrar que a culpa do agente causador do dano.

A culpa em sentido estrito tem três vertentes: a imprudência, a negligência e a imperícia. A imprudência se caracteriza pela prática de atos de risco não justificados, afoitos, sem a cautela necessária. A negligência é um ato omissivo, quando o médico deixa de observar regra profissional já bem estabelecida e reconhecida pelos colegas da especialidade.

E a imperícia é o despreparo, a prática de determinados atos sem os conhecimentos técnico-científicos necessários para realizá-los.

Por decorrer de culpa provada, não cabe a presunção de culpa contra estes profissionais. Desta forma, não restando provada a imperícia, ou a imprudência, ou a negligência, fica afastada a culpa do profissional da medicina.

A culpa em sentido amplo, como violação de um dever jurídico, imputável a alguém, em decorrência de fato intencional ou de omissão de diligência ou cautela, compreende: o dolo que é a violação intencional do dever jurídico, a culpa em sentido estrito, caracterizada pela imperícia, imprudência ou negligência, sem qualquer deliberação de violar um dever. Portanto, não se reclama que o ato danoso tenha sido realmente, querido pelo agente, pois ele não deixará de ser responsável pelo fato de não se ter apercebido do seu ato nem medido as suas consequências. (DINIZ, 2008).

Dolo é a violação refletida, consciente e intencional de um dever jurídico. Enquanto na culpa, o gesto do agente não tem a intenção de causar prejuízo à vítima, mas com seu ato negligente, imperito ou imprudente causa dano a outrem.

Na responsabilidade civil objetiva, ou pelo risco, é obrigação de reparar danos, independentemente de qualquer ideia de dolo ou culpa. Ela nasce da prática de fatos meramente antijurídicos, geralmente relacionados com determinadas atividades (e por isso ainda sendo risco de atividades “normalmente desenvolvidas pelo autor do dano” – cf. Cód. Civil, art. 927, parágrafo único). Como sabemos, a antijuridicidade é dado de natureza objetiva: existe sempre que o fato (ação, omissão, fato natural) ofende direitos alheios de modo contrário ao direito, independentemente de qualquer juízo de censura que porventura também possa estar presente e ser referido a alguém.”

No que se refere à atividade médica, a responsabilidade pessoal dos profissionais nunca é objetiva. Isso ocorre porque o art. 17 do Código de Defesa do Consumidor – CDC determina que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa. Portanto, a culpa do médico é sempre um tema importante nos processos, dado que a sua inexistência exclui o dever de indenizar.

Já a responsabilidade dos hospitais é objetiva, com relação a todos os serviços que ele presta ao paciente. Mas essa não é uma responsabilidade idêntica à das empresas de aviação, pois essas empresas respondem pelos danos derivados de um acidente, mesmo que o serviço tenha sido prestado de modo perfeito. Já no caso dos hospitais, aplica-se o CDC, que atribui aos fornecedores responsabilidade objetiva apenas com relação a serviços defeituosos, que são aqueles em que não se dá ao consumidor a segurança que dele se espera.

A indenização do dano moral, da dor pelo sofrimento imprevisto por eventual culpa do médico, leva em conta a natureza deste dano, a situação econômica dos interessados, o impacto negativo na vida do paciente e é a que se presta aos maiores clamores. Está prevista na Constituição Federal no artigo 5º, incisos V e X, mas seu montante não está legalmente previsto e ficará a julgamento do juiz conforme o artigo 1553 do CC: "Nos casos não previstos neste capítulo (das liquidações das obrigações), se fixará por arbitramento a indenização". E no Brasil sai a primeira indenização federal por morte na gravidez depois de decisão julgada pelo Comitê da ONU.

Em 2002, 1.655 mulheres morreram por complicações na gravidez. Uma delas foi a vendedora Alyne Pimentel, de 27 anos. Aos seis meses de gestação de Ester, sentiu-se mal e procurou a maternidade em que fazia pré-natal, em Belford Roxo, na Baixada Fluminense. Alyne sangrou quase um dia inteiro, até ser transferida para um hospital. Foi reanimada.

Como não enviaram a ficha médica, passou 8 horas no corredor. Morreu em 16 de novembro. Na véspera, Ester havia sido enterrada. Na terça-feira (08/04), a mãe de Alyne, Maria de Lourdes Pimentel, de 64 anos, vai receber indenização do governo federal. O caso, considerado emblemático por reunir uma série de problemas enfrentados por mulheres de todo o Brasil, foi denunciado à Organização das Nações Unidas (ONU). Em 2011, o Brasil foi condenado pela morte de Alyne -primeiro caso de mortalidade materna julgado pelo Comitê da ONU para Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres (Cedaw, na sigla em inglês). (THOMÉ,2014)

A Responsabilidade Penal se origina pela ação ou omissão de um fato típico antijurídico com nexos de causalidade e um dano penal. Há, então, absoluta necessidade que o ato cometido esteja descrito com precisão na lei para que o agente possa ser responsabilizado criminalmente e penalizado conforme prescreve o artigo 5º, inciso XXXIX da Constituição

Federal - CF e o artigo 1º do Código Penal - CP que têm a mesma redação: "Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal".

“A responsabilidade criminal está prevista no Código Penal, nos capítulos referentes aos crimes contra a vida, lesões corporais, crimes contra a saúde pública e outros”.

No Código Penal Brasileiro existe crime próprio que somente determinada pessoa ou categoria de pessoas podem cometer. É o caso do médico conforme se observa nos artigos 154- Violações de segredo profissional, artigo 269 - Omissões de notificação de doença contagiosa, artigo 282 - Exercícios ilegais da medicina, artigo 302 - Falsidade de atestado médico e Omissão na assistência a recém-nascida (Estatuto da Criança e do Adolescente,-Lei 8069/90, Art. 229.). (UDELSMANN, 2002).

O processo contra o médico é movido pela sociedade como um todo, é obrigatória a instauração deste processo, portanto indisponível. Quem vai acusar atacar, o médico é um promotor de justiça-membro do Ministério Público.

As intervenções cirúrgicas, mesmo que resultem em ofensa à integridade corporal do paciente, encontram respaldo no exercício regular de um direito, enquanto tratamentos curativos voltados à melhora das suas condições físicas. Portanto, considera-se excluída a ilicitude de tais atuações médicas quando empregada nos casos que demonstre que houve a necessidade de empregar tais procedimentos.

Se houver demonstração do contrário poderá ser enquadrado o no artigo 129 do Código Penal como lesão corporal.

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

Objeto material – O tipo do artigo 129 do Código Penal acaba por tutelar a integralidade corporal da pessoa, responsabilizando aquele que, por sua conduta, causa dano às funções biológicas, anatômicas, fisiológicas ou psíquicas de terceiro (da vítima). O sujeito para realizar o tipo, pode empregar violência, grave ameaça ou qualquer outro meio capaz de reduzir a resistência do ofendido. (CÓDIGO PENAL,2015)

Aproximadamente 60% das mulheres em trabalho de parto normal são submetidas a um corte cirúrgico na região genital para facilitação da retirada do bebê. Trata-se, pois, de um procedimento denominado Episiotomia, por meio do qual o especialista realiza uma fissura na musculatura vaginal. Eventualmente, se este corte for realizado de modo inapropriado, sobretudo quando feito às pressas para retirada do bebê, pode ocorrer o comprometimento de

vasos e nervos, implicando em danos estéticos à área da incisão, além dos processos infecciosos durante processo de cicatrização natural. (AUGUSTO, 2014).

Esta prática, quando realizada em desconformidade com a situação evidenciada no transcurso do parto normal, conforme orientação da Organização Mundial da Saúde é contrária à rotina médica e implica em violação à integridade física da gestante. Dados alarmantes evidenciam que no Brasil a episiotomia é realizada desnecessariamente na maioria dos casos. Em algumas mulheres, os danos decorrentes deste procedimento podem ser singularmente comparados às sequelas de um estupro violento, em razão do estado físico da vulva e do períneo. Obviamente, casos dessa gravidade ficam praticamente limitados às situações excepcionais, quando o profissional da medicina exerce a atividade com imperícia. (AUGUSTO, 2014).

É importante ressaltar que a episiotomia é um procedimento realizado sem o consentimento da gestante/ parturiente, motivo pelo qual inúmeras mulheres vítimas das complicações da técnica estão processando vários obstetras alegando serem vítimas de violência obstétrica.

Este é o caso da vendedora Tayana Guimarães, 23, A bolsa foi estourada pela cirurgiã obstetra com um palito. Para piorar a situação, Tayana passou pelo que mais temia: a Episiotomia, um corte cirúrgico feito na região períneo. “Deitei, coloquei os pés no apoio e quando vi que a médica ia me cortar, questionei. Mas ela afirmou que como era meu primeiro filho o procedimento era necessário. Mesmo anestesiada, notei a força que ela fazia para fazer o corte. Foram 20 pontos, tive uma hemorragia e ainda estou me recuperando”, relatou.

O bebê de Tayana também não escapou da violência.

“Ele chorava muito e no terceiro dia uma pediatra constatou que ele estava com a clavícula fraturada porque ele foi ‘puxado’ com muita força. Ela ainda disse que isso normalmente acontece quando eles fazem a manobra para tirar o bebê”, contou. (CARVALHO, 2015).

Quando evidente, a amenização dos danos pode ocorrer através da reconstrução da região genital por meio de procedimento a ser realizado exclusivamente por cirurgião plástico, cujo tratamento deve ser minuciosamente avaliado e estudado para que os resultados estéticos e funcionais possam oferecer novamente conforto pessoal e satisfação sexual à mulher cujo corpo foi submetido a uma Episiotomia mal feita.

A Defensoria Pública de São Paulo conseguiu no final de outubro uma decisão liminar que obriga o município de Registro (a 188 km da Capital) e o Estado de São Paulo a realizarem ou custearem a cirurgia de reconstrução vaginal de uma mulher que foi vítima de violência obstétrica durante o parto, o que provocou um corte em sua região genital.

Segundo a defensoria, em agosto de 2012, Ana (nome fictício) compareceu ao Hospital São João/Apamir em trabalho de parto. Depois de várias tentativas de parto normal, a equipe decidiu por fazer um procedimento chamado de episiotomia, que consiste em um corte na região genital, por entender que a criança já estava “encaixada” e que não havia mais tempo para fazer uma cesariana. Após o nascimento do bebê, porém, já na recuperação da mãe, a sutura feita para recompor a região genital de Ana se rompeu e, ao retornar ao hospital, ela foi diagnosticada com uma infecção no local. Por causa disso, ela teria que fazer uma outra cirurgia para corrigir o problema. Passados dois anos, o hospital ainda não providenciou a intervenção cirúrgica.

De acordo com a defensora Rafaela Gasperazzo Barbosa, foram inúmeros atendimentos paliativos recebidos por Ana. “Ela vem sendo submetida há mais de dois anos a sofrimento desnecessário, que poderia ser resolvido por intervenção cirúrgica a que até o momento não teve acesso por se tratar de pessoa hipossuficiente financeiramente, e assim depender do Sistema Único de Saúde”, disse em seu parecer.

A episiotomia mal realizada ocasionou, além da inflamação, diversos outros problemas, como a evacuação involuntária, que lhe impediu de trabalhar. Além disso, segundo a defensoria, esse episódio diminuiu sua auto-estima e comprometeu sua vida amorosa e sexual. Além da imediata realização da cirurgia, a Defensoria Pública pede na ação, ainda, indenizações por danos morais no valor de 200 salários mínimos, por danos materiais na ordem de R\$5.218,00 e por lucros cessantes no valor de R\$ 15.928,00. A decisão foi em primeira instância e ainda cabe recurso. (DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO- 2014)

A literatura científica ainda recomenda que, quando imprescindível, o corte seja realizado conforme decisão da equipe médica que atua durante o parto, no ápice de uma contração, com o uso de anestésicos e, dependa do consentimento da gestante caso está se encontre em condições de oferecê-lo. Ademais, em hipóteses excepcionais, o acompanhante da mulher em trabalho de parto pode ser consultado acerca da possibilidade de incisão, cuja manifestação favorável pode se dar verbalmente. Em todos os casos, a episiotomia deve sempre ser relatada no prontuário médico, assim como todas as implicações do parto.

A 4ª Turma Cível do TJDF, em grau de recurso, manteve na íntegra a sentença da juíza da 2ª Vara da Fazenda Pública, que condenou o DF a pagar R\$ 60 mil de indenização a um casal, cujo bebê de gestação gemelar morreu no parto. Consta dos autos que a gestação gemelar era de risco, pois a autora foi diagnosticada com Síndrome de Transfusão Feto Fetal, permanecendo em observação durante todo o pré-natal. Nesse período, constatou-se a morte de um dos fetos e o médico obstetra recomendou a internação da gestante no HMIB – Hospital Regional da Asa Sul, até que chegasse o tempo do parto, sendo liberada para ir para casa apenas aos finais de semana. Numa dessas altas, por volta das 6 h, a mulher que estava na 30ª semana de gestação sentiu fortes dores, contrações e hemorragia, tendo o casal ido diretamente à emergência do hospital. Os autores narraram que às 6h30 chegaram ao HMIB e o atendimento à mulher ocorreu às 7h30, quando foi constatada dilatação de 7 cm. Duas médicas de plantão, uma delas residente, acompanharam o procedimento e encaminharam a gestante para a sala de ecografia. O exame mostrou que a bebê viva estava em posição transversa, o que exigiria a realização de uma cesariana. No entanto, a médica responsável discordou por entender que quando a bebê morta saísse, a bebê viva iria se encaixar e que, se isso não acontecesse, ela daria um jeito. Às 11h23, a primeira bolsa rompeu e a bebê morta saiu. Às 11h55, a segunda bolsa rompeu e a mulher passou a sentir muitas dores e pediu ajuda à médica. A obstetra mandou que a paciente fizesse bastante força, pois a bebê estava vindo “de bumbum” e estava “sofrendo”. A recém-nascida não chorou e foi levada diretamente para a UTI neonatal onde foi reanimada. Dez horas após o parto, tendo visto a neném apenas de longe na incubadora, o casal foi informado que a menina não resistira. A causa morte foi “asfixia perinatal grave, parto pélvico (cabeça derradeira), gestação gemelar”, conforme certidão de óbito. Por tudo que passaram, os pais pediram a condenação do DF a indenizá-los em R\$ 300 mil a título de danos morais. O DF contestou o pedido afirmando que a mulher teve todo acompanhamento necessário a uma gravidez de alto risco. Alegou que a obrigação do prestador de serviços médicos é de meio, e não de resultado. Defendeu que a conduta das médicas que realizaram o parto foi esmerada e responsável, dentro da técnica disponível. Ao sentenciar o processo, a juíza de 1º Grau foi incisiva: “Ao que indicam as provas colhidas nos autos, todo zelo prestado durante o período pré-natal foi anulado pela má condução da equipe médica que atendeu a autora no centro obstétrico porque, apesar das circunstâncias francamente contrárias, optou pela realização do parto normal, dando causa ao sofrimento fetal e à asfixia que causou a morte do bebê. Ainda ressalto a maior gravidade do dano experimentado pelos autores, que após todo o cuidado dispensado na gravidez, foram privados do convívio da filha exclusivamente em razão do erro dos prepostos do réu”. Processo: 2010.01.1.149495-7. (TJDFT,2014)

A responsabilidade médica não pode ser presumida. Porém, de fato, nos casos em que for realmente demonstrada imperícia, a responsabilidade do profissional e da instituição na qual foi realizado o atendimento da parturiente e do bebê é medida que se impõe.

No Brasil, a consciência da sociedade vem despertando e atualmente a profissão médica deixou de ser algo mítico para ser entendida como uma prestação de serviços, que necessita respeitar direitos dos pacientes e que pode ser cabível punição por eventuais erros.

## 5 MEDIDAS DE COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nota-se que a violência obstétrica, um tipo de violência de gênero chama a atenção por ocorrer, em geral, na privacidade da sala de parto, ao mesmo tempo em que gera problemas de saúde pública e demonstra ser estreitamente ligada aos problemas que afligem a sociedade brasileira.

Vários obstáculos são colocados no percurso do combate e erradicação da violência obstétrica, falta de legislação sobre o tema, desinformação da população em geral, o não reconhecimento de tais pratica como violência obstétrica por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, o despreparo dos operadores do direito para atuar em tais casos.

A Revista Época fez uma reportagem sobre a violência obstétrica com o título Parto com Respeito (edição de 03/08/2015) e o Conselho Federal de Medicina - CFM enviou uma carta em defesa dos médicos onde aponta o Estado como culpado na violência cometida contra gestantes e recém-nascidos.

(...)Em primeiro lugar, o Conselho Federal de Medicina (CFM) ressalta que a imensa maioria dos 400 mil médicos brasileiros, mesmo em contextos absolutamente adversos, tem seguido as orientações contidas no Código de Ética Médica, tratando todos os seus pacientes, em especial gestantes e recém-nascidos, com dignidade, civilidade, respeito à autonomia e com o melhor de sua técnica. Desta forma, são motivos de grande preocupação situações de violência contra as gestantes, como resultado da omissão do Estado que não lhes garante leitos e condições de atendimento necessários à realização de um parto seguro. (LIMA, 2015).

Há inúmeras denúncias da imprensa e de órgãos de fiscalização e controle, como o Ministério Público, que apontam graves deficiências em hospitais e maternidades públicos. Todavia, esse problema não se limita ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A cobertura insuficiente também já compromete a qualidade da assistência prestada pelos planos privados, que por falta de leitos faz com que milhares de mulheres sejam atendidas em maternidades públicas, com posterior ressarcimento ao SUS. Assim, na hora do parto, essas pacientes de planos de saúde são confrontadas com o predomínio da cultura do lucro à custa do infortúnio e do desconforto alheios (...). (LIMA, 2015).

Estes obstáculos seriam de fácil resolução, não fosse a precariedade do Sistema Público de Saúde, a corrupção e capitalismo onde o dinheiro impera e governa, e os direitos

elencados no artigo 5º da Constituição Federal de 1988 onde diz “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”...,são colocados de lado demandando assim esforços conjuntos em prol do fim da violência.

### **5.1 Intersetorialidade**

Segundo Inojosa e Junqueira (1997), “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”. Do ponto de vista organizacional é o que se apresenta como direcionamento para lidar com os novos desafios que a situação atual apresenta a nível governamental.

Percebe-se que, no cenário do estudo, existem diferentes atores da sociedade importantes para promover a qualidade de vida da população. No que se refere à saúde da mulher e da criança visando combater a violência obstétrica é necessário a existência de vínculo, ou seja, o trabalho conjunto entre os responsáveis pelo atendimento das gestantes, viabilizando a aplicação da intersetorialidade.

Criando-se estratégias destinadas a melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela parturiente, evidenciado que, dentro de um território, existem várias possibilidades de articulação em rede, mas, para que o serviço de saúde possa efetivamente construir parcerias intersetoriais é necessário ir além da negociação de tarefas e da transferência de responsabilidades.

É essencial construir espaços comunicativos que permitam a definição de conceitos e objetivos comuns viabilizando, assim, o planejamento participativo das ações necessárias contra a violência obstétrica, comunicação entre as pessoas ligadas a atos que envolvem o nascimento que são: o médico, a parturiente e seus familiares, as clínicas e hospitais particulares, os hospitais públicos, a sociedade e o Estado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O pré-natal é o momento de diálogo entre o médico e a gestante onde as dúvidas, devem ser sanadas, momento de informar sobre os tipos de parto e seus procedimentos, direitos da parturiente, hospital de referência. Os dados sobre a saúde da gestante e do bebê

deve ser relatada em prontuário e no seu cartão, quando a mesma é acompanhada pelo setor público como as Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) onde há o Programa Saúde da Família (PSF) ou Unidade Básica tradicional, torna-se indispensável a interação entre o setor que fez o acompanhamento do pré-natal e o responsável por realizar o parto, visando o bem da futura mãe e seu bebê. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

## **5.2 Conhecimentos do Direito para Prevenir a Violência Obstétrica**

A informação faz-se necessária para que as parturientes possam fazer escolhas embasadas no conhecimento a ela transmitido.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou Resolução Normativa nº 368 que estabelece normas para estímulo do parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar.

As novas regras ampliam o acesso à informação pelas consumidoras de planos de saúde, que poderão solicitar às operadoras os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. As informações deverão estar disponíveis no prazo máximo de 15 dias, contados a partir da data de solicitação. Essas diretrizes passam a ser obrigatórias em 180 dias.

Outra mudança trazida pela nova resolução é a obrigatoriedade das operadoras fornecerem o cartão da gestante, de acordo com padrão definido pelo Ministério da Saúde, no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal. De posse desse cartão, qualquer profissional de saúde terá conhecimento de como se deu a gestação, facilitando um melhor atendimento à mulher quando ela entrar em trabalho de parto.

O cartão deverá conter também a carta de informação à gestante, com orientações e informações para que a mulher tenha subsídios para tomar decisões e vivenciar com tranquilidade esse período tão especial. (ANS, 2015).

Nos serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) onde houver atendimento de pré-natal e grupos deve-se informar a gestantes sobre seus direitos, muitas vezes desconhecidos, dificultando sua percepção sobre alguma violência obstétrica sofrida e a forma de combatê-la.

A defensoria de São Paulo criou uma cartilha informando o que é a violência obstétrica suas formas, onde e como denunciar.

Torna-se evidente que mais do que conhecer os direitos da mulher enquanto gestante é preciso coloca-los em pratica, respeitando a parturiente enquanto protagonista desse fenômeno que é o parto, dando a ela o direito de escolha através informações baseadas em evidencias científicas, sobre os tipos de parto, procedimentos informações que devem ser repassadas a ela com antecedência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o ensino da medicina, das técnicas cirúrgicas e a da obstetrícia no Brasil iniciou-se com a vinda da família real portuguesa, os médicos conheciam a parte teórica mas desconheciam na prática a fisiologia feminina no que dizia respeito ao parto, fato esse conhecido pelas parteiras, pois também eram mulheres.

Com a implantação do ensino da prática obstétrica esses profissionais puderam observar o corpo feminino concernente aos partos para saber como ocorria esse fato, incidindo a junção da teoria com a prática.

Ao longo desta trajetória percebe-se a importância da inserção do profissional médico obstetra no auxílio as parteiras na assistência a mulher no momento do parto pois, durante alguns partos ocorriam eventos dificultando o trabalho da parteira, ocasionando as vezes a morte materna, neonatal ou ambas. O médico conhecia as técnicas cirúrgicas, e quando necessário utilizava-as para auxílio no parto, esse procedimento recebeu nome de Cesariana.

Essa parceria trouxe benefícios a todos, mas a hospitalização e medicalização do parto, que historicamente fazia parte da natureza humana, passou a ser realizado no ambiente hospitalar e as intervenções passaram a ser colocadas como primordiais para a realização de um parto seguro. O momento do parto, antes evento feito em casa assistido por parteiras envolvendo familiares e vizinhas, passou a ser realizado por profissionais médicos em hospitais.

A mulher perdeu sua autonomia sobre seu corpo concernente ao ato de dar à luz. O médico obstetra tomou para si essa autonomia sobrepujando os direitos da mulher e da criança. As intervenções cirúrgicas e as a tecnologias quando empregadas no atendimento obstétrico colaborou e continua colaborando para salvar vidas, sobretudo quando a gravidez é de risco. Mas seu uso sem discernimento clínico evidente e motivado, podem até aumentar a morbidade e mortalidade materna e infantil.

Necessita-se de ações conjuntas dos seguimentos públicos e privados para melhorar o atendimento e assistência ao pré-natal e parto investindo na saúde pública de base, ou seja, na atenção primária, criando mecanismo para que ocorra o repasse da contra referência entre os profissionais dos setores de saúde, seja ele público ou privado (convênio).

O governo deve dar infraestrutura física e humana aos estabelecimentos de saúde para que possam cumprir suas resoluções visando incentivar o parto humanizado, onde a

prioridade será a mulher e o bebê, e não o sistema capitalista onde o material tem prioridade em detrimento ao humano.

Os direitos inerentes ao paciente devem ser respeitados e cumpridos, quando buscarem por atendimento nos estabelecimentos de saúde, não se omitindo dele os tratamentos indicados e menos evasivo a sua saúde, os procedimentos que serão efetuados, formas de tratamento para que ele tenha autonomia de decidir, quando isso não incorrer em dano a ele, seu dependente e ao profissional que atendê-lo.

A informação, o respeito às leis, ao princípio da dignidade da pessoa humana, o investimento em saúde, a comunicação intersetorial e o diálogo mostra-se como caminho para se combater a violência obstétrica no Brasil

## REFERÊNCIAS

"**A DOR ALÉM DO PARTO**". Produção de Letícia Campos Guedes, Amanda Rizério, Nathália Machado Couto e Raísa Cruz. Realização de Ana Carolina Franzon. ( S.i): Conclusão de Curso da Universidade Católica de Brasília, 2013. P&B. Disponível em:<<http://www.cientistaqueviroumae.com.br>> Acesso em:ago 2015

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. e **Regulamento Técnico Para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.**. Brasília, <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em:ago 2015

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **ANS promove debate com o CFM sobre o movimento em favor do parto normal**, 2008– Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em:ago 2015

ALECRIM, Gisele Machado et al. **Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal.** Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas-Universidade Federal da Paraíba Nº 02 -2º Semestre de 2014 ISSN | 2179-7131 < <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/index>>

ARGENTINA. Lei nº 26485, de 11 de Março de 2009. **Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/leyes/index.php?lang=pt&q=actkey:%22ley-20090311-26485-%22>> Acesso em:ago. 2015

ARTÊMIS, **Violência Obstétrica em Debate**,2014 Disponível em: <[artemis.org. br.](http://artemis.org.br)> Acesso em: jul. 2015.

ASSUGENI, Instituto Enzo **Você conhece todos os seus direitos como paciente,2007** Disponível em < [http://www.sincomercioata.com.br/Legislacoes/Arquivos/Manual\\_Paciente.pdf](http://www.sincomercioata.com.br/Legislacoes/Arquivos/Manual_Paciente.pdf)> Acesso em: out. 2015

AUGUSTO, Naiara Czarnobai, **Violência obstétrica: considerações sobre os danos decorrentes da episiotomia** –< <http://jus.com.br>> Acesso em: out. 2015

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **O Direito da Gestante Ao Conhecimento e A Vinculação à Maternidade Onde Receberá Assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. **Da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde”**: Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 -**Lei sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, teve alterações sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

BRASIL. Lei 10.778 de 24 de Novembro de 2003- **Lei Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

BRASIL. Lei 12.895 de 18 de Dezembro de 2013 - **Lei obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

BRASIL. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 – **Lei do Acompanhante.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. – **Lei delega ao SUS a responsabilidade de vincular a gestante à maternidade na qual será feito o parto, devendo ser feito desde o início do pré-natal com o objetivo de evitar sua peregrinação em busca de assistência.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

BRASIL. Tratado Internacional nº 01, de 06 de novembro de 1992. **Convenção Americana Sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica: PACTO DE SAN JOSÉ DA COSTA RICA.** Brasília,

BRASIL, PORTAL **Debate sobre parto humanizado é marcado por críticas ao alto número de cesarianas.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br> Acesso em out. 2015

BASBAUM, Cláudio, **Episiotomia: entenda quando o corte do períneo é mesmo necessário no parto normal.** 2015 Disponível em: <http://www.minhavidacom.br>. Acesso em: nov. 2015

BASBAUM, Cláudio, **Parto Leboyer**, 2014, Disponível em: <http://www.bemnascer.org.br>

BRENES, Anayansi Correa, **História da parturição no Brasil, século XIX**, Cad. Saúde Pública vol.7 n.2 Rio de Janeiro Apr./Jun. 1991- Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: mar 2015

BRENES, A.C. **História da Parturição no Brasil, Século XIX.** In: Cadernos de Saúde Pública, RJ, n.7, v.2, p. 135-149, abr/jun., 1991.

BRIGAGÃO, Jacqueline I. M.; GONÇALVES, Roselane **O Uso das Tecnologias em Obstetrícia: Uma Leitura Crítica** ,2010 Disponível em: <<http://www.fazendogenero.ufsc.br>> Acesso em: jul. 2015

CAPRA, Jânia, **Violência Doméstica Contra a Mulher: Algumas Considerações** Disponível em:< <http://www.univar.edu.br/>> Acesso em jul. 2015

CARVALHO, Luana **Outras dores do parto: mães relatam ‘novo tipo’ de violência obstétrica em hospitais.** Disponível em: <<http://www.geledes.org.br>> Acesso em: set. 2015

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria **José Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto.** Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em jul. 2015

CEDAW: **Convenção de Belém do Pará.** Disponível em :<  
<<http://www.observatoriodegenero.gov.br/>> : Acesso em: 05 out. 2015

CEDAW: **Convenção Sobre A Eliminação de Todas As Formas de Discriminação Contra As Mulheres, Contidas no Comunicado No. 17/2008 de 10 de Agosto de 2011, Pedem Um Reconhecimento do Governo Brasileiro Ao Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira.** - ONU Comunicado nº 17, de 10 de agosto de 2011. –Brasília Disponível em :<  
<<http://www.observatoriodegenero.gov.br/>> : Acesso em: 05 out. 2015

CIELLO Cariny, et al **Parto do Princípio – Dossiê da Violência Obstétrica“Parirás com dor** “Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa ,2012. Disponível em: <  
<<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1897, de 06 de maio de 2009. **Código de Processo Ético-profissional.** Brasília.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. **Conversando Sobre Violência Obstétrica.** Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br>>. Acesso em: 09 out. 2015.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **A pedido da Defensoria Pública de SP, Justiça determina realização imediata de cirurgia em mulher vítima de violência obstétrica** Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br>>. Acesso em: 09 out. 2015.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro.** São Paulo: Saraiva, 2008.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto Normal ou Cesárea?** São Paulo: Unesp, 2004. 182 p

FERRARI, José; LIM, Naiara Mirlei de. **Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil.** Disponível em: <<http://revistabioetica.cfm.org.br>>. Acesso em: 10 set. 2015.

KONDO, Cristiane Yukiko et al. **Episiotomia “É só um cortezinho: Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher.** Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br>>. Acesso em: 09 out. 2015.

KRIKOR, Boyaciyán, **Episiotomia não é violência obstétrica.**2014 Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br>> Acesso em: jul. 2015

KUMAGAI, Cibele, MARTA, Taís Nader. **Princípio da Dignidade da Pessoa Humana** Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br> Acesso em jul. 2015

LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**, 3º Ed. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

LANDMANN, Jayme. **A Ética Médica sem Máscara**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer Sorrindo**, São Paulo:ed.Brasiliense 1974

LIMA, Carlos Vital Tavares Corrêa, **Violência Obstétrica: CFM envia carta à Revista Época defendendo médicos**,06 de Agosto de 2015 <http://portal.cfm.org.br> Acesso em: out. 2015.

LISAUSKAS, Rita, **Médicas decidem dar à luz em casa, e não no hospital** Disponível em: <<http://vida-estilo.estadao.com.br>> 07 abril 2015

MARTIN E. A **Mulher no Corpo: Uma Análise Cultural da Reprodução**. Rio de Janeiro, Garamod;2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. **Institui Diretrizes Para A Organização da Atenção Integral e Humanizada Ao Recém-nascido (rn) no Sistema Único de Saúde (sus)**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.067 de 04 de julho de 2005 - **Portaria da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa de nº 36 de 03 de junho de 2008-**Resolução Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Série Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2005.

MIRANDA, PONTES DE. **Tratado de Direito Privado**. Campinas: Bookseller, 2000

MONTEIRO, Luiza **OMS Registra 7 Tipos de Violência Sofridos no Parto** Disponível em <<http://m.mdemulher.abril.com.br>> Acesso em: out. 2015.

MORAES, Daniele **A dor do parto**- Disponível em: <http://casamoara.com.br/> Acesso em: out. 2015.

MORAES, Eleonora de. **O que é Parto Humanizado** - Disponível em: <http://www.despertardoparto.com.br>- Acesso em: out. 2015.

NASCIMENTO, Alessandra; CARAPIÀ Thaís, **O campeão das Cesarianas**,2014 Disponível em: <<https://cienciaetec.wordpress.com>>Acesso em: jul. 2015.

NASCIMENTO, Simone. **Características do parto humanizado**- 2012 Disponível em: <<http://www.nahoradoparto.com.>> Acesso em: jul. 2015.

**O RENASCIMENTO DO PARTO**. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Eduardo Chauvet. (S D): Espaço Filmes, 2013. P&B.

OLIVEIRA, Mariana Massara de. **Responsabilidade Civil dos Médicos**. Curitiba: Juruá, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Declaração contra a Violência Obstétrica**, 2014.Brasília

PAMPLONA, Vitoria. **Mulher parto e psicodrama**. São Paulo: Agora, 1996.

PEREIRA, Indira Oliveira, **A Tutela do Ser: Uma perspectiva histórica acerca da pessoa humana e sua dignidade** Disponível em: <[www.unifacs.br/revista jurídica](http://www.unifacs.br/revista_juridica)> Acesso em: jul. 2015.

POMPEO, Carolina. **Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil**,2014. Disponível em:< <http://www.gazetadopovo.com.br>> Acesso em: out. 2014

PRADO, Thays. **Nota de reconhecimento da ONU Brasil à reparação feita pelo Governo Brasileiro ao ‘caso Alyne Pimentel’**. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org>>Acesso em: jul. 2015.

QUEIROZ, Marcel Robledo - **O que é Obstetrícia?** Disponível em: <<http://www.each.usp.br>> Acesso em: set. 2014

QUEZADO, Paulo **Responsabilidade, civil e penal do médico**. 2008 Disponível em: <<http://www.pauloquezado.com.br.>> Acesso em: set. 2015

QUEIROGA, Joane Silva de; SILVA, Rosângela Viana da **A Violência Obstétrica no Parto: Uma Realidade Brasileira** ,2006. Disponível em [http://www.seminario.ccsa.ufrn.br/assets//upload/papers/63a4a80ad776e805d29c2baa1c10ccc2.pdf](http://www.seminario.ccsa.ufrn.br/assets/upload/papers/63a4a80ad776e805d29c2baa1c10ccc2.pdf). Acesso em: set. 2014

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO -REHUNA, **Marcha pelo Direito uma Doula na Hora do Parto**, Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br>>;2014 Acesso em: mai. 2015

REZENDE, Carolina Neiva Domingues Vieira de. **Violência Obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecidos legalmente no Brasil**-Monografia, Centro Universitário de Brasília, 2014 Disponível em. < <Http://www.brasil.gov.br>>

REZENDE, Jofre Marcondes de, **O juramento de Hipócrates** -2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org> >Acesso em: mai. 2015

REZENDE FILHO, Jorge de e BARBOSA MONTENEGRO, Carlos Antônio, **Obstetrícia**,2013

RODRIGUES, Lincoln Almeida, **Dignidade da Pessoa Humana: do conceito a sua elevação ao status de princípio constitucional**. Disponível em: <http://www.jurisway.org.br> Acesso em: mai. 2015

SOUSA, Rainer, **O Parto Antes da Cesariana** :Disponível em:<<http://www.historiadomundo.com.br> >Acesso em jul. 2015

STUPPIELLO, Bruna. **Hora do parto: o que é considerado violência obstétrica**. Disponível em: <<http://mdemulher.abril.com.br>>. Acesso em: 10 set. 2015.

TANAKA, Ana Cristina D'andretta. **Maternidade Dilema entre Nascimento e Morte**. São Paulo-rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1995.

THOMÉ, CLARISSA - **Sai a primeira indenização federal por morte na gravidez** 2014 Disponível em: <http://saude.estadao.com.br>. Acesso em: nov. 2015.

TORQUATO, Gilmar **Entenda a relação entre cesariana marcada e o risco de prematuridade** 2015 Disponível em: <<http://www.lersaude.com.br>> Acesso em: set. 2014

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS - TJDFT **Processo: 2010.01.1.149495-7, 16/08/2010**.Brasilia Disponível em:<<http://www.tjdft.jus.br>>Acesso em jul. 2015

UDELSMANN, Artur, **Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos médicos**. Revista. Associação Medica Brasileira. 2002, vol.48, n.2, pp. 172-182. ISSN 1806-9282. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000200039>

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em jul. 2015

VALARINI, Adéle **Tipos de Parto**. Disponível em:<<http://adeledoula.blogspot.com.br>>Acesso em jul. 2015

VADE MECUM – Obra Coletiva da Editora Saraiva com a Colaboração de Luiz Roberto Curia; Livia Céspedes e Juliana Nicoletti.São Paulo: Saraiva ,2013

VENEZUELA. Assembléia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica de 25 de Novembro de 2006-**Lei sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2015.

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - A VOZ DAS BRASILEIRAS**. Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Arruda Franzon Kalu Brum, Armando Rapchan. São Paulo: P&B,2012. Disponível em:< <http://docverdade.blogspot.com.br>> Acesso em jul. 2015

