



**FACULDADE BAIANA DE DIREITO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**ANA DULCE LEAL SILVA**

**A VIOLAÇÃO DA DIGNIDADE DA GESTANTE NO  
MOMENTO DO PARTO: O DELINEAMENTO DAS  
PRÁTICAS ABUSIVAS EM OBSTETRÍCIA E SUAS  
IMPLICAÇÕES BIOJURÍDICAS**

Salvador  
2023

**ANA DULCE LEAL SILVA**

**A VIOLAÇÃO DA DIGNIDADE DA GESTANTE NO  
MOMENTO DO PARTO: O DELINEAMENTO DAS  
PRÁTICAS ABUSIVAS EM OBSTETRÍCIA E SUAS  
IMPLICAÇÕES BIOJURÍDICAS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em  
Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito  
parcial para obtenção do grau de bacharel em  
Direito.

Orientador: Prof. Caio Lage

Salvador  
2023

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**ANA DULCE LEAL SILVA**

**A VIOLAÇÃO DA DIGNIDADE DA GESTANTE NO  
MOMENTO DO PARTO: O DELINEAMENTO DAS  
PRÁTICAS ABUSIVAS EM OBSTETRÍCIA E SUAS  
IMPLICAÇÕES BIOJURÍDICAS**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,  
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação e instituição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação e instituição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação e instituição: \_\_\_\_\_

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2023.

Dedico este trabalho a todas as mulheres que já tiveram seus direitos violados durante seu ciclo gravídico-puerperal e sofrem as consequências psicológicas e físicas ainda hoje.

Às matriarcas da minha família, honro a força, persistência e garra de cada uma delas no enfrentamento das desigualdades impostas pelo mundo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, a base de tudo, por ter me concedido a graça de hoje estar concluindo mais este ciclo na vida. Esta vitória dedico aos meus pais, que forneceram todo o apoio para me fazer seguir minhas vontades e sonhos, sempre sendo exemplos de força e persistência, ao mesmo tempo em que sempre se mostraram amor e acolhimento, vocês são a minha vida. Agradeço à minha irmã, meu grande amor e suporte, minha melhor amiga, a pessoa que sempre me ampara e topa tudo por mim, eu te amo!

Às minhas amigas e colegas, em especial à Ana Beatriz, Bianca, Caroline, Letícia e Mariana, toda a minha gratidão por tornaram a minha trajetória acadêmica e minha vida mais leves, vocês foram e são ajuda, incentivo, acalento, alegria e lugares seguros para mim. Obrigada por me mostrarem que as vezes eu só precisava de um treino e um café para lidar com tantas demandas que essa graduação nos trouxe, vocês me fazem feliz.

Agradeço ainda a Carlos Conrado, por ter sido um excelente professor, gratidão por tanta troca, experiência e amizade, a Juliana Amorim, por tanta aprendizagem e direcionamento, sempre com muito carinho e atenção, e a Vinícius, por sempre me arrastar para a realização e crescimento acadêmico, você sempre foi muito amigo. Vocês contribuíram demais para a formação da pessoa e da profissional que desejo ser, muito obrigada!

Por fim, à minha família e aos meus amigos, especialmente Edileuza, Vanessa e Vitória, que também são minha família, obrigada por serem presentes na minha vida e me acompanharem em tantos momentos bons, sou muito grata.

“Não vemos as coisas como elas são, mas como nós somos”.

Anais Nin

## RESUMO

A violência de gênero tem raízes profundas na história, oriundas da dominação do homem, que gera relações assimétricas e discursos de supremacia masculina, na busca submissão e invalidação da autonomia e liberdade das mulheres, tornando-as mais vulneráveis. A violação da dignidade no parto afeta a autonomia, além de impactar os princípios constitucionais, como os direitos da personalidade e reprodutivos, ligados à liberdade de decisão sobre corpo e sexualidade das mulheres. Nesse sentido, a busca das mulheres por uma maternidade segura reflete a ampliação de sua liberdade, mas também demonstra a violação de direitos a qual está submetida no momento do parto. Além disso, a relação médico-paciente ainda se revela uma relação conturbada. No contexto das gestantes, essa relação traz ainda mais submissão, sendo pautada no intervencionismo, perpetuando a ideia de que os corpos femininos são objetos. Nesse sentido, percebe-se que a mudança deste panorama deve estar atrelada ao consentimento entre médico e gestante, sendo crucial para que sejam respeitados os direitos e a dignidade da mulher durante o parto e pós-parto. Nesta perspectiva, vê-se como direito da gestante o pleno entendimento das informações, para tomar decisões autônomas, independentemente de serem as mais tecnicamente apropriadas. A comunicação eficaz e a construção de confiança entre médico e paciente são fundamentais para obter um consentimento genuíno e a criação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do plano de parto ajudam a garantir isso, além de efetivar o cumprimento do dever de informar do médico, promovendo um cuidado à saúde mais respeitoso e digno. Esses métodos se mostram importantes no combate à violação dos direitos da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, chamada violência obstétrica/institucional, que envolve profissionais e instituições de saúde como seus principais agentes. Alguns estados brasileiros já adotaram leis específicas que oferecem proteção mais abrangente contra essa violência, demonstrando que as condutas infralegais informacionais acima elencadas servem como orientativos para as mulheres, mas não são capazes de efetivar sozinhas o direito e a proteção das mulheres, visto o alto número de vítimas. Em face do número crescente de projetos de lei no poder legislativo sobre o tema, é crucial avaliar qual a eficácia da legislação existente para a proteção das vítimas de violência obstétrica e na responsabilização dos infratores. Desta forma, a análise da legislação federal brasileira atual, bem como a análise dos precedentes judiciais, revela uma lacuna na proteção contra a violência obstétrica, apesar da existência de normas gerais de saúde da mulher. Cerca de 25% das mulheres enfrentam violência institucional durante a gravidez, parto e pós-parto, tornando evidente a necessidade de uma legislação federal específica que assegure uma melhor proteção. Para tanto, este trabalho tem como metodologia a bibliografia, por meio da revisão da literatura, doutrina, jurisprudência, revistas, entre outros, além de ser qualitativa, pela a análise de dados, bem como o método dedutivo trabalhando com hipóteses/conjecturas, fazendo observações e constatações dos materiais, analisando-as para confirma-las ou não e assim chegar a uma conclusão.

**Palavras-chave:** Violência-obstétrica; Relação Médico-paciente; Autonomia; Biodireito; Vulnerabilidade.

## ABSTRACT

Gender violence has deep roots in history, arising from the domination of man that generates asymmetric relations and discourses of male supremacy, in the search for submission and invalidation of the autonomy and freedom of women, making them more vulnerable. The violation of dignity in childbirth affects autonomy, in addition to impacting constitutional principles, such as personality and reproductive rights, linked to the freedom of decision about the body and sexuality of women. In this sense, women's search for a safe motherhood reflects the expansion of their freedom, but also demonstrates the violation of rights to which they are subjected at the time of childbirth. In addition, the patient doctor relationship still proves to be a troubled relationship. In the context of pregnant women, this relationship brings even more submission, being based on interventionism, perpetuating the idea that female bodies are objects. In this sense, it is perceived that the change in this panorama must be linked to the consent between doctor and pregnant woman, being crucial for the rights and dignity of women to be respected during childbirth and postpartum. In this perspective, it is seen as the right of the pregnant woman the full understanding of information, to make autonomous decisions regardless of whether they are the most technically appropriate. Effective communication and the construction of trust between doctor and patient are fundamental to obtain a genuine consent and the creation of the Free and Informed Consent Form and the childbirth plan help to ensure this, in addition to carrying out the fulfillment of the duty to inform the doctor, promoting a more respectful and dignified health care. These methods are important in combating the violation of women's rights during the pregnancy-puerperal cycle, called obstetric/institutional violence that involves professionals and health institutions as its main agents. Some Brazilian states have already adopted specific laws that offer more comprehensive protection against this violence, demonstrating that the infralegal informational conduct listed above serve as guidelines for women, but are not able to carry out the right and protection of women alone, given the high number of victims. In view of the growing number of bills in the legislative branch on the subject, it is crucial to evaluate the effectiveness of existing legislation for the protection of victims of obstetric violence and in the accountability of offenders. In this way, the analysis of the current Brazilian federal legislation, as well as the analysis of judicial precedents, reveals a gap in the protection against obstetric violence, despite the existence of legal norms of women's health. About 25% of women face institutional violence during pregnancy childbirth and postpartum, making evident the need for specific federal legislation that ensures better protection. To this end, this work has as methodology the bibliography through the review of literature, doctrine, jurisprudence, journals, among others, in addition to being qualitative, by the analysis of data, as well as the deductive method working with hypotheses/conjectures, making observations and findings of the materials, analyzing them to confirm them or not and thus reach a conclusion.

**Keywords:** obstetric violence; doctor-patient relationship; autonomy; medical law; Bioright: vulnerability.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 AUTONOMIA, LIBERDADE SOBRE O PRÓPRIO CORPO E DIREITOS REPRODUTIVOS</b>	<b>15</b>
2.1 CONCEITO E HISTÓRICO: SUBJUGAÇÃO DOS CORPOS FEMININOS E DIFERENÇA DE TRATAMENTO	16
<b>2.1.1 O pressuposto da autonomia</b>	<b>18</b>
<b>2.1.2 Direito da personalidade e (in)disponibilidade do corpo</b>	<b>23</b>
2.2 DIREITOS REPRODUTIVOS	26
<b>2.2.1 Fundamentos constitucionais</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2 Direitos humanos e dignidade da pessoa humana</b>	<b>29</b>
2.3 IMPLICAÇÕES PARA A LIBERDADE E AUTONOMIA PRÓPRIAS DA MULHER	31
<b>3 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM OBSTETRÍCIA E CONSENTIMENTO</b>	<b>34</b>
3.1 HISTÓRICO DA RELAÇÃO	35
3.2 A OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO	40
<b>3.2.1 Diálogo e compreensão como essenciais</b>	<b>43</b>
<b>3.2.2 Dever de informação</b>	<b>46</b>
<b>3.2.3 A construção do Termo de Consentimento livre e esclarecido</b>	<b>48</b>
3.3 O PLANO DE PARTO	50
<b>3.3.1 Conceito e finalidade</b>	<b>51</b>
<b>3.3.2 Os limites decisórios da paciente</b>	<b>52</b>
3.4 OS DIREITOS DAS GESTANTES	54
<b>4 PRÁTICAS ABUSIVAS E VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA GESTANTE</b>	<b>59</b>
4.1 SUJEITOS E AGENTES	61
4.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO: APORTES CONCEITUAIS	63
4.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	66
4.4 LEGISLAÇÃO	72
<b>4.4.1 Projetos de lei</b>	<b>75</b>
<b>4.4.2 Leis Estaduais brasileiras</b>	<b>78</b>
4.5 PRECEDENTES JUDICIAIS	80

<b>4.6 A NECESSÁRIA CRIAÇÃO DE UMA LEI ESPECÍFICA</b>	<b>82</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher possui histórico longo, sendo de difícil desconstrução. Ela se firma na ideia de sua origem ter base na dominação do homem sobre a mulher. As raízes desta violência se fundam em relações assimétricas, provenientes de discursos de supremacia do sexo masculino em detrimento do sexo feminino.

A subjugação das mulheres é um processo enraizado ao longo da história, bem como a diferenciação entre os sexos. Além da vulnerabilidade inerente a todos os humanos, as mulheres enfrentam ainda mais vulnerabilidades devido a uma gama de desafios que são inerentes ao gênero.

No que diz respeito à autonomia, a violência se mostra como um fator restritivo que inibe a liberdade das mulheres, pois a autonomia não pode ser plenamente realizada sob alçada da submissão. É nesse contexto em que se observa a violência como oposto ao sentido de autonomia. Dessa forma, serão posteriormente abordadas as ideias de autonomia para a filosofia, para a bioética e para o direito. Momento em que se torna claro como a violação à dignidade da mulher no momento do parto viola diversas diretrizes, direitos e normas postas, assim como a sua autonomia.

Além disso, é evidente que se infringem princípios constitucionais fundamentais, a exemplo dos direitos da personalidade e dos direitos reprodutivos. O primeiro é considerado essencial para a condição humana, uma vez que se trata de um direito que caracteriza o ser como entidade única, sem os quais o indivíduo perderia o próprio significado.

No que se refere ao segundo, também considerado um direito fundamental, assegura que as pessoas tenham a liberdade de tomar decisões acerca da vida reprodutiva e sexual pessoal. Isso inclui o acesso a informações, meios, métodos e técnicas que permitam o planejamento familiar de acordo com as escolhas individuais.

Nesse contexto, é fundamental compreender que a falta de respeito e a violação dos direitos reprodutivos e dos direitos da personalidade desrespeitam diretamente os direitos humanos das mulheres. A partir dessa perspectiva, a discussão acerca da gestação e puerpério seguros implica na implementação de práticas que acolhem os sentimentos, preferências, liberdade de escolha, a integridade física e emocional das mulheres, reconhecendo este como um direito humano e os direitos humanos como universais.

No que diz respeito à maternidade, a relação médico-paciente precisa ser analisada, pois representa o bojo da violência institucional. Esta relação vem refletindo

mudanças de paradigma em relação ao antigo modelo e à falta de participação do paciente na tomada de decisões. Hoje, ainda que haja evolução, os resquícios do paternalismo são presentes, com demasiada autoridade inerente à posição do médico, com desestímulo à autonomia do paciente.

Essa falta de autonomia e vulnerabilidade observadas na relação médico-paciente torna-se ainda mais evidente quando se trata das gestantes. Nas diversas fases da vida da mulher, a medicina, técnica e masculina, frequentemente intervém em seus corpos, perpetuando a visão do corpo feminino como intrinsecamente incapaz.

Com o objetivo de evitar a perpetuação dessa relação conflituosa e garantir os direitos e a dignidade das mulheres durante o parto e pós-parto, torna-se essencial obter o consentimento, pois a vontade e os direitos do paciente devem ser considerados. É imperioso que os médicos cumpram com o seu dever de informação e forneçam informações completas e claras, de fácil entendimento, aos pacientes sobre os procedimentos, riscos e consequências, assegurando um consentimento esclarecido, livre de vícios.

Nesse contexto, para que o paciente possa consentir de maneira informada, livre, esclarecida e genuína, é fundamental que ele compreenda integralmente todas as informações fornecidas. Neste diapasão, o profissional deve empregar suas habilidades de análise ao caso do paciente e suas habilidades de comunicação para transmitir as informações, maximizando a autonomia do paciente em relação ao seu tratamento.

Aqui, a ênfase está na qualidade, não na quantidade das informações. A qualidade permite ao paciente, como leigo, compreender os aspectos sensíveis de sua saúde, como opções de tratamento, riscos e benefícios, capacitando-o a tomar decisões alinhadas com sua verdadeira vontade de acordo com as possibilidades para o seu caso. Nesse contexto, a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como do plano de parto, é eficaz para o processo de consentimento da mulher sobre as práticas a qual deseja ser submetida e concretiza o dever de informar por parte do médico.

Sob esta perspectiva, a violação dos direitos acima mencionados significa a violação da dignidade da mulher durante seu ciclo gravídico-puerperal, mais conhecida como violência obstétrica ou violência institucional. Neste ponto, importa dizer que, em que pese haver discussão sobre o termo violência obstétrica pela classe dos profissionais de saúde, neste trabalho ele será utilizado apenas como sinônimo para as violações sofridas pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e de violência institucional.

Nesse contexto, é crucial examinar a definição da Violência Obstétrica, suas origens e as diversas formas em que se manifesta, delimitando suas práticas. Isso acarreta na

identificação dos principais atores envolvidos nessa violência, sendo eles os profissionais e instituições de saúde. As manifestações dessa violência abrangem diversos aspectos e segmento da vida das mulheres, desde o psicológico ao sexual.

É imperioso debruçar-se ainda sobre a legislação brasileira atual, em face do entendimento de que existem diversas normas que preveem o direito à saúde da mulher, por meio de programas como o Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), além da Lei do acompanhante e convenções das quais o Brasil é signatário, a exemplo da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Entretanto, em que pese todas essas normas esparsas que tratam de forma geral sobre a saúde da mulher, não existe legislação específica que a ampare da violência institucional.

Nesse mesmo sentido, observa-se os estados brasileiros que já possuem lei neste sentido, amparando melhor esta mulher e fazendo melhor as delimitações dos tipos de violência, quem são os agentes e vítimas e qual a responsabilização a ser seguida para os infratores desses direitos das mulheres. Desta maneira, diante do panorama brasileiro e da crescente mudança no tratamento que é dado às mulheres, bem como a quantidade de projetos de lei e a atividade do poder legislativo nesse sentido, é preciso investigar se a legislação brasileira atual é eficaz em amparar as vítimas da violência obstétrica e sancionar os respectivos responsáveis garantindo a resolução das demandas biojurídicas.

Nesse diapasão, após essa breve contextualização, apresenta-se os objetivos a serem traçados no presente trabalho. A pesquisa tem como objetivos gerais a análise do histórico da submissão, invalidação e vulnerabilidade e a falta de autonomia da mulher, sendo analisado ainda como se dá essa vertente no meio médico e quais são hoje as medidas adotadas em ambiente hospitalar.

Ademais, tem o objetivo de analisar a legislação brasileira e a inexistência de lei específica no âmbito nacional para a tratar da questão da violência obstétrica, com intuito de averiguar a eficácia da proteção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, será ainda analisada a medidas que foram adotadas pelas leis contra violência obstétrica existente em alguns estados brasileiros.

Como objetivos específicos, a presente pesquisa irá apontar se os direitos reprodutivos e os direitos relacionados as mulheres grávidas, parturientes e puérperas estão amparados constitucionalmente, a fim de elucidar o desrespeito às normas constitucionais. Além de delimitar quais são os direitos das gestantes e os deveres do médico e explanar a relação médico paciente.

Nesta toada, será analisado o que é Violência Obstétrica, como surgiu e quais os tipos dessa violência. Ademais, será investigado se essa violência se trata de uma questão de gênero, bem como a análise das políticas públicas relacionadas a ela. Será ainda analisada quais são as medidas adotadas para proteger a vítima e sancionar o responsável, com o intuito de verificar se há efetividade nas disposições em vigor atualmente ou se existe a necessidade da implementação de uma lei federal sobre o tema, por meio da verificação da legislação vigente, bem como projetos de leis e precedentes judiciais.

Nesse diapasão, todos estes objetivos foram empregados com o intuito de haver a possibilidade de entendimento e resposta à problemática que permeia o tema, quer seja saber se há de fato a capacidade e eficácia da legislação brasileira atual em amparar as vítimas da violência obstétrica e sancionar os respectivos responsáveis garantindo a resolução das demandas biojurídicas.

Desta forma, o presente trabalho demonstra sua importância ao observar-se que nem todas as mulheres, no período gestacional, parturientes e puérperas são privilegiadas com o parto que idealizaram. Nem todas elas são recepcionadas com dignidade e respeito, visto que cerca de 25% delas sofrem com a violência institucional e não há de fato uma lei federal com a criminalização específica destas práticas.

Socialmente, as mulheres, durante a história, sofrem única e exclusivamente por seu gênero e a violência obstétrica é mais um retrato dessa realidade. O número de possíveis vítimas é muito grande e as mulheres não podem ficar à mercê da sorte ao enfrentarem uma gravidez ou um parto. O que essas mulheres sofrem é violência, não há o que se questionar, e o sistema jurídico deve ampará-las de forma eficaz. A pesquisa se mostra importante na medida em que trata dessa lacuna normativa em uma violência que acontece cotidianamente.

Para tanto, serão analisadas a legislação brasileira, convenções das quais o Brasil é signatário, determinando os direitos fundamentais das mulheres gestantes e puérperas, bem como sua dignidade analisada à luz do biodireito e da bioética e dos princípios que os norteiam, além dos precedentes judiciais, evidenciando se há ou não a necessidade de uma legislação federal específica para o amparo dessas mulheres.

Ademais, para a análise do que fora acima brevemente explicitado, a metodologia da pesquisa tem por objetivo ser bibliográfica, por meio da revisão de literatura, doutrina, jurisprudência em revistas, artigos, anais de congresso, dissertações e teses, etc. Ela será predominantemente qualitativa, através da análise de dados e fundamentos coletados e a compreensão dos mesmos para a redação da pesquisa. A jurisprudência será utilizada afim de mostrar os casos que tratam de violência. As leis aplicadas aos casos serão trazidas e

contextualizadas, com intuito de explicar a necessidade e a falta de uma lei específica sobre o tema. Por fim, o método utilizado é o método dedutivo, trabalhando com hipóteses/conjecturas, fazendo observações e constatações dos materiais, analisando-as para confirmá-las ou não e assim chegar a uma conclusão.

Para a melhor organização e apresentação da pesquisa e seus respectivos resultados, a estrutura dos capítulos deste trabalho será delineada de maneira a abordar inicialmente a autonomia, a liberdade sobre o próprio corpo e os direitos reprodutivos das mulheres. Isso envolve a apresentação dos conceitos pertinentes, pressupostos, contextos históricos e fundamentos constitucionais relacionados a essas questões. Além disso, serão explorados temas como os direitos da personalidade e a indisponibilidade do corpo, direitos humanos e dignidade da pessoa humana. O objetivo é destacar os desafios enfrentados pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e, desde o início, abordar como a violência institucional se estabeleceu nesse contexto.

Em seguida, com intuito de proporcionar uma base mais sólida para a compreensão da violação dos direitos das mulheres no momento do parto, serão apresentados o histórico da relação médico-paciente em obstetrícia e os procedimentos relacionados à obtenção do consentimento genuíno. Além disso, decorrente deste processo, será delineada a maneira como se estrutura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como o plano de parto. A partir desse ponto, serão discutidos em detalhes os direitos das gestantes.

Após a abordagem e esclarecimento dos tópicos que circundavam a violação dos direitos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, este capítulo se concentra especificamente nas práticas abusivas e na violação dos direitos fundamentais das gestantes, investigando seus atores e agentes. Para delinear os diferentes tipos de violência obstétrica, traz-se primeiro a abordagem dessa violência como uma manifestação de gênero. Posteriormente, é trazido o entendimento chegado por meio da análise da legislação em vigor e dos precedentes judiciais relacionados ao tema, com o propósito de demonstrar a responsabilização atualmente empregada aos sujeitos. Por último, será realizada uma discussão sobre a necessidade de promulgar uma legislação federal específica, bem como uma avaliação do projeto de lei atualmente em tramitação com esse propósito.

## **2 AUTONOMIA, LIBERDADE SOBRE O PRÓPRIO CORPO E DIREITOS REPRODUTIVOS**

Toda a temática em torno da autonomia, liberdade sobre o próprio corpo e direitos reprodutivos traz bases muito importantes para o delineamento das práticas que violam a mulher no contexto do ciclo gravídico-puerperal. O indivíduo tem o direito de tomar decisões autônomas sobre seu próprio corpo, incluindo questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Para que essa relação esteja melhor delimitada, serão entendidos conceitos de gênero e as diferenças de tratamento entre os sexos, que terminam por evidenciar a subjugação dos corpos femininos, inclusive no parto. Neste ponto, é necessário entender os pressupostos da autonomia e a capacidade da mulher de tomar decisões informadas e autônomas sobre sua vida, corpo e saúde, sem coerção ou discriminação.

Nesta toada, tratar-se-á ainda da noção de direitos da personalidade, como elemento fundamental para a proteção da integridade e dignidade da mulher. Desta forma, entende-se que a ausência dos direitos da personalidade poderia afetar a própria identidade e humanidade de um indivíduo (Cupis, 1950, p. 18-19).

Os direitos reprodutivos também são considerados direitos humanos fundamentais e visam garantir o direito dos indivíduos de decidir, de maneira livre e responsável, se desejam ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas desejam tê-los. Além disso, os direitos reprodutivos abrangem também o direito de exercer a sexualidade e a reprodução sem discriminação, imposição ou violência de outrem. (Rede Feminista de Saúde, 2011).

Todas essas perspectivas de direitos direcionados à mulher vêm de uma ótica de proteção aos direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, que são mais comumente violados em indivíduos que possuam maior vulnerabilidade (minorias sociais). Para tanto, serão tratados ambos os conceitos neste capítulo, pois deve-se entender que o respeito aos direitos reprodutivos caracteriza direitos humanos das mulheres. Traz-se em especificidade a mulher pois a violência de gênero, apesar de abranger relações entre homens e mulheres, afeta de forma mais significativa os indivíduos do sexo feminino, por conta de sua vulnerabilidade (Minayo, 2006, p. 94).

Por fim, após toda a explanação desses importantes conceitos, será tratada qual a implicação dessa falta de autonomia que deduzem ser presentes à mulher. Durante o processo de parto, as mulheres encontram-se em uma situação de grande vulnerabilidade, que pode ter



repercussões significativas na capacidade que lhe computam para tomar decisões sobre seus corpos e a forma como desejam conduzir seus partos. Nesta análise, serão observadas a forma como essas ações são capazes de gerar consequências em grandes proporções na vida das mulheres.

## 2.1 CONCEITO E HISTÓRICO: SUBJUGAÇÃO DOS CORPOS FEMININOS E DIFERENÇA DE TRATAMENTO

A diferenciação e subjugação das mulheres foi, e ainda é, um processo com raízes históricas muito bem fundadas. Além da vulnerabilidade da qual o ser humano está sempre suscetível, as mulheres foram colocadas em um espaço de uma vulnerabilidade ainda maior, estigmatizadas como seres sem autonomia, sofrendo com situações diversas que são empregadas em função de gênero.

Quando há análise submetida a ambientes específicos, é possível observar que certas condutas e instituições manifestam atitudes de humilhação que colocam em perigo a autoestima dos indivíduos, tornando extremamente desafiador o reconhecimento de merecimento do seu valor.

É desta forma possível perpetuar a ideia de que não há razão em perseguir as necessidades individuais e, sem essa percepção, a capacidade de agir fica limitada à sensação de incapacidade. Neste sentido, é desafiador se alcançar proteção contra atitudes adversas e da busca de apoio culturais quando a atitude depreciativa está associada a custos individuais significativos (Anderson; Honneth, 2011, p. 88-89).

Nesse sentido, quando verificada a diferenciação de tratamento entre homens e mulheres em situações semelhantes, torna-se evidente a prevalência da supremacia masculina, uma vez que os discursos sociais já a legitimam, tendo sido imposta como parte integrante da cultura. Cultura esta que atua como um reforço à dominação masculina.

A socióloga Heleieth Saffioti (2004, p. 57-58) aborda a desigualdade de gênero como oriunda do patriarcado. Nesse sentido, afirma que essa base material ainda não foi extinta, embora a mulher tenha conseguido certo grau de emancipação. A autora afirma ainda que essa percepção encontra fundamento fático na observância das relações entre os sexos, as quais demonstram ser hierárquicas, evidenciando a desigualdade de gêneros a partir das diferenças físicas, sexuais e biológicas.

Nesta toada, argumenta que é crucial analisar a opressão das mulheres sob a perspectiva do patriarcado de gênero, uma vez que o gênero é um conceito impregnado de

ideologia. Portanto, o patriarcado está presente em todas as esferas sociais, conferindo aos homens direitos sexuais sobre as mulheres, sendo a justificativa por trás da desigualdade de gênero (Saffioti, 2004, p.136).

Assim, o mundo social molda a percepção do corpo, tornando-o uma entidade com características sexuais distintas, por meio dos conceitos de divisão de gênero. A visão mítica do corpo humano como orientador entre a diferença dos sexos biológicos está baseada na relação de dominação arbitrária dos homens sobre as mulheres. Essa relação de dominação está intrinsecamente ligada à divisão do trabalho e à estrutura da ordem social (Bourdieu, 1998, p. 18-20).

Em seguimento à esta ideia, o autor completa afirmando que, esse discurso mítico traz rituais institucionais de sutis, porém que geram efeitos simbólicos em grandes proporções, pois fazem parte de um conjunto de ações destinadas a enfatizar os sinais externos que se alinham com a definição social da diferença de gênero. Além disso, incentivam práticas que são consideradas apropriadas para cada sexo, ao mesmo tempo em que proíbem ou desencorajam comportamentos considerados inadequados, especialmente em relação ao sexo feminino, perpetuando a dominação do masculino (Bourdieu, 1998, p. 35).

A prevalência concedida aos homens se manifesta em todas as estruturas sociais e nas atividades produtivas e reprodutivas. Além disso, esse aceite da imposição de dominação dos homens funciona como fundamento históricos que, sendo amplamente compartilhados, são impostos a cada indivíduo como verdade inquestionável (Bourdieu, 1998, p. 35-45).

Portanto, a representação centrada no homem sobre a reprodução biológica e social adquire a aparência de senso comum, vista como senso prático, algo que não precisa ser pensado em relação às práticas. Até mesmo as mulheres replicam esses padrões de pensamento a todas as áreas da vida, especialmente nas relações de poder em que estão envolvidas, pois são o resultado da internalização dessas relações de poder e se manifestam nas oposições fundamentais da ordem simbólica. Como resultado, os atos de conhecimento das mulheres são, por natureza, atos de conformidade, uma crença que não precisa ser conscientemente pensada ou afirmada como tal e que, de certa forma, perpetua a violência simbólica que sofrem (Bourdieu, 1998, p. 45).

O autor completa afirmando que a mudança mais significativa ocorreu no fato de que a dominação masculina já não é imposta como algo inquestionável. Isso se deve, em grande parte, ao extenso trabalho crítico do movimento feminista que, pelo menos em certas áreas da sociedade, conseguiu quebrar o ciclo de aceitação generalizada. Agora, essa suposta

evidência muitas vezes é vista como algo que precisa ser justificado ou defendido, ou até mesmo algo do qual as pessoas precisam se proteger ou justificar (Bourdieu, 1998, p. 106).

Dessa forma, é possível concluir que essa dominação gera a subjugação da mulher, bem como do seu corpo, gerando a violência contra diversos seguimentos de sua vida. Para melhor entendimento, tratar-se-á a violência de gênero como aquela formulada pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que a define como: “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto privado” (Brasil, 1996).

Em síntese, entendida a diferença de tratamento proferida entre homens e mulheres, entende-se que a consequência disso se dá na própria subjugação dos corpos femininos, proferidos por meio de diversas violências em âmbitos distintos. Nesse sentido, emprega-se também o conceito de violência proferido pela autora Maria Cecília de Souza Minayo, quando afirma a violência como um fenômeno que ocorre na vida cotidiana e que possui manifestações caracterizadas por uma intensa carga emocional, tanto por parte do agressor quanto da vítima e dos espectadores (Minayo, 2006, p. 14).

Eventos violentos sempre foram e continuam a ser sujeitos à avaliação moral da sociedade, possuindo aceitações em determinados graus, que são determinados pela vulnerabilidade (minorias sociais) a qual o indivíduo pertença (Minayo, 2006, p. 14). Sendo a mulher um indivíduo considerado mais vulnerável que o homem, por causa da desigualdade de gênero, fica subjugada e, como consequência, mais suscetível à violência.

Portanto, para que seja possível o vislumbre assertivo desta análise, é o aprofundamento em outros temas e aspectos, como vulnerabilidade e autonomia, que serão vistos a seguir, consubstanciando o entendimento acima empregado.

### **2.1.1 O pressuposto da autonomia**

Inicialmente, antes da estruturação do conceito de autonomia, será trabalhada a violência como impeditivo desta, tolhendo a liberdade da mulher. Não existe autonomia no passo em que existe submissão. Segundo Chauí, a violência compreende acepção em dois sentidos: como uma desigualdade em uma relação hierárquica, com o propósito de estabelecer dominação, exploração ou opressão, resultando em uma dinâmica onde uma pessoa é vista como superior e outra como inferior e como a linha entre reconhecer uma pessoa como indivíduo e passar a tê-la como objeto (Chauí, 1985, p. 23-62).

Desta maneira, é possível afirmar que ocorre violência quando há a invalidação das ações e palavras de outra pessoa. É imperioso memorar que a violência não tem como objetivo a destruição daquele que é tido como hierarquicamente inferior, mas tão somente a sua submissão (Chauí, 1985, p. 23-62).

É nesse contexto em que se observa a violência como oposto ao sentido de autonomia. A palavra "autonomia" tem origem no grego, onde "autos" significa "próprio" e "nomos" se refere a "regra", "governo" ou "lei". Inicialmente, era utilizada para descrever a autogestão e o autogoverno das cidades-estados independentes na Grécia antiga. Não se trata de um conceito único, devendo ainda estar atrelada à liberdade, entendida como independência de influências controladoras e a capacidade do agente, ou seja, a habilidade de agir intencionalmente (Beauchamp; Childress, 2002, p.137-138).

Para uma análise abrangente das interpretações sobre a autonomia nas ações humanas, é essencial realizar uma análise baseada em fundamentos filosóficos, bioéticos e jurídicos. Dessa forma, para a concepção filosófica, será adotada a noção de autonomia desenvolvida por Kant.

Sob a perspectiva de Immanuel Kant (2007, p. 79-84), a ligação entre moralidade, autonomia e dignidade humana é fundamental. Isso se baseia na ideia de que a liberdade moral de um indivíduo encontra sua realização por meio da ação autônoma, reconhecendo o valor estrutural de permitir que cada pessoa faça suas próprias escolhas. Para alcançar a autonomia, a vontade não deve depender de fatores externos à razão, estabelecendo sua autoridade como lei suprema.

A filosofia Kantiana também destaca que a liberdade se manifesta na prática quando um sujeito tem a capacidade de decidir sobre seus próprios interesses, tornando suas escolhas como leis universais, sendo a dignidade da pessoa humana concretizada pelo respeito à autonomia. Portanto, a noção de autonomia é universal e aplica-se a todos os seres humanos, sem relativizar/adequação do conceito com base na pluralidade cultural das sociedades. A moralidade, por sua vez, está relacionada às ações em consonância com a autonomia da vontade (Kant, 2007, p. 79-84).

Por outro lado, a bioética traz outro sentido. Esta matéria, como uma disciplina que surgiu na sociedade pós-moderna, teve fundamentos em diversos contextos culturais, sociais e políticos. Diversos fatores contribuíram para que ela surgisse, como os avanços da medicina e da ciência, mudanças sociais e políticas que impulsionaram a busca por novos direitos e a necessidade da proteção deles de maneira justa e igualitária, além da revelação de abusos em pesquisas científicas envolvendo seres humanos no contexto pós-guerra. Ademais,

também foi influenciada pela ética e pela crescente conscientização social sobre o poder destrutivo do desenvolvimento científico sem limites éticos (Meirelles, 2014, p. 27-28).

Outro ponto de partida para o desenvolvimento da bioética e o conceito de autonomia humana foi o Relatório Belmont. A partir dele, Beauchamp e Childress tiveram base para a construção da abordagem principialista utilizada pela bioética, além disso sistematizaram modelos de autonomia. Os autores enfatizaram a importância da aplicação desses princípios éticos e destacaram a necessidade de respeitar a autonomia individual, afirmando que "todos têm o direito de decidir, e suas escolhas autônomas devem ser consultadas sempre que possível como base para a decisão; uma pessoa incapaz ainda é uma pessoa com o direito de escolher" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 137-195).

Nesse diapasão, a autonomia pode ser compreendida como a capacidade de agir por si mesmo, incluindo o direito de tomar decisões relacionadas ao próprio corpo e vida, tratando-se de um exercício de autogoverno, isento de interferências externas. É nesse sentido em que os autores identificam as características de capacidade de raciocínio, deliberação e compreensão da autonomia (Beauchamp; Childress, 2002, p. 137-195).

Além disso, os autores afirmam que a abordagem principialista da bioética analisa a ação autônoma considerando a relação triangular entre intenção, entendimento e a ausência de influências controladoras. No entanto, é importante destacar que a exigência de um entendimento total ou a completa ausência de influência sobre o paciente não é viável na realidade prática. Em outras palavras, "restringir as decisões dos pacientes ao ideal de decisão completamente autônoma tira esses atos de uma posição significativa no mundo real, onde as ações das pessoas raramente, ou nunca, são completamente autônomas" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 140-141).

Luciana Batista Munhoz (2014, p. 14-15) traz ainda que a beneficência, não maleficência, autonomia e justiça tem aplicabilidade abstrata, ganhando sentido na aplicação de contextos específicos, em outras palavras, apenas no plano concreto da aplicabilidade que é capaz de revelar o verdadeiro sentido. Esses princípios têm servido como um ponto de referência nas últimas décadas para o desenvolvimento de diretrizes éticas na prática médica, possibilitando a maior autonomia do paciente.

Ademais, sob a perspectiva da autonomia para o Direito, Ana Thereza Meireles (2014, p. 55) trata da autonomia privada como detentora de uma forma complexa. A autora observa os diversos aspectos que envolvem a compreensão deste elemento, devido a quantidade de modificações sofridas nas últimas décadas, com o advento da evolução

constitucional e do próprio direito civil. Nesse sentido, fica impossível desassociar a autonomia privada de aspectos essenciais dos direitos fundamentais.

Nessa toada, do ponto de vista jurídico, o reconhecimento da autonomia encontra sua base na estrutura constitucional, sendo um reflexo da dignidade da pessoa humana e mantendo uma conexão significativa com a preservação dos direitos fundamentais. No contexto das relações civis, a proteção da autonomia, especialmente em situações relacionadas à existência, se enquadra na teoria dos direitos da personalidade, como mencionado anteriormente (Meirelles; Aguiar, 2018, p. 126).

O reconhecimento da autonomia como um fundamento jurídico essencial nas relações sociais implica em uma reconfiguração do papel do Estado, que passa a ter a responsabilidade de proteger o direito à liberdade, à expressão de vontade, ao consentimento e à recusa (Meirelles; Lins-Kusterer, 2021, p. 106). É importante ponderar a interligação entre dignidade e autonomia nas situações que possam envolver conflitos entre interesses jurídicos relevantes. A promoção da dignidade da pessoa humana, que é um dos fundamentos do Estado, requer o respeito à autonomia das pessoas, o que se manifesta quando se permite a concretização de seus projetos de vida pessoais (Lage; Meirelles, 2022, p. 267).

Para reconhecer uma ação como autônoma, é necessário um nível significativo de compreensão e a ausência de coerção. Respeitar a autonomia de outra pessoa implica reconhecer o direito dela de ter suas próprias opiniões, tomar suas próprias decisões e agir com base em seus valores e crenças pessoais. Isso não se limita apenas a não interferir nas escolhas de alguém, mas também envolve apoiar sua capacidade de fazer escolhas independentes, reduzindo quaisquer obstáculos ou condições que possam prejudicar sua autonomia. Quando se viola a autonomia de alguém, trata-se essa pessoa como um meio para atender aos objetivos de terceiros, ao invés de respeitar seus próprios objetivos individuais (Pedrosa, 2013, p. 07-08)

A autonomia é uma construção que ocorre na interação entre sujeitos e é influenciada por diversos fatores, uma vez que está inserida em um contexto social. Portanto, busca-se alcançar um nível de autonomia que esteja equilibrado entre a completa dominação e a liberdade absoluta, mas nunca abrindo mão da condição de ser um sujeito autônomo. De acordo com Miracy Gustin, a autonomia é uma necessidade humana fundamental e possui uma natureza intrinsecamente social. A compreensão desse conceito só é possível por meio da interação com outros indivíduos, sendo que a linguagem desempenha um papel fundamental nesse processo, uma vez que é a base das relações humanas (Gustin, 2009, p. 21).

O autor entende ainda ser possível afirmar que a interação linguística é o alicerce da autonomia, e, inversamente, onde existe essa interação discursiva, a autonomia está presente. Portanto, é necessário pressupor que o outro é um interlocutor capaz de se expressar para que uma pessoa possa alcançar sua autorrealização, pois a verdadeira autonomia só pode ser atingida quando todos os indivíduos envolvidos são igualmente autônomos (Gustin, 2009, p. 21)

Furrow traz ainda que, no sentido formal em ética, a autonomia dos seres humanos é uma condição essencial para a existência da moralidade. Isso é fundamental para o estabelecimento da própria moral. Portanto, conclui que a moralidade não pode ser imposta de fora do indivíduo, sendo ela uma manifestação da liberdade e responsabilidade que representa formalmente uma expressão da máxima grandeza e dignidade humanas, revelando a capacidade dos seres humanos de fazer escolhas racionais (Furrow, 2005, p. 20).

No âmbito médico, a falta de respeito à autonomia do paciente também é algo latente. A dificuldade em respeitar a autonomia do paciente é um reflexo de um problema social mais amplo que enfrentamos na contemporaneidade, conhecido como a crise ética da modernidade. Nas ciências sociais, esse fenômeno é descrito por meio de um conceito teórico sistêmico de crise, que é identificado quando "a estrutura de um sistema social proporciona possibilidades limitadas para resolver um problema, sendo essenciais mais soluções do que o sistema pode oferecer para sua existência contínua (Habermas, 2002, p. 13).

Segundo Beauchamp e Childress (2013, p. 444), a autodeterminação corporal, se relaciona com a autonomia em relação ao próprio corpo e o direito de ter controle sobre ele para tomar decisões íntimas e pessoais. Essas decisões nem sempre precisam ser compartilhadas com os outros, embora, por vezes, a sociedade exerça uma influência que faz as pessoas acreditarem que a coletividade deve prevalecer mesmo em questões estritamente pessoais.

Nessa toada, complementa o entendimento afirmando que o princípio de respeito à autonomia engloba, portanto, o direito de tomar decisões, na medida do possível, sobre o que ocorrerá com o próprio corpo, a informação relativa à própria vida, os segredos pessoais, entre outros aspectos, bem como reforçam a importância da exigência do consentimento informado, como pressuposto para a autonomia (Beauchamp; Childress, 2013, p. 444).

Pode-se concluir, desta forma, que a moralidade não pode ser imposta por outrem, externo ao indivíduo. Além disso, pode-se compreender que, como um exercício de liberdade e responsabilidade, a autonomia constitui formalmente uma expressão de máxima grandeza e dignidade humana, manifestando-se na capacidade de realizar escolhas racionais (Furrow,

2005, p. 20). Portanto, o tratamento diferenciado proferido às mulheres, bem como a subjugação de seus corpos afrontam diretamente à autonomia que lhes é de direito.

### **2.1.2 Direito da personalidade e (in)disponibilidade do corpo**

Os direitos da personalidade são aqueles considerados fundamentais para a condição humana, sendo direitos sem os quais todos os outros direitos perderiam qualquer significado para o indivíduo, chegando-se a afirmar que, na sua ausência, a pessoa não seria mais considerada como tal (Cupis, 1950, p. 18-19).

Os direitos da personalidade representam características inerentes à pessoa que se relacionam com a construção de sua dignidade. Eles abrangem situações subjetivas extremamente pessoais, adaptáveis de acordo com a necessidade individual, e visam proteger aspectos intrínsecos à própria pessoa (Sá; Naves, 2021, p. 197). Além disso, constituem também um direito fundamental, pois abordam direitos considerados absolutos, inalienáveis e inerentes a pessoas. Esses direitos determinam a identidade da pessoa e afirmam sua singularidade, significando a autodeterminação do ser humano (Sá; Naves, 2017, p. 10-12).

Os autores alegam ainda que os direitos da personalidade não são direitos subjetivos, visto que abrangem relacionam-se a direitos potestativos. Sua natureza jurídica é a de um bem jurídico essencial à dignidade humana, podendo manifestar-se no mundo jurídico e fático por meio de diversas situações, não se limitando apenas aos direitos subjetivos (Sá; Naves, 2021, p. 32).

Nesse contexto, Anderson Schreiber (2013, p. 05) argumentou que os direitos da personalidade eram caracterizados como absolutos, imprescritíveis, inalienáveis e indisponíveis. Essa categoria engloba um conjunto de atributos inerentes à pessoa humana.

Já para Gustavo Tepedino (2004, p. 27), a concepção de personalidade deve ser abordada considerando dois aspectos distintos, o subjetivo e o objetivo. No aspecto subjetivo, refere-se à capacidade que toda pessoa tem de ser titular de direitos e obrigações. Por outro lado, no aspecto objetivo, a personalidade é vista como um conjunto de características e atributos da pessoa humana, os quais são objeto de proteção pelo sistema jurídico. É nesse último sentido que se faz referência aos direitos da personalidade.

Assim, a lesão a qualquer dos direitos da personalidade, estejam eles expressamente reconhecidos pelo Código Civil ou não, caracteriza o dano moral. Em contraposição a essa definição de dano moral como lesão à personalidade humana, existe outro entendimento amplamente aceito na doutrina e jurisprudência brasileiras, segundo o



qual o dano moral é caracterizado pela dor, vexame, sofrimento ou humilhação. Sob essa perspectiva, o dano moral é entendido como a lesão a um atributo da personalidade humana e desempenha um papel significativo na prática judicial brasileira (Moraes, 2003, p. 182-192).

Anderson Schreiber (2011, p. 119-184) traz também a definição do dano moral como lesão a um atributo da personalidade, apresenta ainda a significativa vantagem de focar no objeto afetado (o interesse prejudicado) em vez de se concentrar nas consequências emocionais, subjetivas e potenciais da lesão, complementando o entendimento acima estabelecido.

No entanto, o pensamento moderno gradualmente desafiou essa perspectiva, realocando a integridade corporal no âmbito da autonomia do indivíduo. Nesse contexto, surgiu a ideia do "direito ao próprio corpo", essa expressão enfatiza que o corpo deve servir à realização da própria pessoa, em vez de atender aos interesses de entidades abstratas, como a Igreja, a família ou o Estado (Gediel, 2000, p. 01-08).

No contexto atual, o corpo não é mais encarado como uma entidade abstrata e intocável. Ele agora é objeto de intervenções externas destinadas a melhorar suas condições de vida e a oferecer soluções para desafios psicofísicos que anteriormente eram considerados insolúveis. Nessa perspectiva, a noção de saúde transcende a concepção restrita da integridade física, abrangendo os aspectos unificados da saúde física e mental da pessoa, bem como a compreensão da qualidade de vida (Cicco, 2013, p. 05).

A regulamentação dada ao corpo, para tentar sanar as questões de (in)disposições, foi a do art. 13 do Código Civil: “Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.” (Brasil, 2002).

Nesse sentido, os autores Ana Thereza Meirelles e Matheus Alexandrino Nascimento (2022, p. 99-108) trazem uma noção de direitos da personalidade distinta do que aplicado pela legislação acima, pois entendem que não pode se desvincular os direitos da personalidade dos princípios de dinamicidade, mutabilidade e extensão. Essas características refletem a complexidade na proteção da esfera íntima e existencial das pessoas, pois estão relacionadas às suas crenças e desejos. Paralelamente, sob a perspectiva da abordagem bioética principialista, nota-se que o Código Civil incorporou o modelo de autonomia pura, ao dar ênfase à importância da decisão pessoal.

Atualmente, é possível observar que a justificativa para permitir ou restringir a disponibilidade relativa sobre a vida está fortemente embasada no princípio da autonomia, o qual respalda intervenções relacionadas à continuidade da existência. Torna-se imperativo

analisar esse processo de justificação com o intuito de conferir legitimidade a posições normativas, que podem variar entre uma abordagem mais liberal e uma mais conservadora. A possibilidade de disponibilidade (mesmo que limitada) do direito à vida só pode ser alcançada mediante uma fundamentação na busca pela dignidade existencial do ser humano. Isso requer a consideração das perspectivas autônomas e heterônomas, bem como a compreensão do atual senso de alteridade, que implica respeitar a singularidade do outro (Meirelles; Aguiar, 2018, p. 137-142). Desse mesmo modo devendo ser entendido o direito à (in)disposição do corpo, bem como a necessidade de assegurar a autonomia quanto às decisões relativas a ele.

Nesse sentido, Anderson Schreiber (2013, p. 34) tece a exposição de três críticas direcionadas ao dispositivo mencionado. Em primeiro lugar, ao permitir qualquer disposição do próprio corpo por "exigência médica", parece colocar a recomendação clínica acima de qualquer consideração ética ou jurídica; em segundo lugar, ao proibir a disposição do próprio corpo que resulte em "diminuição permanente da integridade física", o artigo 13 insinua que reduções não permanentes poderiam ser permitidas; em terceiro lugar, o artigo 13 menciona a noção de "bons costumes", que é uma ideia vaga e imprecisa, podendo gerar dificuldades significativas em um contexto que é fortemente influenciado por inovações tecnológicas e científicas.

A proteção da integridade psicofísica da pessoa humana vai além da questão dos atos de disposição do próprio corpo. As principais ameaças nesse domínio geralmente surgem da ação do Estado ou de terceiros. Felizmente, existem leis específicas que abordam esse assunto, abrangendo tanto aspectos civis quanto penais. Dentro desse contexto, o Código Civil se concentra principalmente na questão específica da disposição do corpo pelo seu próprio titular (Schreiber, 2013, p. 44). Além disso, um dos aspectos centrais da disponibilidade sobre o próprio corpo está intrínseco ao consentimento livre e informado (Cicco, 2013, p. 04).

Desta maneira, o direito da personalidade, mais especificamente a indisponibilidade do corpo, reflete uma questão que envolve diversas dimensões. Portanto, percebe-se que é no princípio da autonomia que se baseia a justificativa para permitir ou restringir a disponibilidade relativa sobre o corpo. Nesse contexto, é essencial ponderar as perspectivas autônomas, bem como o valor da alteridade na busca pela dignidade existencial, para que seja possível promover decisões e políticas que respeitem a individualidade, a dignidade da pessoa humana e a integridade de cada ser humano.

## 2.2 DIREITOS REPRODUTIVOS

Os direitos sexuais abrangem a maneira como todas as pessoas vivenciam sua sexualidade. Isso inclui a liberdade de viver e expressar sua sexualidade sem que se marginalizem as pessoas que não se encaixam num padrão socialmente aceito ou as violente, com discriminação e violência, de acordo com Leandro Reinaldo da Cunha (2014, p.27).

Os direitos reprodutivos são considerados direitos humanos fundamentais, garantindo que as pessoas tenham o direito de decidir, de maneira livre e responsável, se desejam ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas desejam tê-los. Isso implica o acesso a informações, meios, métodos e técnicas para planejar a família de acordo com suas escolhas. Além disso, os direitos reprodutivos envolvem o direito de exercer a sexualidade e a reprodução sem serem alvo de discriminação, imposição ou violência. (Rede Feminista de Saúde, 2011).

Nesse sentido, quando referido à mulher frente à hospitalização e medicamentação do parto, observa-se que a falta de conhecimento demonstrada por essas mulheres destaca, por um lado, a autoridade do profissional de saúde e, por outro, a exclusão da parturiente do processo de tomada de decisões. É surpreendente que, embora seja o foco dos cuidados, ela não tenha participação nas decisões relacionadas ao seu próprio corpo, pois é vista como incapaz de compreender a complexidade dos cuidados necessários, restando-lhe aceitar passivamente o que lhe é oferecido. (Santos; Shimo, 2008, p. 648). É nesse âmbito que se faz necessária a evidência de que existem leis e normas que a amparam, como será visto a seguir.

### **2.2.1 Fundamentos constitucionais**

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece vários princípios e direitos relacionados à saúde e à intimidade, que têm impacto direto nos direitos reprodutivos. No entanto, é importante observar que a Constituição não trata explicitamente dos "direitos reprodutivos" da mesma forma que algumas outras legislações ou tratados internacionais. Em vez disso, esses direitos estão implícitos em várias disposições da Constituição, principalmente nos seguintes artigos e princípios (Brasil, 1998).

Por meio disso, e a partir do entendimento do direito reprodutivo como dignidade da pessoa humana, bem como pela determinação de igualdade de direitos e obrigações e inviolabilidade da intimidade, a constituição introduz para as mulheres os direitos reprodutivos, estabelecendo a saúde como um direito de todos. Ademais, a regulamentação específica dos direitos reprodutivos e questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva

muitas vezes ocorre por meio de leis complementares, regulamentos e políticas públicas (Moraes; Yoshioka; Bonini, 2020, p. 05)

Nesse sentido, vale destacar algumas leis importantes para a proteção dos direitos reprodutivos e direitos da mulher, como a Lei do Planejamento Familiar, a do Parto Humanizado, além de políticas que objetivam o mesmo intuito, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (Rede Cegonha).

Nessa toada, o planejamento familiar no Brasil é um direito consagrado na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 9.263/1996. Baseado nos princípios da dignidade humana e paternidade responsável, ele é uma decisão livre do casal e o Estado deve oferecer recursos educacionais e científicos para seu exercício. Isso implica que o planejamento familiar é um direito individual. Desta forma o Estado, nem a sociedade, podem interferir ou estabelecer limites para seu exercício. Além disso, a legislação busca promover políticas públicas de controle de natalidade e igualdade no acesso a informações e métodos de regulação da fecundidade (Lobo, 2003, p. 44).

Dentro dos limites legais e princípios de direito, a família tem o direito à autonomia na sua organização, estilo de vida, trabalho, subsistência, valores morais, crenças religiosas, educação dos filhos, escolha de residência e assuntos internos. Qualquer interferência externa, seja de indivíduos privados ou do Estado, que tente impor decisões ou padrões de vida à família, é rejeitada. Tais interferências são inaceitáveis, a menos que causem prejuízo a interesses e direitos de terceiros (Rizzardo, 2006, p. 15-16).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. 25 estabelece, em linhas gerais, que todas as pessoas têm direito à saúde sexual e reprodutiva, num contexto de bem-estar físico, mental e social que garanta a harmonia com seu entorno e não apenas a ausência de doença. Especifica o direito à saúde sexual e reprodutiva no contexto de saúde e bem-estar mais amplos.

A Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, Áustria, em junho de 1993, no artigo 18 de sua Declaração, prevê que:

“Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural nos níveis nacional, regional e internacional e a erradicação de todas as formas de discriminação, com base no sexo, são objetivos prioritários da comunidade internacional. A violência e todas as formas de abuso e exploração sexual, incluindo o preconceito cultural e o tráfico internacional de pessoas, são incompatíveis com a dignidade e valor da pessoa humana e devem ser eliminadas. Pode-se conseguir isso por meio de medidas legislativas, ações nacionais e cooperação internacional nas áreas do desenvolvimento econômico e social, da

educação, da maternidade segura e assistência à saúde e apoio social. Os direitos humanos das mulheres devem ser parte integrante das atividades das Nações Unidas na área dos direitos humanos, que devem incluir a promoção de todos os instrumentos de direitos humanos relacionados à mulher. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos insta todos os Governos, instituições governamentais e não – governamentais a intensificarem seus esforços em prol da proteção e promoção dos direitos humanos da mulher e da menina”.

O reconhecimento da autonomia privada está intrinsecamente ligado ao respeito pela dignidade humana, um princípio de destaque no ordenamento jurídico. O Direito assume a responsabilidade de materializar a capacidade das pessoas de fazerem escolhas individuais em consonância com seus próprios valores e opiniões, visando promover sua satisfação e bem-estar. Portanto, a construção do ideal de dignidade deve constantemente buscar a emancipação humana (Teixeira, 2018, p. 80-97).

Os direitos à vida e à saúde foram inicialmente concebidos dentro de um contexto cultural e moral religioso que os considerava sagrados, resultando em sua classificação como indisponíveis no âmbito jurídico. No entanto, com o passar do tempo, tornou-se imperioso considerar a interpretação de que esses direitos também envolvem uma disponibilidade relativa. Nesse contexto, observa-se uma tendência a restringir o exercício da autonomia, com base em um conceito de vulnerabilidade que nem sempre corresponde inteiramente à realidade. A proteção da autonomia, especialmente em questões jurídicas relacionadas à existência das pessoas, requer uma compreensão precisa, por parte do Direito, das categorias e do significado de vulnerabilidade. (Meirelles; Sá; Verdival; Lage, 2021, p. 121-130).

Cabe ao campo do Direito aprofundar suas bases epistemológicas para uma melhor compreensão das múltiplas dimensões da vulnerabilidade. Isso requer uma abordagem multidisciplinar, uma vez que a vulnerabilidade é uma condição humana universal, mas, ao mesmo tempo, é pluridimensional, manifestando-se de maneiras diversas diante de situações que envolvem decisões relativas à vida, saúde e corpo humanos (Meirelles; Sá; Verdival; Lage, 2021, p. 121-130).

Assim, a entidade familiar tem o direito à liberdade e autonomia no que diz respeito ao planejamento familiar e todos os indivíduos possuem o direito fundamental à saúde sexual e reprodutiva, que o Estado não deve proibir. Nesse contexto, e considerando os direitos reprodutivos e os direitos da mulher, a decisão da parturiente sobre os procedimentos a serem realizados em seu corpo prevalece, permitindo-lhe aplicar seus valores éticos e morais, bem como seu planejamento familiar no momento do parto (Moraes; Yoshioka; Bonini, 2020, p. 03).

Observa-se, portanto, como o direito busca estabelecer um equilíbrio de poder entre os indivíduos mais vulneráveis. As mulheres, por um longo período, foram e, em certa medida, ainda são excluídas de uma ampla gama de direitos e prerrogativas. Entretanto, foram implementadas diversas medidas de proteção, tais como aquelas relacionadas à prevenção da violência física, psicológica, econômica e sexual, entre outras.

### **2.2.2 Direitos humanos e dignidade da pessoa humana**

Não se distanciando, os direitos reprodutivos representam a dignidade da mulher, bem como direitos humanos a ela inferidos. Nesse sentido, as interações humanas devem ser fundamentadas em princípios de respeito pelo próximo e sua dignidade. Para alcançar isso, é necessário reconhecer e respeitar as diversas identidades culturais dos indivíduos. Essa concepção se originou sob o termo "multiculturalismo", cujo propósito é viabilizar a coexistência de distintas culturas (Pedrosa, 2013, p. 15).

Nessa perspectiva, a discussão sobre a maternidade segura deve ser compreendida não apenas em termos de prevenção de morbimortalidade, mas também como parte dos direitos humanos das mulheres. Isso engloba práticas que respeitem seus sentimentos, preferências, liberdade de escolha e integridade física e emocional. O resultado desse entendimento é a possibilidade de considerar direitos humanos universais, refletindo a busca contínua por uma maior realização da liberdade (Brito, 2010, p. 80-82).

Bianca Alves de Oliveira Zorzam (2013, p. 52) traz a esquematização de alguns conceitos sobre direitos humanos utilizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) da seguinte maneira:

Inicialmente estabelece que os direitos humanos são entendidos como inerentes a todos os seres humanos, sem distinção de qualquer critério classificatório/discriminatório, sendo seus preceitos mais importantes: o respeito à dignidade e no valor do indivíduo; a universalidade/aplicação de maneira igualitária a todos; a inalienabilidade, exceto em situações específicas; suas características de serem indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, sendo impossível respeitar apenas alguns direitos humanos e outros não.

Em síntese, a Constituição de 1988 eleva os direitos humanos, especialmente os direitos individuais e suas respectivas garantias, ao status de elementos fundamentais de ordem objetiva. Esses direitos estão protegidos inclusive contra o poder constituinte e devem ser considerados em todas as ações do Estado. Tanto a liberdade quanto a vida são reconhecidos como direitos fundamentais igualmente protegidos. Quando ocorrer uma

situação concreta em que ambos estejam em jogo, critérios devem ser aplicados para determinar a melhor forma de solucionar o problema, conforme descrito a seguir (Costa, 2022, p. 11).

Dentro desse enfoque, é importante conceber a maternidade segura como um aspecto dos direitos humanos das mulheres, abraçando práticas que respeitem os sentimentos, preferências, liberdade de escolha e integridade física e emocional das mulheres envolvidas.

Por conseguinte, deve-se entender que o respeito e a não violação dos direitos reprodutivos caracterizam direitos humanos das mulheres, pois a violência de gênero, apesar de abranger relações entre homens e mulheres, afeta de forma mais significativa as indivíduos do sexo feminino. Isso a transforma em um problema de saúde pública e, ao mesmo tempo, representa uma clara violação dos direitos humanos (Minayo, 2006, p. 94)

De igual forma deve ser compreendida a dignidade da pessoa humana quando relacionada à mulher e seus direitos reprodutivos, pois ela refere-se a um o valor-síntese que incorpora as esferas fundamentais do desenvolvimento e realização da pessoa humana, conforme estabelecido no artigo 1º, inciso II, da constituição federal de 1988, constitui o princípio fundamental do estado democrático de direito. Ele representa uma exigência de maximização dos direitos mínimos que são inerentes a todo ser humano, assegurando, assim, a eficácia das garantias fundamentais. Nesse sentido, respeita diversos direitos e princípios constitucionais como igualdade, liberdade, autonomia, integridade física e mental.

Segundo Anderson Schreiber (2013, p. 08), o conteúdo dos direitos humanos não pode ser rigidamente definido, pois deve ser compreendido individualmente por cada sociedade em diferentes períodos históricos, levando em consideração seu contexto cultural específico. Depreende-se, portanto, que a promoção do princípio da dignidade da pessoa humana ocorre por meio do estabelecimento de uma ética baseada na consideração pelo outro, com respeito à autonomia e às diversidades culturais.

A dignidade da pessoa humana é uma característica inerente e singular de cada indivíduo, que o torna merecedor de igual respeito e consideração por parte do Estado e da sociedade. Isso implica um conjunto de direitos e deveres fundamentais destinados a proteger a pessoa contra qualquer forma de tratamento degradante e desumano, bem como a garantir condições mínimas para uma vida saudável e a facilitar sua participação ativa e corresponsável na construção de sua própria existência e na convivência com outros seres humanos (Sarlet, 2001, p. 60).

Se a dignidade, sendo o cerne da liberdade, implica que a proteção do exercício da liberdade individual deve estar alinhada com esse princípio fundamental. No conjunto de

atributos essenciais que compõem a dignidade humana, os juristas encontraram a oportunidade de aprofundar sua compreensão, identificar as ameaças que a afetam em diferentes momentos históricos e desenvolver meios mais eficazes para protegê-la, não apenas em relação ao Estado, mas também nas interações entre os cidadãos (Schreiber, 2013, p. 10-27).

Portanto, com base nesse entendimento, é possível concluir que a dignidade da pessoa humana desempenha um papel importante na fundamentação dos direitos humanos. Isso ocorre porque a dignidade humana aborda questões essenciais relacionadas à promoção da justiça, igualdade e respeito em todos âmbitos do direito. Essa perspectiva leva em consideração a realidade de uma sociedade democrática e pluralista nos dias de hoje. Nesse contexto, fica evidente que os direitos das mulheres e os direitos reprodutivos estão respaldados pela dignidade humana, devendo ser respeitados e observados em toda sua dimensão.

### 2.3 IMPLICAÇÕES PARA A LIBERDADE E AUTONOMIA PRÓPRIAS DA MULHER

A mulher deve ser a protagonista de sua história, com o poder de tomar decisões sobre seu corpo, ter a liberdade de escolher como dar à luz e acesso a assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas durante o pré-natal, parto e pós-parto. Para isso, é fundamental que a mulher receba apoio de profissionais de saúde capacitados que estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e que respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 7). É em sentido diverso deste que surgem as implicações para a autonomia e liberdade da mulher.

A vulnerabilidade da mulher na assistência à saúde é latente e necessita de ações efetivas para sua proteção, com intuito de garantir o direito da mulher em um período de extrema vulnerabilidade (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 69-73).

Maria do Céu Patrão Neves (2006, p. 158) trata a Vulnerabilidade como uma palavra de origem latina, derivando de *vulnus (eris)*, que significa "ferida". Portanto, a vulnerabilidade inerentemente é definida como a suscetibilidade de sofrer ferimentos. Essa definição etimológica e conceitual fundamental permanece inalterada em todas as referências do termo, tanto em linguagem comum quanto em contextos especializados. No entanto, a vulnerabilidade pode adquirir diferentes especificidades de acordo com os contextos em que é empregada e a evolução do pensamento e prática na bioética.



O Relatório Belmont estende ainda mais a afirmação de que a proteção dos vulneráveis deve ser garantida pelo cumprimento dos seus três "princípios éticos básicos". O primeiro é o respeito pelas pessoas, que envolve o reconhecimento da autonomia de todos os indivíduos e a proteção daqueles com autonomia reduzida. Isso implica a necessidade do "consentimento informado", que compreende informação, compreensão e voluntariedade. O segundo princípio é a beneficência, que exige que não se faça o mal, que se busque maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos. O terceiro é a justiça, que requer uma distribuição equitativa (Neves, 2006, p. 15-160).

O conceito de vulnerabilidade engloba vários elementos, como risco, estresse, suscetibilidade, adaptação, sensibilidade e estratégias de enfrentamento. Entretanto, apesar de ser um conceito unívoco, a maioria das definições de vulnerabilidade possui elementos em comum: 1) Considerar ameaças, sejam de origem natural ou decorrentes da ação humana; 2) Analisar uma unidade específica, que pode ser um indivíduo, uma casa, um grupo social ou uma situação de perda (como perda de saúde ou renda), uma ameaça específica; 3) Avaliar as condições da unidade de análise antes de uma situação de estresse, que a tornam mais ou menos propensa a uma perda específica (susceptibilidade), e as estratégias desenvolvidas pela unidade de análise para lidar com a situação de estresse (Rivera, 2012, p.64).

Nesse contexto, no que se refere à suscetibilidade, é importante observar que o ser humano é intrinsecamente vulnerável, independentemente de sua atual situação. Portanto, a vulnerabilidade faz parte da condição humana em si, enquanto estar em situação de vulnerabilidade pode variar, sendo uma mudança de um estado latente para um estado manifestado. Isso implica a transição de uma situação de possibilidade para uma situação de probabilidade, indo do estado de ser vulnerável para o estado de estar vulnerável. Essas flutuações são características presentes em diversas situações abordadas pela Bioética (Hossne, 2009, p. 02).

Como decorrência do "princípio da autonomia", os pacientes ou participantes de pesquisa são classificados como vulneráveis quando sua competência ou capacidade de exercer a autonomia se encontra reduzida. Esse conceito é estendido a grupos ou populações consideradas vulneráveis. Em tais situações, uma abordagem terapêutica predominante envolve a aplicação de cuidados adicionais no processo de obtenção do consentimento informado, muitas vezes erroneamente referido como simplesmente "informado" ou "pós-informação", ao invés do mais adequado "livre e esclarecido" (Hossne, 2009, p. 08).

Ao considerar que os documentos oficiais das Nações Unidas enfatizam a necessidade de proteger os direitos humanos de todas as pessoas e que grupos em situação de

vulnerabilidade ocasionalmente sofrem violações de seus direitos fundamentais, entende-se que a gravidade de uma violação de direitos humanos seja diretamente relacionada à percepção da vulnerabilidade do grupo (ou grupos) ao qual a pessoa prejudicada pertence. (Caputo, 2018, p. 24).

Cada ato de violência perpetrado contra um indivíduo contraria os princípios fundamentais dos direitos humanos, que incluem dignidade, liberdade e igualdade. Esses atos são injustos na medida em que transformam pessoas diferentes em desiguais e estabelecem relações de superioridade e inferioridade (Chauí, 1985, p. 25-62).

Algumas pacientes recorrem à violência como estratégia de resistência, chegando à maternidade com uma postura defensiva e reagindo de maneira agressiva devido à expectativa de serem agredidas. No entanto, essa estratégia não confere poder à paciente na relação com os profissionais, mantendo a assimetria. A paciente permanece mais vulnerável à violência, mesmo quando a utiliza como forma de defesa, pois o ciclo de violência persiste. A mobilização de indignação frente ao sofrimento alheio ocorre quando esse sofrimento é percebido como resultante de uma injustiça, caso contrário, pode levar à resignação, atribuindo o sofrimento a causas como destino, causalidade econômica ou sistêmica, isentando-se de responsabilidade pessoal (Aguar; D'Oliveira, 2010, p. 149-178).

A vulnerabilidade e a falta de autonomia na assistência ao trabalho de parto resultam em uma série de condutas e tratamentos inadequados que causam um aumento significativo do sofrimento da mulher. Esse sofrimento pode ser evitado ou manifestar-se de forma reativa. As agressões, tanto físicas quanto verbais, vivenciadas pela mulher, influenciam seu comportamento e percepção da experiência do parto, em maior ou menor grau (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 58).

Com base nessas informações, é evidente que as mulheres estão sujeitas a situações de violência de forma regular, enquanto estão em uma relação de confiança com os profissionais de saúde, em um momento de vulnerabilidade. Isso ocorre muitas vezes sem aviso prévio e sem respaldo científico adequado. Essas ações se configuram como violência de natureza física, sexual e psicológica, resultando na perda de autonomia e da capacidade de tomar decisões livres sobre seus corpos e sexualidade. Isso tem um impacto negativo significativo na qualidade de vida das mulheres (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 36-83).

Nesse sentido, é possível observar que vulnerabilidade feminina tem sérias implicações para a liberdade e autonomia das mulheres, principalmente em um ambiente onde se encontra ainda mais vulnerável, como no momento do parto, já que muitas delas enfrentam violência e falta de respeito durante esse momento crucial de suas vidas. Isto implica em sua

capacidade de tomar decisões informadas sobre seus próprios corpos e saúde. A seguir, serão abordados ainda mais essas questões ao analisar a relação médico-paciente em obstetrícia e o papel do consentimento na promoção da autonomia das mulheres durante o parto.

### 3 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM OBSTETRÍCIA E CONSENTIMENTO

No contexto da prática médica e da relação entre médicos e pacientes, dois elementos fundamentais têm sido amplamente discutidos: o paternalismo médico e a importância de respeitar as diferenças culturais de cada paciente. Ambos os fatores desempenham papéis significativos na autonomia dos pacientes e na qualidade do atendimento médico e terão seus conceitos trabalhados ao longo deste capítulo.

A história da medicina é marcada por um enfoque predominantemente paternalista, no qual era comum que os pacientes tivessem uma participação limitada nas decisões relacionadas à sua própria saúde. Em vez disso, os pacientes muitas vezes seguiam as orientações dadas pelos profissionais de saúde, que, devido ao seu conhecimento técnico, eram considerados os únicos com capacidade para determinar o melhor curso de ação em cada situação (Araújo, 2018, p. 10).

O paternalismo médico é um conceito que tem sido objeto de críticas. Ele envolve a crença por parte do profissional de saúde de que ele deve tomar decisões em nome do paciente, muitas vezes sem consultar ou considerar as preferências do próprio paciente. Isso ocorre quando o médico, devido aos seus conhecimentos técnicos, assume a responsabilidade exclusiva pela tomada de decisões relacionadas ao diagnóstico e tratamento. Essa prática pode limitar a autonomia do paciente e afetar sua capacidade de participar ativamente de decisões sobre sua própria saúde (Pedrosa, 2013, p. 10-16).

Quando analisada essa relação médico-paciente no âmbito obstétrico, observa-se ainda que a partir da medicalização, o parto deixou de ser uma experiência predominantemente feminina, se tornando um evento médico e masculino (Zanardo; Uribe. Nadal; Habigzang, 2017, p. 3). É nesse cenário em que surge a violência contra a gestante e a busca pela humanização do parto (Diniz, 2005, p. 627-637).

Além disso, é fundamental reconhecer a importância de respeitar as diferenças culturais de cada paciente. Isso significa que os profissionais de saúde devem considerar as diversas origens culturais, valores e crenças dos pacientes ao prestar cuidados de saúde. A falta de sensibilidade cultural pode levar os profissionais de saúde a impor determinados comportamentos aos pacientes, sem levar em conta suas diversas culturas individuais.

Portanto, é indispensável que qualquer intervenção médica só seja realizada com o consentimento informado e esclarecido do paciente. O consentimento é um direito fundamental do paciente e, em circunstâncias normais, deve ser obtido antes de qualquer procedimento.

### 3.1 HISTÓRICO DA RELAÇÃO

Ao longo de muitos séculos, a prática médica esteve associada a abordagens não científicas, incluindo métodos empíricos, religiosos e mágicos. No contexto do empirismo, pessoas curiosas e observadoras frequentemente prescreviam remédios naturais para aliviar dores ou recomendavam abordagens específicas para tratar fraturas. Essa abordagem empírica se restringia principalmente à observação direta dos fatos, sem uma investigação mais profunda das causas subjacentes e dos efeitos gerados (Kfoury Neto, 2010, p. 50).

A dimensão religiosa desempenhou um papel significativo na prática da medicina ao longo do tempo. Naquela época, tanto a saúde quanto a doença eram frequentemente atribuídas a intervenções de entidades não humanas, como deuses, espíritos, demônios e outros seres sobrenaturais. Nesse contexto, o papel do médico não era visto como o de um especialista em medicina, mas sim como o de um sacerdote, cujas atividades incluíam realizar sacrifícios em homenagem às divindades e oferecer preces, muitas vezes junto com os enfermos e seus familiares (Souza, 1996, p. 20-22).

Além da influência religiosa, outra perspectiva para entender a saúde e a doença era a abordagem mágica. Nesse caso, as aflições humanas eram atribuídas a influências de espíritos. Os magos ou feiticeiros eram responsáveis por realizar rituais que supostamente trariam a cura para os enfermos. Nas três abordagens mencionadas (empírica, religiosa e mágica), o processo de cura dependia de forças sobrenaturais e dos rituais realizados, sem qualquer embasamento científico no tratamento empregado. Dessa forma, não era possível responsabilizar o médico, uma vez que sua função estava intrinsicamente ligada à participação em rituais (Souza, 1996, p. 20-22)

Na Mesopotâmia, a prática médica, que ainda possuía fortes vínculos religiosos, começou a ser regulamentada por códigos de conduta, como o Código de Hamurabi e as leis do Talião. Na mitologia greco-romana, Esculápio, considerado o deus da medicina, tinha o costume de visitar os doentes em suas residências e tratá-los utilizando plantas e substâncias com propriedades curativas. Na Grécia Antiga, começou a se desenvolver uma abordagem mais científica da medicina. As doenças passaram a ser compreendidas como causas naturais, suas manifestações passaram a ser avaliadas de maneira objetiva, e houve um distanciamento emocional entre o médico e o paciente. Esse modelo de relação profissional era caracterizado por uma postura autoritária e paternalista por parte do médico, que detinha o conhecimento

sobre o tratamento e cujas decisões eram consideradas incontestáveis. Esse padrão paternalista continuou predominante ao longo de toda a Idade Média (Lopes, 2011, p. 311).

William Saad Hossne (2009, p. 44) esquematizou o pensamento de Hipócrates, ao fundamentar os princípios da Medicina, onde reconheceu implicitamente a significativa disparidade na relação entre o médico e o paciente. Estabeleceu, portanto relação é caracterizada por uma assimetria marcante: o médico detém o conhecimento, mantém boa saúde, enquanto o paciente se encontra em uma condição vulnerável, com sua saúde comprometida e dependente. Diante disso, tornou-se imperativo estabelecer diretrizes éticas para orientar o uso do poder do médico e proteger o paciente em sua condição vulnerável. O autor informou que Juramento Hipocrático, por exemplo, preconiza que o médico não deve utilizar seu conhecimento para causar dano ao paciente, ou seja, ao outro que se encontra em estado de vulnerabilidade. Portanto, pode-se inferir que, neste contexto, a vulnerabilidade está diretamente relacionada ao princípio da não maleficência.

Sob outra perspectiva, Platão introduziu a ideia de que os médicos, ao lidar com seus pacientes, deveriam buscar o consentimento destes para orientá-los em direção à recuperação da saúde. Ele desenvolveu essa noção ao observar a existência de duas categorias de médicos em Atenas: os médicos escravos, que cuidavam dos escravos, e os médicos nascidos livres, que atendiam os homens livres. Os médicos escravos não compartilhavam informações nem recebiam explicações sobre as diversas doenças que tratavam. Eles simplesmente prescreviam tratamentos com base em sua experiência, adotando uma abordagem autocrática (Platão, 2010, p. 194-195).

Por outro lado, os médicos nascidos livres, que cuidavam dos homens livres, estabeleciam comunicação direta com o paciente e seus amigos. Eles não prescreviam tratamentos sem antes obter o consentimento do paciente. Utilizavam a persuasão para conquistar a cooperação do paciente e, somente após obter o consentimento, prosseguiam com os cuidados médicos visando à restauração da saúde do paciente (Platão, 2010, p. 194-195).

Heloisa Helena Barboza (2004, p. 7) aborda o tema do paternalismo na relação médico-paciente, destacando que ao longo da história, desde os tempos de Hipócrates até os dias atuais, tem sido comum buscar o bem do paciente com base no ponto de vista médico, sem permitir que o paciente tenha influência nas decisões. Essa abordagem, conhecida como paternalismo, concede ao médico o poder de determinar o que é melhor para o paciente. Essa relação é comparada à relação entre pais e filhos e já foi considerada durante muito tempo como o ideal ético, apesar de negar ao paciente sua capacidade de decisão como um adulto.

O conceito de paternalismo na medicina, destacando que ele envolve a concessão ao médico do poder de determinar o que é melhor e mais apropriado para cada paciente. Essa abordagem é comparada à dinâmica entre pais e filhos, na qual os pais tradicionalmente tomam todas as decisões relacionadas à vida dos filhos. Por um longo período, essa relação foi considerada como a ideal do ponto de vista ético, embora isso implicasse negar ao paciente sua capacidade de decisão como adulto. Nesse contexto, o médico era o responsável por todas as decisões, enquanto o paciente era abordado apenas para discutir o tratamento com o objetivo de garantir sua conformidade (Barboza, 2009, p.224).

No entanto, pode-se argumentar que o evento histórico verdadeiramente determinante que contribuiu significativamente para a mudança de paradigma na relação médico-paciente foi o impacto das experiências humanas realizadas pelo regime nazista. Após a Segunda Guerra Mundial, surgiu um sentimento generalizado de aversão a qualquer intervenção médica realizada sem o consentimento do paciente. Esse sentimento foi formalizado no Código de Nuremberg, adotado em 1947, que se tornou o primeiro documento a estabelecer claramente a exigência do consentimento informado. Embora inicialmente se aplicasse especificamente à pesquisa clínica, o Código de Nuremberg desencadeou um debate pós-guerra sobre o consentimento para o tratamento médico em geral. Nesse sentido, o Código de Nuremberg é amplamente reconhecido como o ponto de partida para o que hoje constitui a questão central do direito médico moderno: o direito à autodeterminação do paciente (Bergstein, 2012, p.20).

Assim, a perspectiva pela qual a relação era anteriormente abordada passou por uma transformação significativa. Anteriormente, o poder de decisão sobre o tratamento era exclusivamente do médico. No entanto, hoje em dia, essa escolha é, no mínimo, compartilhada com o paciente. O paciente, agindo de forma autodeterminada, tem a capacidade de escolher entre várias opções de tratamento, optando pelo que melhor se alinha com suas expectativas de cura (Bergstein, 2012, p.17). Dessa forma, houve uma mitigação do processo de tratamento do paciente como mera mercadoria, mas não foi o bastante para uma transformação completa no paradigma ético e na valorização do indivíduo na relação entre médico e paciente (Aguilar; Costa, 2020, p. 83).

Segundo José Roberto Mainetti (2013, p. 293), as mudanças na medicina envolveriam três principais aspectos: a evolução técnico-científica, a alteração na dinâmica social entre médico e paciente, com o paciente assumindo um papel central nas decisões, e a modificação política no setor de saúde, transformando-o em um bem de interesse público com crescimento econômico global.

Ainda é possível identificar na prática médica uma tendência de utilizar a autoridade do papel de médico para promover a dependência dos pacientes, em vez de fomentar sua autonomia. Isso reflete resquícios do paternalismo na medicina, que persistem em muitos profissionais de saúde. O médico, devido ao seu conhecimento técnico especializado, muitas vezes opta por não fornecer informações essenciais sobre os possíveis riscos associados aos procedimentos que os pacientes enfrentarão, assumindo a decisão em nome do paciente. Além disso, ao reter informações cruciais, o paciente acaba confiando cegamente no médico. Isso facilita a indução do paciente a interpretar qualquer falha do profissional como um risco inerente ao procedimento ou como uma reação imprevisível do seu próprio organismo, afastando assim a possibilidade de responsabilização (Pedrosa, 2013, p. 08).

A relação médico-paciente assume uma complexidade adicional quando vista da perspectiva da gestante. Nas mulheres, essa dinâmica hierárquica se estende por todos os estágios de suas vidas - menstruação, gravidez, parto e menopausa - nos quais a medicina frequentemente intervém, perpetuando a ideia de que o corpo feminino é inerentemente "doente" e "patológico". Essa perspectiva tem raízes em uma ideologia moral repressora que desvincula as mulheres do conhecimento de seus próprios corpos, levando muitas a encarar esses eventos do ciclo de vida feminino como algo insalubre, "impuro" ou assustador (Simões-Barbosa, 1995, p. 68-79).

O corpo feminino, considerado diferente do masculino, foi frequentemente encarado com desconfiança e considerado inerentemente imperfeito e imprevisível, demandando intervenção masculina para ser controlado. Isso levou à crença de que o parto, um momento de extrema intensidade em uma máquina biológica considerada caótica e inconfiável, necessita da intervenção ágil e especializada do profissional de saúde (Davis-Floyd, 2001, p. 6-8).

No século XIX, o parto foi medicalizado e deixou de ser considerado um evento feminino, passando a ser encarado como um procedimento médico e masculino. Passou a ser visto como um evento de risco e patológico, no qual a condução do processo passou a ser responsabilidade do médico e não mais da mulher. No século XX, houve um aumento na hospitalização dos partos, com cerca de 90% deles ocorrendo em hospitais. Isso resultou na centralização do parto na figura do médico, muitas vezes relegando a atuação das enfermeiras a um segundo plano, enquanto o médico passou a exercer controle sobre o corpo da mulher e sua sexualidade (Zanardo; Uribe; Nadal; Habigzang, 2017, p. 3).



Lançado em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) surgiu como resposta a um movimento internacional que buscava combater o uso irracional, excessivo e prejudicial de tecnologias no parto, uma das principais causas dos elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal. Além de promover o uso adequado da tecnologia, esse movimento, conhecido como humanização do parto no Brasil, enfatiza a importância da qualidade na interação entre a paciente e a equipe de saúde, incluindo as decisões relacionadas ao uso dessas tecnologias (Diniz, 2005, p. 627-637).

Em obstetria, a relação médico-paciente assume um caráter especialmente delicado. É fundamental que essa relação seja construída com base na confiança, comunicação eficaz e consentimento, garantindo que a gestante esteja plenamente informada, envolvida nas decisões. A qualidade dessa relação, que possui histórico que se demonstra prejudicial às mulheres gestantes, impacta diretamente na experiência da gestante e no desfecho do parto, destacando a importância de uma abordagem centrada na paciente e sensível às suas necessidades físicas e emocionais.

### 3.2 A OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO

A teoria do consentimento informado tem suas raízes em decisões judiciais, com destaque para a sentença proferida pelo Juiz Benjamin Nathan em 1914, que foi considerada um marco no reconhecimento do direito à autodeterminação do paciente em relação ao seu corpo. No entanto, foi nos últimos 50 anos aproximadamente que esse tema ganhou relevância no âmbito jurídico (Kfoury Neto, 2002, p. 28).

Em 1957, nos Estados Unidos, a expressão "informed consent" foi cunhada em uma decisão do Tribunal da Califórnia e rapidamente se disseminou pela Europa e outros países ao redor do mundo. Desde então, o conceito de consentimento informado tem sido objeto de análise por filósofos, juristas, médicos e sociólogos. Estabeleceu-se o entendimento de que é fundamental obter a autorização prévia do paciente para a realização de qualquer intervenção invasiva, procedimento de diagnóstico, prognóstico ou terapia (Kfoury Neto, 2002, p. 28).

A expressão "consentimento informado" refere-se a uma autorização autônoma concedida por indivíduos para a realização de intervenções médicas ou sua participação em pesquisas. Trata-se de um requisito prévio essencial para qualquer intervenção médica. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, fornece uma definição de consentimento informado, também conhecido como consentimento livre e

esclarecido: "Consentimento livre e esclarecido" é a anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, dada de forma livre de vícios (como simulação, fraude ou erro), sem dependência, subordinação ou intimidação, após receber esclarecimentos completos e detalhados sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios esperados, possíveis riscos e eventuais desconfortos que a pesquisa possa acarretar." (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Segundo Julio César Galán Cortés (2001, p. 44-47), é possível identificar historicamente quatro fases no desenvolvimento da doutrina do consentimento informado: A primeira fase, chamada de "consentimento voluntário", corresponde ao período pós-segunda guerra mundial, quando foi estabelecida a necessidade explícita do consentimento voluntário do sujeito das pesquisas clínicas.

Em seguida, surgiu a fase do "consentimento informado ou esclarecido", caracterizada pela responsabilidade do médico em fornecer esclarecimentos ao paciente. Em um terceiro momento, o consentimento passou a ser avaliado quanto à sua validade, conhecido como "consentimento válido". Atualmente, está em vigor o conceito de "consentimento autêntico", que é entendido como aquele que está alinhado integralmente com os valores individuais do sujeito (Cortés, 2001, p. 44-47).

No processo de informação e esclarecimento, é essencial abordar os possíveis riscos e consequências diretas e indiretas relevantes para o paciente. No entanto, a doutrina do consentimento não deve restringir a autonomia profissional do médico. Os médicos têm o direito à liberdade e independência em suas práticas, o que implica não serem compelidos a realizar procedimentos que vão contra suas convicções. Isso não deve ser confundido com arbitrariedade; as ações médicas devem seguir padrões e protocolos aceitos pela comunidade médica (Pedrosa, 2013, p. 10-11).

A vontade do paciente também deve ser considerada, permitindo que ele escolha intervenções mesmo que não sejam as mais tecnicamente adequadas. É fundamental que os médicos informem os pacientes adequadamente sobre os procedimentos, riscos e consequências para garantir um consentimento esclarecido e livre de vícios (Pedrosa, 2013, p. 10-11). Para que essa ponderação seja possível a existência dessa confiança é essencial para facilitar a comunicação necessária à tomada de decisões sobre procedimentos médicos. Essa relação envolve aspectos emocionais significativos. Irany Moraes destaca que a qualidade dessa relação depende de o médico não decepcionar as expectativas que o paciente deposita nele (Moraes, 2003, p. 402).

A validade do consentimento informado obtido do paciente depende de três elementos fundamentais: (i) o médico fornecer informações completas, verdadeiras e claras; (ii) o paciente estar em condições de compreender essas informações; e (iii) o paciente ter autonomia para tomar uma decisão. No entanto, esses elementos podem ser interpretados de maneiras diversas, o que torna necessário explorar mais a fundo as características e os limites do dever de informação do médico, como será abordado neste capítulo. É importante ressaltar que o cumprimento adequado do dever de informação por parte do médico é essencial para que o paciente possa, em contrapartida, expressar um consentimento informado (Bergstein, 2012, p. 103).

João Vaz Rodrigues (2001, p. 455) sugere uma solução conciliatória entre a ampliação da exigência de consentimento por escrito e o consentimento consensual. Ele propõe que o médico registre no prontuário clínico do paciente resumos das informações que foram progressivamente fornecidas e que sejam entregues ao paciente para que ele possa rubricar. Essa abordagem permite o acompanhamento contínuo do paciente e é viável devido à sua simplicidade.

O consentimento pode ser presumido ou expresso, sendo este último manifestado oralmente, por escrito, ou de outras formas que representem a declaração de vontade. No Brasil, a regra é a consensualidade, não exigindo declaração escrita para todos os procedimentos médicos. No entanto, em casos em que a documentação é necessária, a negligência médica na obtenção adequada do consentimento pode resultar na classificação do ato como não autorizado. A exigência de consentimento por escrito para todos os procedimentos médicos seria burocrática, mas a falta de esclarecimento adequado também invalidaria o consentimento por escrito. Quando utilizado, o paciente deve receber uma cópia do termo escrito. (Pedrosa, 2013, p. 11-12)

O tratamento compulsório é restrito a circunstâncias excepcionais, como em campanhas de vacinação obrigatória para conter epidemias ou na internação compulsória ordenada judicialmente de criminosos com distúrbios psiquiátricos específicos. Em todas as outras situações, é essencial buscar o consentimento do paciente, fornecendo-lhe informações claras e compreensíveis sobre o tratamento, seus potenciais impactos positivos e negativos, bem como quaisquer alternativas disponíveis (Schreiber, 2013, p. 54-55).

O princípio do consentimento informado é uma diretriz fundamental na prática médica, exigindo um diálogo contínuo entre os profissionais de saúde e o paciente. A participação ativa do paciente é considerada fundamental na tomada de decisões relacionadas ao tratamento, e o fornecimento adequado de informações é um dever essencial tanto dos

médicos quanto das instituições hospitalares. As cortes brasileiras têm sido favoráveis a conceder indenizações em casos de violações ao dever de informação que afetem a saúde do paciente (Schreiber, 2013, p. 54-55).

Um caso ilustrativo que exemplifica as limitações do consentimento ocorreu em 2003, quando o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro julgou um caso. No contexto, uma paciente submeteu-se a um exame de videolaparoscopia diagnóstica e durante o procedimento, o médico responsável decidiu remover a trompa de Falópio da paciente, realizando a extração. Posteriormente, a paciente ingressou com uma ação de indenização por danos morais, argumentando que, embora tivesse dado uma autorização genérica para o exame, não havia consentido especificamente com a remoção de qualquer parte do seu corpo (TJRJ, 2003).

O tribunal acolheu o pedido, sustentando que "o réu pode ter tido a melhor das intenções, mas foi imprudente. Não estava autorizado a ir além da videolaparoscopia diagnóstica. Se o resultado do exame revelasse a necessidade de cirurgia, esta deveria ser realizada em outra ocasião, após a obtenção de consentimento expresso, uma vez que não se tratava de uma intervenção urgente e necessária" (TJRJ, 2003).

Portanto, a obtenção do consentimento livre e esclarecido é um princípio fundamental em qualquer procedimento médico, incluindo o parto. É essencial que a gestante seja devidamente informada sobre os procedimentos que serão realizados e tenha a oportunidade de tomar decisões informadas e autônomas relacionadas ao seu cuidado durante o parto. Qualquer ato realizado sem o consentimento prévio da gestante representa uma extrapolção dos limites éticos e legais, assim como no julgado acima, violando sua autonomia e direitos. Respeitar o consentimento da gestante é crucial para garantir uma assistência ao parto humanizada e centrada na paciente, promovendo o bem-estar da mãe e do bebê e fortalecendo a confiança na relação médico-paciente.

### **3.2.1 Diálogo e compreensão como essenciais**

Para que o paciente possa consentir de maneira informada e autêntica, é essencial que ele compreenda plenamente todas as informações que lhe foram fornecidas. Isso é crucial para evitar qualquer possibilidade de consentimento baseado em equívocos ou vícios. Nesse contexto, a comunicação entre o médico e o paciente desempenha um papel fundamental, pois deve ser clara e eficaz, permitindo que o paciente assimile as informações fornecidas e tome decisões alinhadas com suas preferências e valores.

Para que ocorra um diálogo mais aberto e eficaz, o estabelecimento de confiança por parte do paciente em relação ao médico é fundamental. Nesse contexto, o termo "confiança" adquire uma conotação jurídica que se refere à crença na integridade e competência de uma pessoa. Isso reflete a convicção íntima sobre o caráter, conduta e idoneidade de alguém, na qual se deposita a confiança em sua ação ou comportamento adequado. Essa confiança é fundamental para estabelecer uma relação de confiança mútua entre paciente e médico (De Plácido; Silva, 2001, p. 199).

A confiança desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da relação médico-paciente, sendo um elemento essencial para o sucesso dessa interação. Quando a confiança mútua entre as partes é comprometida, torna-se impossível manter a relação nos termos em que foi estabelecida. A confiança proporciona a base necessária para que as pessoas possam conduzir suas relações de forma eficaz, especialmente no contexto médico, onde os pacientes dependem do conhecimento técnico dos médicos para receberem cuidados adequados (Bergstein, 2012, p. 77).

Uma relação satisfatória com o médico requer uma colaboração mútua em que ambas as partes desempenham papéis importantes. Isso implica que tanto o médico quanto o paciente compartilham a responsabilidade de fornecer informações relevantes para alcançar os melhores resultados no tratamento (Araújo, 2018, p. 09).

Nesse contexto, é essencial que o paciente tenha compreendido completamente a situação e não esteja sujeito a influências externas que restrinjam sua capacidade de autorizar conscientemente um profissional a realizar uma intervenção. Portanto, trata-se de um processo de diálogo no qual informações são trocadas entre as partes com o objetivo de alcançar um entendimento sobre a atuação do médico, seja para fins de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para permitir a realização de experimentos. (Pedrosa, 2013, p. 09-10).

Em certos cenários, a comunicação do diagnóstico representa um desafio significativo para o médico, exigindo uma compreensão profunda do paciente em sua totalidade, incluindo uma análise de sua estrutura psicológica. O profissional deve utilizar sua habilidade de análise e comunicação para transmitir essa informação de maneira que permita ao paciente tomar decisões de forma autônoma, com o máximo de autonomia possível, em relação ao encaminhamento de sua vida restante (Bergstein, 2012, p. 106-107).

Na relação médico-paciente, é essencial que as informações sejam compreensíveis para o paciente. Portanto, o uso de linguagem excessivamente complexa na transmissão de informações também configura uma violação do dever legal, pois receber informações sem

compreendê-las é equivalente a não recebê-las. É fundamental que o paciente seja capaz de entender as informações que lhe são fornecidas. Sem compreensão, não há esclarecimento e, conseqüentemente, não há consentimento válido nem decisão autônoma. Isso segue uma lógica ininterrupta, e qualquer falha em qualquer ponto dessa cadeia resultará na quebra de todo o processo, impossibilitando um resultado útil (Bergstein, 2012, p. 133).

O profissional de saúde deve adaptar a abordagem de acordo com as circunstâncias de cada paciente, a fim de desenvolver a melhor maneira de transmitir informações que são sensíveis à sua autonomia. A linguagem desempenhará um papel crucial nesse processo. Embora a quantidade de informações possa ser uniforme para todos os pacientes, a qualidade da informação, ou seja, a forma como ela é comunicada, desempenha um papel fundamental na garantia do direito do paciente de tomar decisões autônomas (Bergstein, 2012, p. 135).

A capacidade humana de armazenar e processar informações é limitada. Na relação médico-paciente, em que o paciente está em desvantagem técnica, algumas informações sobre sua saúde podem ser excessivas e não contribuir para que ele tome decisões autônomas. Portanto, não é a quantidade, mas sim a qualidade das informações que permite ao paciente compreender os aspectos sensíveis de sua saúde, como opções de tratamento, riscos e benefícios, e, a partir disso, tomar decisões que reflitam sua verdadeira vontade (Bergstein, 2012, p. 132).

A capacidade humana de armazenar e processar informações é limitada. Na relação médico-paciente, em que o paciente está em desvantagem técnica, algumas informações sobre sua saúde podem ser excessivas e não contribuir para que ele tome decisões autônomas. Portanto, não é a quantidade, mas sim a qualidade das informações que permite ao paciente compreender os aspectos sensíveis de sua saúde, como opções de tratamento, riscos e benefícios, e, a partir disso, tomar decisões que reflitam sua verdadeira vontade (Lorenzetti, 1997, p. 192).

Diante do exposto, fica claro que a obtenção do consentimento efetivo na relação médico-paciente requer um diálogo esclarecedor entre o médico e o paciente, levando em consideração as limitações de compreensão do paciente, que é leigo na situação. Isso é essencial para garantir que o paciente compreenda as informações e possa fornecer seu consentimento de forma livre de vícios. Surge, assim, o dever de informação do médico, que deve ser cumprido de acordo com os critérios estabelecidos anteriormente.

É importante ressaltar que informar o paciente não é suficiente para seu efetivo esclarecimento, ele deve compreender o significado das informações à luz de suas

circunstâncias socioculturais e psicológicas individuais. Portanto, as informações devem ser adaptadas às necessidades pessoais de cada paciente, o que requer uma modulação adequada da linguagem e da abordagem às condições específicas de cada indivíduo sem simplesmente utilizar uma linguagem técnica médica.

### **3.2.2 Dever de informação**

A informação desempenha um papel fundamental na construção da relação médico-paciente, pois capacita o paciente a avaliar os benefícios e riscos relacionados à sua saúde, ao mesmo tempo em que se torna possível que forneça ao médico elementos essenciais para lidar com suas especificidades. Nesse contexto, cabe ao paciente compartilhar com o médico todas as informações relevantes sobre sua condição de saúde. O dever de informação, a ser cumprido pelo médico, tem uma natureza instrumental e visa proporcionar ao paciente um esclarecimento adequado, permitindo-lhe consentir voluntariamente com o tratamento ou procedimento proposto. A informação que resulta no consentimento informado é, portanto, fundamental para obter a autorização do paciente (Araújo, 2018, p. 15).

O dever de informação desempenha um papel crucial ao destacar os riscos do tratamento, permitindo uma análise ponderada das vantagens e desvantagens da hospitalização ou das várias técnicas a serem utilizadas. Além disso, inclui a divulgação de informações sobre prognósticos e o estado clínico e cirúrgico, a menos que essa divulgação possa causar impactos psicológicos adversos ao paciente (Tepedino, 2006, p. 90).

Conforme observado, a divulgação de informações é uma parte das responsabilidades do médico em todas as fases da prestação de serviços médicos. O paciente, que geralmente não possui conhecimento técnico, deve receber as informações necessárias para que seu consentimento seja verdadeiramente voluntário, tanto antes quanto durante a celebração do contrato médico. Adicionalmente, os deveres de informação continuam a se aplicar ao médico mesmo após o término do tratamento, enfatizando a importância de manter registros médicos que possam ser benéficos ao paciente em ocasiões futuras (Tepedino, 2000, p. 52).

Indiscutivelmente, o aprimoramento da relação médico-paciente está intrinsecamente ligado à ampliação do dever de informação. Condutas éticas e transparentes, baseadas no princípio da boa-fé objetiva, possibilitarão o desenvolvimento saudável e duradouro dessa relação ao longo de sua existência, abrangendo não apenas o período que antecede e segue a formalização do acordo entre as partes. Isso, por sua vez, tende a reduzir as

potenciais discordâncias que possam surgir, minimizando a ocorrência de conflitos que, em muitos casos, podem se transformar em litígios judiciais (Bergstein, 2012, p. 26).

Além das disposições contidas no Código de Defesa do Consumidor, a jurisprudência tem reconhecido a cláusula geral de boa-fé objetiva como um alicerce para o dever de informação dos médicos. Paralelamente, o Código de Ética Médica estabelece diretrizes éticas que delineiam várias facetas do dever de informar dos médicos. Destaca-se, nesse contexto, o conteúdo do artigo 59 desse código profissional, juntamente com inúmeras outras normas que estabelecem obrigações relacionadas a esse tema (Ragazzo, 2009, p. 65-66).

No contexto das intervenções médicas, após fornecer informações sobre o diagnóstico, prognóstico e os propósitos do tratamento, o médico deve buscar a autorização do paciente ou de seu representante legal. Nesse sentido, o artigo 34 do Código de Ética Médica estabelece a obrigação do médico de comunicar ao paciente detalhes como o diagnóstico, prognóstico, riscos e metas relacionadas ao tratamento ou procedimento a ser adotado (Conselho Federal de Medicina, 2018).

É importante observar que todo paciente possui o direito de buscar uma segunda opinião médica como meio de obter esclarecimentos e informações adicionais. Conforme o artigo 39 do Código de Ética Médica, é proibido ao médico se opor à realização de uma junta médica ou à solicitação de segunda opinião feita pelo paciente ou por seu representante legal (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Em suma, o dever de informar do médico ao paciente é um pilar fundamental na relação médico-paciente, sustentado por bases éticas, legais e morais. Este dever não se limita apenas à divulgação de informações médicas, mas também se estende à criação de um diálogo claro, compreensível e confiável entre ambas as partes. A qualidade e a adaptação das informações são essenciais para garantir que o paciente possa tomar decisões autônomas e bem fundamentadas sobre sua saúde, promovendo a confiança, a autonomia e a saúde dos pacientes, reforçando, assim, as bases essenciais da relação médico-paciente.

### **3.2.3 A construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Os pressupostos do consentimento informado abordam o titular (o paciente), o tempo (antes e durante o tratamento), a forma (oral ou escrita), e o objeto (o tratamento médico-cirúrgico e seus riscos). A relação médico-paciente é intrinsecamente pessoal, destacando que o paciente é o detentor do direito de consentir à intervenção médica, desde



que tenha capacidade. Quanto ao tempo, o consentimento deve ser dado antes do procedimento médico e deve permanecer válido ao longo de todo o tratamento, especialmente em casos de doenças com múltiplas fases de tratamento. O consentimento é temporário e revogável sem formalidades específicas. (Cortés, 2001, p.5).

A forma do consentimento, tradicionalmente oral, está evoluindo para incluir a forma escrita, uma tendência normatizada em muitas legislações e códigos de ética médica, visando à proteção de todas as partes envolvidas. O objeto do consentimento informado abrange o tratamento médico-cirúrgico acordado, com a divulgação dos riscos inerentes a ele. No entanto, não abrange o resultado, que pode ser afetado por diversos fatores não relacionados à intervenção médica. (Cortés, 2001, p.5).

A obtenção do consentimento adequado deve levar em consideração a ideia de autonomia, que depende da compreensão do paciente. As informações fornecidas ao paciente devem abranger uma variedade de dados relacionados à sua condição de saúde, incluindo os riscos, benefícios e incertezas associados à escolha de um determinado tratamento. A informação clara é aquela que explora as possíveis consequências de aderir ou não a opções médicas, sem impor qualquer forma de coerção (Araújo, 2018, p. 17).

A relação médico-paciente é assimétrica, pois o médico possui conhecimento técnico, enquanto o paciente busca ajuda devido à sua doença. O paciente é considerado vulnerável e leigo, e para obter um consentimento esclarecido, precisa receber informações claras e leais do médico. Isso envolve deveres de esclarecimento, aconselhamento e advertência sobre as especificidades do caso, opções disponíveis e riscos associados (Marques, 2008, p.17).

Nesse contexto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento escrito que detalha o consentimento voluntário e esclarecido do participante ou de seu representante legal. Este documento deve conter todas as informações essenciais de forma clara, objetiva e facilmente compreensível, a fim de fornecer um entendimento completo sobre a pesquisa à qual o participante está se propondo a participar (art. 13 da Resolução nº 466, 2012).

Desse modo, para elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, é necessário atender a determinados requisitos. Dentre eles, é crucial considerar a capacidade ou competência do paciente, a qualidade das informações fornecidas e a voluntariedade na tomada de decisão. Sem esses elementos, a obtenção do consentimento informado não será considerada válida. (Kfourir Neto, 2002, p. 283). Portanto, o Termo de Consentimento Informado não deve ser um documento padronizado, no qual apenas o nome do paciente é

substituído, mantendo as mesmas informações, mas sim um documento personalizado para cada indivíduo (Oliveira; Pimentel; Vieira, 2010, p. 708).

A Resolução nº 466, de 2012 elenca que a primeira etapa do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido envolve o esclarecimento ao indivíduo convidado a participar da pesquisa. Nesse momento, o pesquisador ou alguém designado por ele deve: a) escolher o momento, local e condições mais apropriados, considerando as características individuais do participante e sua privacidade; b) fornecer informações de maneira clara e compreensível, adaptando a linguagem à cultura, idade, situação econômica e autonomia do participante; c) permitir que o participante tenha tempo suficiente para refletir e, se necessário, consultar familiares ou outras pessoas que possam auxiliá-lo na tomada de decisão informada e voluntária. (Conselho Nacional de Saúde, 2012)

Além disso, O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve conter: a) justificativa, objetivos e detalhes dos procedimentos da pesquisa, incluindo a possibilidade de grupo controle ou experimental, quando aplicável; b) informações sobre desconfortos, riscos e benefícios da participação, juntamente com medidas para minimizar danos; c) esclarecimento sobre acompanhamento e assistência aos participantes, inclusive após o encerramento da pesquisa; d) garantia de liberdade para recusar ou retirar o consentimento sem penalidades; e) assegurar sigilo e privacidade; f) fornecer uma cópia do Termo ao participante; g) indicar como serão reembolsadas as despesas dos participantes; e h) esclarecer a garantia de indenização por danos decorrentes da pesquisa. (Conselho Nacional de Saúde, 2012)

Por fim, o Conselho Federal de Medicina, por meio da recomendação CFM nº 01/2016 também traz critérios para a elaboração do termo de consentimento livre e esclarecido, como tamanho da fonte, pois O tamanho confortável da letra permite legibilidade e, portanto, melhor compreensão. Letras pequenas dificultam a identificação do que se pretende informar e, conseqüentemente, o entendimento do texto. O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece que a linguagem utilizada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deve ser acessível e compreensível para todas as pessoas, independentemente do nível de educação. Ela deve se concentrar em fatos específicos, ser precisa e verdadeira, sem subjetividades ou emoções que possam causar medo ou confusão. É importante que a informação no TCLE não induza o paciente a erro sobre a natureza, características, riscos e conseqüências do tratamento.

Além disso, informa que deverá conter, obrigatoriamente: a) Justificativa, objetivos e descrição clara do procedimento; b) Duração e desconfortos possíveis; c) Benefícios, riscos, métodos alternativos e conseqüências da não realização; d) Cuidados pós-

procedimento; e) Declarações do paciente e médico; f) Liberdade para não consentir; g) Confirmação do médico; h) Identificação do paciente e médico; i) Assinaturas ou identificações; j) Duas vias, uma para o paciente e outra no prontuário médico. (Conselho Federal de Medicina, 2016, p. 24-26)

Em síntese, a construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é uma etapa essencial para garantir que os pacientes ou participantes de pesquisas estejam bem informados e possam tomar decisões informadas sobre seus procedimentos médicos. É fundamental que o TCLE seja elaborado de forma clara, acessível e precisa, atendendo às diretrizes éticas e legais, incluindo a linguagem apropriada, informações completas sobre procedimentos, riscos e benefícios, garantia de liberdade para recusar ou retirar consentimento, além de manter a privacidade e sigilo do paciente.

Esses critérios asseguram que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido, promovendo uma relação médico-paciente baseada na confiança e no respeito mútuo. Nesse mesmo sentido, o plano de parto busca efetivar para a gestante as suas escolhas para o parto, de modo que será delimitado a seguir.

### 3.3 O PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é uma ferramenta que promove a humanização dos cuidados às mulheres e aos recém-nascidos, resultando na melhoria da qualidade da assistência obstétrica. No entanto, ainda existem desafios a serem superados para garantir sua efetiva utilização, incluindo a necessidade de maior conscientização e incentivo entre os profissionais de saúde e gestantes.

Além disso, é importante integrar o Plano de Parto como uma prática padrão nos serviços de atenção primária, fornecer suporte na elaboração desses planos para aumentar a taxa de cumprimento e criar planos flexíveis que considerem a imprevisibilidade do parto, visando aprimorar sua implementação, satisfação materna e resultados positivos (Branco; Silva; Silva; Sousa; Sousa; Araújo, Gomes, 2022, p. 09).

Nesse contexto, destaca-se a relevância do Plano de Parto para as parturientes, uma vez que ele proporciona confiança ao informar seus desejos e expectativas em relação ao processo de parto. É crucial que o Plano de Parto seja elaborado pela mulher e compartilhado com o profissional de saúde responsável pelo seu atendimento. Isso fortalece a comunicação e a compreensão mútua entre a parturiente e a equipe de saúde, promovendo uma experiência mais satisfatória durante o parto (Mouta; Silva; Melo; Lopes; Moreira, 2017, p. 5).

Portanto, o Plano de Parto representa uma ferramenta significativa no estímulo à autonomia, restabelecendo os direitos reprodutivos fundamentais da mulher. Por meio dele é possível reconhecer e consolidar essas prerrogativas, incentivando uma abordagem mais participativa da mulher em relação ao seu processo de parto. Isso permite que ela retome seu papel de protagonista do próprio corpo e do parto.

### **3.3.1 Conceito e finalidade**

Quando se aborda a relevância do Plano de Parto (PP), isso está intrinsicamente relacionado à noção de autodeterminação, direito à liberdade, respeito à privacidade, capacidade de fazer escolhas individuais e expressar livremente à vontade. O respeito por esse princípio possibilita à mulher exercer controle sobre o seu processo de parto, proporcionando satisfação ao poder tomar decisões e, ao mesmo tempo, reduzindo as ansiedades que podem surgir durante o processo de dar à luz. (Silva, 2017, p. 144-151).

Nesse sentido, Halana Faria de Aguiar Andrezzo (2016, p. 31) aduz que O Plano de Parto é um documento que é preparado durante a gravidez, no qual a mulher especifica os procedimentos médicos que ela não deseja e aqueles que ela aceita, com o propósito de evitar abusos e também para informar à equipe médica sobre seu conhecimento a respeito de direitos, práticas hospitalares e suas preferências.

O emprego do Plano de Parto é mencionado na literatura de nações industrializadas desde os anos 1980, e sua proposta inicial foi a de fornecer informações e proteção às mulheres. Essa iniciativa surgiu devido à crescente medicalização do parto observada na sociedade norte-americana e europeia (Lothian, 2006, p. 295-303).

Nesta toada, o Plano de Parto pode ser caracterizado como uma ferramenta educativa que tem dois objetivos principais. Primeiramente, busca organizar informações relacionadas à assistência ao parto, reconhecendo que procedimentos desnecessários, não respaldados por evidências, podem impactar a segurança e o bem-estar da mulher e do bebê. Além disso, visa a reconhecer direitos e situações de violência. O Plano de Parto também desencadeia mudanças simbólicas na relação hierárquica entre as mulheres e os profissionais de saúde, tornando suas interações menos paternalistas (Andrezzo, 2016, p. 85).

A relevância do Plano de Parto está relacionada ao princípio bioético da autonomia e do empoderamento, sendo destacada como uma das práticas a serem promovidas durante a gestação de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Pereira; Buttow; Cremonese; Rampelloto; Wilhelm; Barreto, 2020, p. 59-71). As

pesquisas indicam que o uso do Plano de Parto promove um processo de parto mais natural e fisiológico, resultando em melhores desfechos obstétricos e neonatais. Isso inclui a redução das taxas de cesariana, o que contribui para o aumento das taxas de parto vaginal. Além disso, o Plano de Parto está associado a melhores pontuações no teste de Apgar para recém-nascidos, níveis de pH mais adequados no cordão umbilical, aumento do contato pele a pele entre mãe e bebê, e uma diminuição nas internações neonatais em unidades de terapia intensiva (Andrezza, 2016, p. 07).

Portanto, o Plano de Parto emerge como uma ferramenta fundamental na promoção dos direitos e da autonomia das mulheres. Ele facilita uma comunicação mais eficaz entre as gestantes e os profissionais de saúde, criando espaço para discussões sobre as opções disponíveis e proporcionando um maior controle e sensação de segurança, pois tem o tempo da gestação para elaborá-lo e tomar as decisões do que quer para o seu parto.

Além disso, contribui para a redução dos índices de violência obstétrica e de intervenções desnecessárias, colocando em evidência o protagonismo das gestantes durante o momento do parto. Sua importância como instrumento de empoderamento e defesa dos direitos das mulheres é inegável, representando um avanço significativo na assistência à saúde materna.

### **3.3.2 Os limites decisórios da paciente**

A fim de disseminar as boas práticas na assistência à gestante, o plano de parto desempenha um papel crucial. Ele atua como uma ferramenta que visa restaurar a autonomia da mulher, permitindo que ela tome decisões embasadas em informações e esclarecimentos adquiridos ao longo da gestação. Por meio desse instrumento, a mulher recupera a capacidade de direcionar o processo do seu parto, o que, por sua vez, promove o empoderamento feminino. O empoderamento capacita a mulher a participar ativamente das decisões relacionadas ao trabalho de parto e parto, estabelecendo uma parceria eficaz com os profissionais de saúde. Esse processo contribui para uma experiência de parto mais positiva, caracterizada pela tranquilidade e pelo respeito mútuo (Domingues; Dias; Nakamura-Pereira; Torres; D'orsi; Pereira; Schilithz; Leal, 2014, p. 05-07).

Além disso, como indicado por pesquisas, esse instrumento contribui para o cumprimento das diretrizes de boas práticas obstétricas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Através da elaboração do plano de parto, as gestantes têm a oportunidade de fazer escolhas relacionadas ao tipo e à via de parto, o local de preferência para o parto, a pessoa que

desejam que as acompanhe, a posição que consideram mais adequada durante o trabalho de parto, a autonomia para a ingestão moderada de alimentos e líquidos, bem como a possibilidade de optar por métodos não farmacológicos para alívio da dor. Essas práticas promovem um parto saudável e aumentam a satisfação com a experiência do trabalho de parto e do parto em si, incentivando o parto vaginal e contribuindo para a redução das taxas de cesariana sem indicação médica, ainda amplamente praticadas no país (Silva; Almeida; Lima; Carvalheira, 2023, p. 5987-5989).

O conteúdo a ser registrado no plano de parto pode abranger uma variedade de preferências e expectativas relacionadas à condução obstétrica. Isso inclui a especificação das pessoas de apoio presentes durante o parto, as escolhas referentes à ingestão de líquidos e alimentos, as posições corporais desejadas, os cuidados planejados para o recém-nascido, as intervenções médicas em caso de complicações potenciais e considerações culturais relevantes. É fundamental que o plano de parto seja elaborado após a gestante receber informações abrangentes sobre a fisiologia do trabalho de parto, o próprio processo de parto, o direito de fazer escolhas, a valorização do parto normal, as opções não medicamentosas para o alívio da dor, os riscos associados a intervenções médicas desnecessárias e outros aspectos pertinentes (Medeiros; Figueiredo; Correa; Barbieri, 2019, p. 02-03).

A decisão sobre a adesão ou não a um tratamento é, por natureza, uma prerrogativa do paciente, refletindo sua autonomia corporal, que deve ser resguardada de qualquer interferência do Estado ou de terceiros. Sedar pacientes plenamente conscientes para submetê-los a tratamentos involuntários é incompatível com as normas constitucionais. Mesmo que o médico discorde da escolha do paciente de rejeitar um tratamento ou não compartilhe das razões subjacentes a essa decisão, como convicções religiosas, estéticas ou outras, ele está obrigado a respeitá-la, pois não pode substituir a vontade do indivíduo em uma esfera onde sua autonomia pessoal deve ser protegida. O mesmo princípio se aplica no cenário oposto, onde o paciente tem o direito de optar por não ser informado em detalhes sobre seu tratamento, transferindo voluntariamente ao médico ou a terceiros a autoridade para tomar decisões relacionadas à sua saúde (Schreiber, 2013, p. 66).

Em síntese, os limites decisórios da paciente no plano de parto estão intrinsicamente ligados à autonomia e direito de tomar decisões relacionadas ao parto. Portanto, a paciente tem o direito de determinar aspectos de sua experiência de parto, desde que essas escolhas estejam em conformidade com práticas médicas seguras e não comprometam a saúde e o bem-estar de ambos. O diálogo aberto e respeitoso entre a paciente

e a equipe médica é essencial para estabelecer limites decisórios que respeitem os direitos da gestante, ao mesmo tempo em que garantam a segurança e a saúde durante o parto.

### 3.4 OS DIREITOS DAS GESTANTES

O Brasil é signatário de convenções internacionais que promovem os direitos das mulheres, incluindo a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher (1948), a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher (1953), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD) (1966), a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969) e a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) (1979) (Marques, 2020, p. 105).

Esses tratados refletem o compromisso do Brasil com a igualdade de gênero e a proteção dos direitos das mulheres. No âmbito do direito sanitário, é importante observar que já existem leis, portarias e institutos jurídicos que respaldam situações relacionadas à violência obstétrica, prevendo tanto a responsabilidade civil objetiva de entidades como o Estado e hospitais públicos, quanto a responsabilidade subjetiva dos profissionais de saúde (Marques, 2020, p. 105-108).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, políticas de saúde para as mulheres tiveram a participação ativa de movimentos sociais e líderes políticas. O enfoque foi na integralidade e na abordagem das desigualdades, violências e omissões. Diversas iniciativas políticas foram implementadas, refletindo a perspectiva de expandir os direitos humanos e reconhecendo o direito das mulheres à autonomia sobre seus corpos, conforme deliberado na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (Costa, 2009, p. 1073-1083).

Desde a década de 1970, surgiu um regime internacional de promoção e proteção dos direitos das mulheres. Esse desenvolvimento reconheceu a importância de abordar as violações de direitos de grupos e minorias de maneira proporcional às suas especificidades, o que muitas vezes não era evidente na abordagem uniforme da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Isso levou a um reconhecimento da necessidade de tratar grupos vulneráveis, como mulheres, crianças, afrodescendentes, migrantes e pessoas com deficiência, de acordo com suas condições sociais específicas. Além do direito à igualdade, também se consolidou o direito à diferença, enfatizando o respeito pela diversidade e proporcionando tratamento especial quando necessário (Piovesan; Pimentel, 2011, p. 103).

Além dos princípios gerais sobre igualdade entre gêneros presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a necessidade de proteção específica dos direitos das mulheres levou à adoção, em 1979, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres pela Assembleia Geral da ONU. O artigo 12 dessa Convenção é notável, especialmente seu segundo parágrafo, que impõe aos Estados Partes a obrigação de garantir serviços adequados para a gravidez, parto e pós-parto. O detalhamento e esclarecimento desse artigo ocorreram posteriormente com a Recomendação Geral nº 24 das Nações Unidas, que destacou a obrigação dos Estados Partes de fornecer serviços apropriados durante a gravidez, parto e pós-parto, incluindo nutrição adequada e relatórios sobre as medidas adotadas para cumprir essa obrigação (Medina-Castellano, 2023, p. 41).

Nesse contexto, a primeira Conferência Mundial da Mulher ocorreu no México em 1975. Isso marcou o início de um diálogo e espaço significativos, levando à declaração dos anos de 1976 a 1985 como a Década da Mulher. Nesse período, a organização, em colaboração com movimentos de mulheres, iniciou o processo de elaboração e aprovação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que se tornou um instrumento fundamental no sistema de direitos das mulheres. Inicialmente, esses esforços se concentraram na problemática da discriminação de gênero e suas várias implicações na vida das mulheres, sem uma exploração detalhada das questões de violência. Essa recomendação aconselhou os países a considerarem suas diretrizes ao revisar leis, políticas e elaborar relatórios ao Comitê (Arai, 2020, p. 17).

O tratamento das questões de gênero como parte dos direitos humanos se consolidou na Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em Viena em 1993. Dessa forma, "os direitos humanos das mulheres e meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais". Além disso, destacaram a necessidade de combater todas as formas de violência, tanto na esfera pública quanto privada, e promover a inclusão dos direitos humanos das mulheres nas atividades da ONU. Além disso, foi recomendado aos Estados que aprovassem a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher e designassem um relator especial para estudar a questão da violência contra a mulher e suas consequências, decisões que se refletiram na Declaração aprovada pela Assembleia Geral (Arai, 2020, p. 18-19).

Na década de 1990, houve um marco fundamental na consolidação dos direitos das mulheres no sistema internacional. Em 1992, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi introduzido como uma nova abordagem à saúde da mulher, baseada no conceito de "atenção integral à saúde das mulheres". Este programa representou um



avanço significativo, uma vez que não se limitava à saúde materno-infantil, mas abrangia questões mais abrangentes relacionadas à saúde das mulheres. Suas diretrizes buscavam fornecer assistência integral, abrangendo áreas clínico-ginecológicas e educacionais, enfocando o aprimoramento do controle pré-natal, parto, puerpério, bem como abordando problemas de saúde desde a adolescência até a terceira idade, controle de doenças sexualmente transmitidas, câncer de colo de útero e de mama, e assistência relacionada à concepção e contracepção (Osis, 1998, p. 25-32).

Progressivamente, os direitos das mulheres foram integrados à agenda de direitos humanos, culminando na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos realizada em Viena em 1993. Isso teve implicações significativas para a expansão do regime de direitos das mulheres, permitindo a disseminação de normas e políticas desenvolvidas nesse contexto. Além disso, contribuiu para a formação de uma rede transnacional de ativismo envolvendo diversos atores, que, por sua vez, desempenharam um papel na estruturação do sistema internacional e na implementação de instrumentos internacionais em âmbito nacional para promover mudanças na política doméstica (Arai, 2020, p. 13).

A evolução no campo dos direitos das mulheres também abrange seus direitos durante a gravidez, pois muitas dessas regulamentações estão relacionadas à saúde materna. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) enfatiza a importância da humanização no atendimento ginecológico e obstétrico. Esse processo visa empoderar as mulheres, retirando-as da tradicional posição passiva durante o parto (CREMESP, 2004, p. 90-100).

Nessa toada, é fundamental que os médicos, como principais profissionais de saúde na equipe, forneçam todas as informações necessárias sobre o parto, intervenções e procedimentos, incluindo seus motivos, riscos, benefícios, opções de analgesia e o direito da mulher de escolher o local do parto e ter um acompanhante de sua escolha. Todas essas medidas devem ser implementadas de acordo com quatro princípios bioéticos fundamentais que orientam a prática médica: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (CREMESP, 2004, p. 90-100).

Ademais, a Política Nacional de Humanização (PNH) promove a valorização dos envolvidos na prestação de serviços de saúde, incentivando a autonomia, a corresponsabilidade e a participação coletiva. Para humanizar a saúde, é essencial melhorar as condições de trabalho, respeitar a diversidade e atender às necessidades das populações específicas. Isso implica fortalecer o trabalho em equipe, apoiar redes cooperativas, promover

o controle social, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde por meio da educação contínua (Rattner, 2009, p. 595-602).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é baseado nos princípios da equidade e universalidade, bem como nas diretrizes de participação social e integralidade de assistência à saúde. O direito à saúde é considerado um direito social e requer a elaboração de políticas específicas, incluindo questões de gênero, para garantir a proteção de grupos vulneráveis e seu atendimento pelo SUS. Essa abordagem está alinhada com outros princípios constitucionais (Costa, 2009, p. 1073-1083).

Kalichman e Ayres (2016, p. 3-12) informam que o princípio da integralidade de assistência à saúde, um pilar na criação do SUS, busca atender às necessidades biopsicossociais dos cidadãos. Esse princípio tem sido fundamental na luta pelos direitos das mulheres, tendo sido incorporado nas políticas de saúde já antes da Constituição Federal de 1988. A ideia de integralidade surgiu em 1983, quando o Ministério da Saúde preparava o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Ademais, cabe salientar que a Lei nº 11.108/2005, conhecida como lei do acompanhante, inseriu na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, o direito das parturientes à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no SUS. Desse modo, Medina-Castellano (2023, p. 42) traz a perspectiva estabelecida em 1995, durante a IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher e a adoção da Declaração e Plataforma de Pequim, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres foi destacada, enfatizando seu direito a decisões livres de coerção e violência. O documento reconheceu que muitas vezes as mulheres não recebem atendimento respeitoso durante procedimentos médicos, resultando na violação de seu direito à privacidade e informações clínicas.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma declaração destacando a existência de tratamento desrespeitoso e ofensivo durante o parto, identificando riscos para a dignidade, vida, integridade física e saúde das mulheres. A declaração considerou que tal abuso, negligência ou falta de respeito poderia ser uma violação dos direitos humanos das mulheres, conforme normas e princípios internacionais de direitos humanos, embora a expressão "violência obstétrica" não tenha sido explicitamente utilizada em nenhum momento (Medina-Castellano, 2023, p. 42).

Portanto, os direitos das gestantes são vitais para garantir um tratamento respeitoso e digno durante a gravidez e o parto. O contexto internacional e as políticas nacionais, como o SUS, bem como os tratados dos quais o Brasil é signatário, têm avançado

na promoção desses direitos. Contudo, desafios persistem, incluindo a necessidade de conscientização, legislação eficaz e sua aplicação.

#### **4 PRÁTICAS ABUSIVAS E VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA GESTANTE**

Durante a gestação, parto e pós-parto, as mulheres são suscetíveis a uma série de desafios e vulnerabilidades, o que requer especial atenção para garantir o respeito aos seus direitos fundamentais e o bem-estar de mães e bebês.

Janaína Marque de Aguiar (2010, p. 13) traz a perspectiva das entrevistas conduzidas com profissionais de saúde, incluindo obstetras, enfermeiras e técnicas de enfermagem, onde evidenciam que há um reconhecimento generalizado de práticas discriminatórias e tratamento rude. Essas práticas são observadas não apenas nas maternidades públicas, mas também nas instituições privadas de saúde. Os entrevistados indicam que as dificuldades estruturais enfrentadas pelos profissionais, questões relacionadas à formação profissional e a impunidade associada a tais comportamentos são fatores que contribuem para a violência institucional. No entanto, os critérios que definem o que constitui ou não violência institucional não são claros e estão sujeitos a quem a perpetra, quando, como e por que essas ações ocorrem.

A autora afirma ainda que, para diversos profissionais entrevistados, em certas circunstâncias, parece prevalecer a ideia de que as metas justificam os métodos. A dificuldade desses profissionais em determinar o que constitui violência institucional ao avaliar suas ações aponta para a trivialização de comportamentos desrespeitosos em relação às pacientes e para a invisibilidade da violência. Para muitos profissionais, isso se torna um tema digno de reflexão no contexto da prestação de cuidados de saúde (Aguiar, 2010, p. 13).

Nesse cenário, as mulheres veem-se desprovidas da autonomia na gestão do evento que estão vivenciando, e isso se acentua com a orientação de risco no cuidado durante a gestação. Como resultado, as consultas com os profissionais de saúde têm como objetivo principal mitigar potenciais ameaças à saúde da gestante e de seu filho, o que pode suscitar sentimentos de incerteza e medo, promovendo, por vezes, uma postura de conformidade e uma relutância em questionar as decisões dos profissionais devido à sua expertise (Medina-Castellano, 2023, p.38).

É importante notar que o objetivo subjacente a todas as orientações que ela recebe é garantir que a gravidez seja bem-sucedida e que o bebê nasça saudável. No entanto, ao contrário de situações em que uma mulher procura um profissional de obstetrícia e ginecologia para tratar de um problema médico ou realizar exames preventivos, onde a decisão de seguir ou não as orientações é uma escolha pessoal da mulher, baseada em seu

nível de conforto e bem-estar em relação à sua saúde, na assistência à gravidez e ao parto, o bem-estar do feto está, em grande parte, fora do controle da mulher grávida. A menos que existam circunstâncias óbvias, como a ausência completa de movimento fetal por um período prolongado, perda de líquido amniótico, sangramento vaginal, entre outros. O medo do desconhecido e as incertezas inerentes à gravidez muitas vezes levam as mulheres a ceder a autoridade na tomada de decisões aos profissionais de saúde, em uma relação caracterizada por uma notável assimetria de poder entre o prestador de cuidados e a paciente (Medina-Castellano, 2023, p.38).

Nesse sentido, em análise histórica, o processo de parto era tradicionalmente um evento conduzido por mulheres, com a parturiente, parteira e auxiliares presentes no quarto, enquanto médicos eram solicitados apenas em casos de partos complicados. Nesse contexto, as parteiras desempenhavam um papel integral no acompanhamento do trabalho de parto, do parto em si e do período pós-parto, demandando um considerável investimento de tempo, o que não era viável para os médicos. No entanto, cirurgiões que eram chamados para lidar com partos mais complexos começaram a documentar suas experiências, como evidenciado nos manuais de obstetrícia dos séculos XVI e XVII. Esses manuais documentam uma evolução na prática obstétrica, que gradualmente se tornou mais intervencionista e orientada para a patologia. (Martins, 2004, p. 63-106).

É neste aspecto intervencionista que se institui a violência obstétrica, por caracterizar-se como uma violação aos direitos reprodutivos, por serem tratadas como objeto e não sujeitos no exercício destes direitos (Moraes; Yoshioka; Bonini, 2020, p.05). Hellen Aparecida de Azevedo-Pereira (2023, p. 23) completa esse entendimento informando que identifica como uma forma de violência que ocorre durante o ciclo gravídico-puerperal e abortamento, a violência obstétrica institucional pode manifestar-se em várias fases do processo de aleitamento materno. Esse fenômeno abrange desde as orientações e preparações para um aleitamento materno saudável e seguro, iniciando no pré-natal, seguindo para o período imediato e tardio após o parto, e estendendo-se ao longo do período subsequente ao início do aleitamento materno.

No Brasil, pesquisas conduzidas em várias regiões destacam tanto semelhanças quanto variações nas diferentes formas de violência ocorridas em maternidades públicas (Domingues; Santos; Leal, 2004, p. 52-62). Além disso, a pesquisa apontou que a utilização inadequada de tecnologia médica está associada a potenciais riscos e consequências negativas. Alguns estudos identificaram uma ligação entre o uso de fórceps e um aumento no risco de lesões perineais, que, por sua vez, estão correlacionadas com incontinência anal e urinária,

disfunção sexual, desconforto pós-parto, dificuldades maternas na formação de vínculo com o bebê e no aleitamento materno. No caso da episiotomia, podem surgir complicações que variam de dor local a cicatrizes e deformidades que requerem intervenção cirúrgica para correção (Diniz; Chacham, 2006, p. 80-91).

Entretanto, a batalha pelo acesso à saúde apenas destaca a persistente desigualdade enfrentada pelas mulheres. Por décadas, elas têm lutado por uma gama de direitos, incluindo o acesso a serviços de saúde de alta qualidade e a implementação de políticas públicas abrangentes que abordem as questões de saúde sexual e reprodutiva (Cruz, 2020, p. 70).

A violência obstétrica representa uma clara violação dos direitos fundamentais das gestantes, afetando os princípios e direitos já abordados anteriormente. Esta forma de violência, por sua natureza de gênero, não apenas subjuga as gestantes, mas também as limita de sua capacidade de tomar decisões informadas e autônomas em relação ao próprio corpo e ao processo de parto. Nesse sentido, será abordado como se dá a responsabilização dos agentes de tal violência e a legislação e jurisprudência brasileira. A conscientização, a educação, a implementação de diretrizes claras e o cumprimento rigoroso das normas são passos importantes para proteger os direitos fundamentais das gestantes e promover uma assistência ao parto mais digna e respeitosa, mas nem sempre são suficiente se empregados de maneira única.

#### 4.1 SUJEITOS E AGENTES

O termo "violência obstétrica" é empregado para descrever uma variedade de prejudicações infligidas a mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, incluindo o acompanhamento pré-natal, o parto e o período pós-parto. Esta forma de violência, considerada uma expressão de violência de gênero, envolve desrespeito aos direitos humanos e à dignidade das mulheres, caracterizando-se pela imposição de intervenções que prejudicam tanto a integridade física quanto a saúde mental das parturientes (Sauaia; Serra, 2016, p. 128).

No dossiê "Parirás com dor", realizado pela Rede Parto do Princípio (2012) a violência obstétrica é definida como atos cometidos contra mulheres no contexto de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser perpetrada por profissionais de saúde ou outros indivíduos envolvidos na prestação de cuidados no período gravídico-puerperal.

Nesse contexto, a tese apresentada por Janaína Marques Aguiar (2010) serve como um registro das experiências e opiniões dos participantes envolvidos no parto

hospitalar, incluindo parturientes, médicos e enfermeiros, acerca das dinâmicas de poder, autoridade e cuidado. As palavras dos envolvidos revelam o reconhecimento de desigualdades, abusos, preconceitos, discriminações, maus-tratos, impunidade e injustiças que permeiam o cenário da assistência à saúde de mulheres em processo reprodutivo.

Além disso, a violência institucional nas maternidades muitas vezes é associada ao abuso de poder por parte dos profissionais de saúde em uma relação assimétrica levanta questões específicas no contexto brasileiro. Isso nos leva a considerar o seguinte: a) a violência institucional abrange a atuação dos profissionais de saúde em relação às condições físicas, organizacionais e de recursos da instituição de atendimento; b) a relação entre profissionais de saúde e pacientes é historicamente opressora e pode ser considerada violenta; c) a submissão das pacientes às decisões dos profissionais de saúde frequentemente ocorre sem esclarecimento ou consentimento adequado; d) não existem estruturas sociais disponíveis para reverter essa situação. (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 51)

As autoras (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p.122) compilam o entendimento trazido por algumas instituições governamentais, e definem violência obstétrica como qualquer ação, ativa ou passiva, realizada por profissionais de saúde, em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, que, direta ou indiretamente, resulta na apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres. Isso se manifesta por meio de tratamento desumano, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, culminando na perda da autonomia e da capacidade de decisão sobre seus corpos e sexualidade, com impacto negativo na qualidade de vida.

Essa forma de violência abrange a totalidade das ações que causam constrangimento ou prejuízos às mulheres durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e período pós-parto. Inclui agressões verbais, procedimentos médicos desnecessários e abusivos, lesões corporais e a negação dos direitos das parturientes, entre outros. É fundamental destacar que essa prática é realizada por profissionais de saúde em instituições de saúde públicas ou privadas onde as mulheres recebem atendimento (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p.122).

Dentre os atos que constituem a violência obstétrica, encontram-se todas as ações que afetam a mulher no contexto de sua saúde sexual e reprodutiva. Tais atos podem ser perpetrados por diversos agentes, incluindo profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos em instituições públicas e privadas, bem como indivíduos civis (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 60).

Além disso, as instituições de saúde, incluindo hospitais, maternidades e clínicas, sejam elas públicas ou privadas, também podem ser responsáveis por práticas de violência institucional quando adotam ações ou estruturas organizacionais que obstruem, atrasam ou impedem o exercício dos direitos já estabelecidos das mulheres. Isso inclui a cobrança indevida de taxas, a negação do direito da mulher de ter um acompanhante durante o parto, e outras situações similares. (Marques, 2020, p.104).

Nesse sentido, a análise das ações e dos agentes envolvidos na violência obstétrica evidencia a natureza da violência institucional como uma questão de gênero, intensificando a vulnerabilidade das mulheres. Trata-se de uma violência que ocorre no âmbito médico e técnico, onde a relação entre os sujeitos, em grande parte, se desenvolve em meio a desigualdades de poder. Esta dimensão de gênero aprofunda as complexidades da violência obstétrica, do modo que será exposto a seguir.

#### 4.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO: APORTES CONCEITUAIS

As representações do masculino são consideradas, historicamente, como superiores e em contraposição, as do feminino, inferiores, criando uma sociedade baseada na dominação do homem sobre a mulher. O sustentáculo dessa dominação se dá através da força e da violência, manifesta de várias formas (Morera; Carvalho; Moreira; Padilha, 2014, p. 54-66). Portanto, a Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra Violência. Belém do Pará (1994) define a violência de gênero como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Para compreender a violência contra a mulher, Maria Cecília de Souza Minayo (2006, p. 96-97) traz a essencialidade de se adotar uma perspectiva de gênero, que se refere às dinâmicas de poder e à diferenciação entre características culturais atribuídas a cada sexo e suas características biológicas. Essas características de gênero estão fundamentadas na hierarquia e desigualdade de papéis de gênero. A violência de gênero representa uma forma específica de dominação, opressão e crueldade enraizada nas relações entre homens e mulheres, perpetuada no cotidiano e interiorizada subjetivamente, atravessando diferenças de classe social, raça, etnia e idade. O termo "violência de gênero" ganhou destaque graças ao movimento feminista e à conscientização sobre questões ambientais, que se destacam como dois dos principais movimentos sociais do século XX. A estratégia do movimento feminista envolveu a desconstrução das raízes culturais de séculos de opressão feminina e patriarcado,



denúncias de várias formas de violência, reformas nas leis que perpetuavam o domínio masculino e a promoção de relacionamentos igualitários.

Além disso, a vitimização da mulher no ambiente doméstico, por exemplo, foi um foco importante, desmistificando abusos e maus-tratos que anteriormente eram considerados questões privadas. Para definir a violência contra a mulher, utiliza-se uma definição da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), que a caracteriza como qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta ou tem alta probabilidade de resultar em danos físicos, sexuais, emocionais ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privações arbitrárias da liberdade, seja na esfera pública ou privada (Minayo, 2006, p. 96-97).

Esta violência está profundamente enraizada nas relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres. Mesmo após avanços na busca por igualdade de direitos, os vestígios de desigualdade persistem. A violência obstétrica pode ser categorizada como violência de gênero, pois se baseia principalmente no tratamento discriminatório dispensado às mulheres, resultado de uma construção histórica e social patriarcal que as enxerga como objetos passivos e submissos, incapazes de expressar livremente suas vontades e preferências. Essa forma de violência é uma manifestação de uma sociedade que submete as mulheres a uma posição de subordinação, mina sua autonomia e as considera principalmente reprodutoras, com controle e fragmentação de seus corpos, resultando na negação de seus direitos (Jardim; Modena, 2018, p. 3-12).

Nesse sentido, pode-se interpretar como uma forma sutil de dominação e exclusão, uma vez que a sociedade estabeleceu concepções que afetam o processo de socialização, por meio de normas que endossam o discurso dos que detêm o poder sobre os que são subjugados. Nesse contexto, pode-se traçar um paralelo com a crescente incidência de partos cirúrgicos (cesarianas) no Brasil (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p. 129).

Pierre Bourdieu (2012, p. 45) analisa a influência simbólica da dominação masculina, destacando que esta encontra todas as condições para sua plena manifestação. O autor enfatiza que a supremacia geralmente concedida aos homens "se consolida na objetividade das estruturas sociais e nas atividades de produção e reprodução, que se baseiam na divisão de trabalho entre os sexos no contexto da produção e reprodução biológica e social". Isso perpetua padrões históricos de dominação em relação às mulheres e ao feminino, manifestando-se em uma variedade de ações simbólicas e práticas.

Maria Cecília de Souza Minayo aprofunda o entendimento da afirmação anterior, explicando que ao analisar esses eventos, torna-se evidente a existência de conflitos de autoridade, onde ocorre uma luta pelo poder e domínio sobre o outro, uma vontade imposta

sobre a vontade do outro, resultando em potenciais danos. Isso destaca a necessidade de uma reformulação nos sistemas de saúde, bem como na reeducação dos profissionais médicos, que, em decorrência de questões de gênero, frequentemente perpetuam violência obstétrica contra as mulheres (Minayo, 2006, p. 13-45).

Dentre as representações de gênero identificadas nas entrevistas, destacam-se a naturalização da dor do parto como uma manifestação da submissão social tradicional da mulher, a figura da paciente "escandalosa," que se recusa a obedecer às expectativas impostas a ela, expressando suas queixas e desconforto, e a solidariedade de gênero através de estratégias de resistência às diversas formas de maus-tratos enfrentadas por essas mulheres (Aguilar, 2010, p. 89). Ademais, há uma percepção entre as mulheres de que o tratamento hostil que recebem durante a assistência à gestação e ao parto é algo que merecem, como uma espécie de punição por sua sexualidade e gravidez (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 130-131).

Nesse cenário, a mulher experimenta uma dupla objetificação: seu corpo é considerado um objeto sob controle e domínio da medicina e, ao mesmo tempo, um meio para alcançar um objetivo - a chegada do bebê. O bebê, geralmente percebido como o principal resultado do processo, é de grande importância tanto para a mãe quanto para os profissionais de saúde (Aguilar, 2010, p. 177).

Nesse contexto, fica claro como a violência obstétrica está relacionado aos preceitos de gênero e como ela ocorre justamente em função do papel da vítima estar relacionado à mulher, além da institucionalização do parto, que contribuiu muito para esse desfecho. Segundo o médico obstetra Ricardo Jones, atender as mulheres em hospital, como doentes, é um fato que tem apenas 40 a 50 anos, mas, durante esse tempo, as mulheres se moldaram aos padrões rígidos estabelecidos por esse sistema, se comportando de forma padronizada (Renascimento do parto, 2013).

Uma das razões para a naturalização da violência obstétrica é a histórica hierarquia na relação entre médicos e pacientes, baseada no domínio do conhecimento técnico por parte dos médicos. Isso muitas vezes leva os médicos a impor sua vontade de forma que desrespeita as normas éticas, embora o Código de Ética Médica proíba o desrespeito aos direitos de decisão do paciente sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos, exceto em casos de risco de morte. Além disso, o código exige que os médicos informem aos pacientes o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento/procedimento. Profissionais de saúde, incluindo médicos, muitas vezes perpetuam práticas abusivas, contribuindo para sua naturalização e sua incorporação na cultura dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou

privados. Em vez de promover direitos, alguns profissionais utilizam a estrutura das instituições para restringi-los. Desvelar a violência institucional é crucial, e um passo importante envolve questionar e eliminar a sua normalização (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p. 129).

Esses maus tratos sofridos pelas pacientes frequentemente estão associados a práticas discriminatórias realizadas por profissionais de saúde, envolvendo questões de gênero, entrelaçadas com discriminação de classe social e etnia. Essas práticas são enraizadas em uma ideologia que naturaliza a mulher como destinada ao papel reprodutivo, ao mesmo tempo em que impõe uma suposta inferioridade física e moral à mulher, permitindo que seu corpo e sua sexualidade se tornem objetos de controle por parte da sociedade através da intervenção médica (Giffin, 1999, p.79-91).

Essa desigualdade muitas vezes se baseia em diferenças de classe e etnia, bem como no conhecimento técnico e científico detido pelos profissionais, e é reforçada pela naturalização ideológica do poder médico decorrente de sua posição hierárquica. Esses profissionais podem ser considerados um "duplo", ou seja, são identificados como femininos devido à sua posição de gênero, mas também são percebidos como masculinos em virtude de sua competência técnica, o que acaba reproduzindo a dinâmica de poder médico na área de enfermagem (D'Oliveira; Schraiber, 1999, p. 344).

Portanto, a violência obstétrica está intrinsecamente ligada à violência de gênero, que envolve agressões de natureza física, patrimonial, psicológica e/ou sexual contra indivíduos com base em sua identidade de gênero. As consequências de uma sociedade em que a masculinidade assume um papel social dominante e onde o uso da força contra as mulheres foi tolerado por muitos anos têm impacto direto na redução do papel da mulher à condição de reprodutora, perpetuando a ideia de que ela é incapaz de dar à luz, o que, supostamente, justificaria as numerosas intervenções obstétricas (Saffioti, 2001, p. 119-131).

Portanto, os aportes conceituais analisados proporcionam uma compreensão aprofundada da violência de gênero e, desta forma, se torna possível entender o motivo da violência institucional ser uma violência de gênero. A diferenciação de gênero historicamente enraizada, a subjugação das mulheres e as complexidades da autonomia em um contexto de violência destacam a necessidade de se erradicar essa problemática. Nesse sentido, a seguir serão melhor delimitados o conceito e os tipos de violência obstétrica.

#### 4.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os prejuízos experimentados por mulheres durante o atendimento profissional obstétrico, que envolvem atos de violência, são descritos como "violência obstétrica." Além disso, termos como "violência no parto," "violência institucional" ou "violência estrutural na atenção ao parto" são utilizados para descrever essa violência, que é direcionada especificamente contra as mulheres e, portanto, também é considerada uma forma de violência de gênero (Lansky; Souza; Peixoto; Oliveira; Diniz; Vieira; Cunha; Friche, 2019, p. 2816-2821).

O conceito de violência obstétrica é estabelecido pela Rede Parto do Princípio (2012, p. 60) como qualquer ato praticado contra a mulher no contexto de sua saúde sexual e reprodutiva. Esses atos podem ser cometidos por profissionais de saúde, funcionários públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, assim como por civis.

No contexto dos dispositivos relacionais mencionados por Schraiber, podem ser identificadas formas de violência institucional que muitas vezes não são prontamente reconhecidas como tais pelos indivíduos envolvidos. No entanto, essas formas de violência têm um impacto evidente na negação da autonomia do indivíduo e na sua discriminação com base em diferenças de classe, etnia ou gênero. Quando percebidas, essas formas frequentemente se manifestam no ambiente materno através de comunicações rudes e desrespeitosas em relação às pacientes, bem como na falta de atenção às suas necessidades, incluindo questões como analgesia, uso adequado de tecnologia, ajuda para mobilidade e higiene, entre outras. Tais atitudes muitas vezes refletem estereótipos de gênero que julgam a moral e a vida sexual da mulher, ao mesmo tempo em que a sobrecarregam com responsabilidades maternas adicionais (Aguilar, 2010, p. 37).

Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) foi estabelecida, atraindo atualmente um grande número de participantes, incluindo indivíduos e instituições. O documento fundador da Rehuna, conhecido como a Carta de Campinas, expõe as condições de violência e constrangimento presentes na assistência ao parto, particularmente as condições desumanas a que mulheres e crianças são submetidas durante o processo de nascimento. Essa carta aponta que no parto vaginal, a imposição de rotinas, posições de parto e intervenções obstétricas desnecessárias prejudicam o curso natural dos processos fisiológicos do parto. Isso faz com que o parto seja associado a patologias e intervenções médicas, tornando a experiência um momento de terror, impotência, alienação e dor para as mulheres. Consequentemente, não é surpreendente que muitas mulheres passem a considerar a

cesárea como a melhor opção para dar à luz, associando-a à ausência de medo, riscos e dor (Diniz, 2005, p. 627-637).

Dentro do contexto da assistência prestada em maternidades, é possível identificar a trivialização do sofrimento da parturiente. Isso se manifesta, por exemplo, na ideologia que naturaliza a dor do parto, considerando-a como um preço a ser pago pelo prazer sexual ou como uma inevitabilidade biológica – uma causalidade ou adversidade que a mulher deve enfrentar para se tornar mãe. Essa banalização do sofrimento alheio é evidenciada em frases, frequentemente carregadas de moralismo e discriminação, utilizadas de maneira jocosa. Além disso, manifesta-se na aceitação da falta de anestesistas de plantão para realizar analgesias durante o trabalho de parto e na maneira casual com que alguns reconhecem que a violência institucional se tornou uma rotina em maternidades públicas no Brasil (Aguiar, 2010, p. 179).

Mesmo nos serviços comprometidos em aderir às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para humanizar a assistência ao parto, a prática cotidiana frequentemente incorpora condutas que podem adquirir um caráter violento quando não consideram as necessidades individuais de cada paciente, seus desejos e demandas, como constatado por Tornquist em uma maternidade de um hospital universitário em Florianópolis, Santa Catarina (Tornquist, 2003, p. 420-425).

A autora destaca que as dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes podem surgir quando a dor do parto é reduzida a uma dimensão puramente orgânica, e passa a ser encarada pelo profissional como algo que a mulher deve suportar sem oferecer espaço para escuta ou negociação sobre estratégias de enfrentamento, sendo tratada como simples "desconforto". Outro exemplo observado por Tornquist é o do aleitamento materno, que, embora seja um componente do modelo de parto humanizado, quando transformado em uma norma inflexível, perde sua qualidade de direito da mulher e adquire um caráter regulatório e normativo (Tornquist, 2003, p. 420-425).

Especialmente na assistência ao parto em maternidades públicas, a violência obstétrica inclui a realização de intervenções e procedimentos frequentemente desnecessários, contrariando as evidências científicas atuais. A literatura ressalta os riscos associados a essas práticas, como o uso de substâncias para acelerar o parto, a ruptura artificial de membranas, a episiotomia e o uso de fórcepe, juntamente com cesarianas sem indicação clínica, entre outros. O uso inadequado de tecnologia pode resultar em consequências negativas, como o aumento do risco de lesões perineais associado ao uso do fórcepe, que, por sua vez, está relacionado à incontinência anal e urinária, disfunção sexual, dor pós-parto e dificuldades no estabelecimento de vínculos com o bebê e na amamentação. A episiotomia também pode

levar a complicações, desde dor local até cicatrizes e deformidades que podem requerer correção cirúrgica (Diniz; Chacham, 2006, p. 80-91).

Teixeira e Pereira (2006, 740-744) identificam a presença de uma violência institucional velada na assistência prestada às pacientes e destacam a presença de um discurso autoritário e ríspido tanto por parte de médicos quanto de profissionais de enfermagem, inclusive por parte das profissionais do sexo feminino que também passaram por partos normais. Nesse contexto, a igualdade de gênero entre as profissionais não parece garantir uma maior solidariedade em relação às pacientes.

As definições apresentadas pelas entrevistadas na tese de Janaína Marques de Aguiar, sobre o que consideram ser violência, refletem um contexto em que a paciente é percebida não como um sujeito, mas como um objeto da ação do profissional de saúde; muitas vezes, é tratada de forma desigual devido a diferenças de classe social ou etnia. No entanto, essas mulheres também refletem sobre suas posições e a posição dos profissionais de saúde nessa relação, e encontram espaço nas entrevistas para expressar críticas e considerar possíveis formas de resistência a uma situação que percebem como violenta. A mesma autora identificou o tratamento grosseiro, ameaças/represálias e negligência no atendimento como formas de violência contra as gestantes (Aguiar, 2010, p. 139-156).

As autoras (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p. 125) sistematizam várias formas de manifestação da agressão, incluindo negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (como tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos e humilhação intencional), violência física (incluindo a falta de uso de medicação analgésica quando indicada), abuso sexual, violência psicológica, falta de informação à parturiente, impedimento da presença de acompanhante, descontinuidade na assistência, episiotomia, manobra de Kristeller, imobilização, posição horizontal durante o trabalho de parto, negação do direito à presença de uma doula, separação do bebê da mãe nos primeiros minutos de vida, tricotomia, lavagem intestinal, exame de toque vaginal excessivo e por diversos profissionais, e o rompimento proposital da bolsa durante o toque.

O dossiê Parirás com Dor sistematizou a violência obstétrica da seguinte maneira: **Caráter físico:** Ações que afetam o corpo da mulher, causando dor ou dano físico, sem base em evidências científicas. Exemplos incluem privação de alimentos, restrição da movimentação, tricotomia, manobra de Kristeller, cesariana sem indicação clínica e não utilização de analgesia indicada. **Caráter psicológico:** Ações verbais ou comportamentais que provocam sentimentos de inferioridade, medo e humilhação na mulher. Exemplos são ameaças, mentiras, humilhações, chantagens (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 61-86).

Caráter sexual: Ações que violam a intimidade ou pudor da mulher. Exemplos incluem episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado e exames repetitivos dos mamilos. Caráter institucional: Ações ou organizações que dificultam ou impedem o acesso da mulher a seus direitos na saúde. Exemplos são obstáculos ao acesso a serviços de saúde, falta de fiscalização adequada e protocolos institucionais que contradizem as normas vigentes. (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 61-86).

Nesse sentido, Ana Cristina (Renascimento do parto, 2013) afirma que alguns pesquisadores começaram a perceber que toda assistência ao parto era baseada em achismos, em dogmas médicos. A partir disso, começaram a questionar, pesquisar e comparar os resultados de partos com diferentes abordagens, a exemplo do uso ou não da episiotomia e ocitocina. Dessa forma, perceberam que a maior parte dos procedimentos era nociva, dolorosa, e não tinha razão para ser usado de rotina. É a partir desse uso indiscriminado de práticas sem evidências científicas em que se observa a violência contra as gestantes e puérperas.

Caráter material: Ações para obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos. A exemplo de cobranças indevidas por planos de Caráter midiático: Ações por meio de meios de comunicação que violam psicologicamente mulheres e denigrem seus direitos. Exemplos incluem a apologia a práticas médicas contra-indicadas, ridicularização do parto normal (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 61-86).

O processo de parto representa um período de notável vulnerabilidade, requerendo, por conseguinte, que as mulheres em trabalho de parto sejam objeto de tratamento respeitoso, com acesso a informações respaldadas por evidências e participação ativa na tomada de decisões. A relação entre médico e paciente desempenha um papel essencial na determinação dos resultados do parto. A seguir, são apresentadas as principais diretrizes éticas para assegurar que a assistência ao parto seja um evento de realização em vez de trauma (Conselho Federal de Medicina, 2022, p. 32).

Há relatos em diferentes regiões do Brasil sobre a prática habitual de acelerar o trabalho de parto e o parto por meio do uso comum de ocitocina, rompimento artificial da bolsa, dilatação manual do colo uterino, comandos para empurrar, episiotomia, manobra de Kristeller e uso de fórceps. É bem estabelecido que essas intervenções, quando realizadas de forma rotineira, podem resultar em diversas complicações tanto para a mãe quanto para o bebê, e aumentar o risco de morbimortalidade para ambos (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 96).

No que diz respeito à dieta durante o trabalho de parto, a ingestão de líquidos e alimentos com baixo teor de resíduos pode ser permitida para parturientes com risco habitual de necessitar de anestesia. Caso haja restrição à ingestão oral durante um trabalho de parto mais prolongado, considera-se a hidratação venosa, bem como a administração de glicose e eletrólitos, se necessário. No que se refere à tricotomia e ao enema, tais procedimentos não devem ser realizados de forma rotineira. Quanto à episiotomia, o seu uso rotineiro é desnecessário e deve ser evitado. A sua indicação fica reservada para partos com alto risco de laceração perineal grave, distócia significativa dos tecidos moles ou necessidade de encurtar o segundo estágio do trabalho de parto devido a uma situação fetal não tranquilizadora, sendo preferível a incisão médio-lateral quando indicada (Conselho Federal de Medicina, 2022, p. 34-36).

É possível ainda caracterizar como violência obstétrica a restrição da escolha do local do parto, a cesárea por conveniência do médico e procedimento abusivo e antiético, cesárea por dissuasão ou por coação, omissão de informações, muitas vezes com abordagens que reforçam o sentimento de submissão ao poder médico, descaso e abandono desprezo e humilhação; ameaça e coação; preconceito e discriminação (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 114-133).

Nesse sentido, é imperioso memorar que durante a assistência ao parto, o obstetra deve ficar atento aos preceitos de beneficência e não-maleficência e suas condutas devem ser fundamentadas em evidências científicas, caso contrário, viola o direito das mulheres que estão no ciclo gravídico-puerperal (Conselho Federal de Medicina, 2022, p. 34).

Diferente do que esses preceitos determinam, na prática obstétrica, tanto na rede pública quanto privada, existe um padrão conhecido como "limpar a área", que visa evitar sobrecarregar o próximo médico que assumirá o plantão subsequente, muitas vezes vindo de outro plantão e cansado. Isso envolve a realização de cesarianas no final do plantão para todas as mulheres que ainda estão em trabalho de parto, ou a aceleração do parto por meio de outras intervenções. No entanto, as pacientes muitas vezes não são adequadamente informadas sobre a necessidade desses procedimentos, ou, em alguns casos, são enganadas por indicações falsas, como alegações de falta de dilatação, falta de passagem do bebê ou outras razões infundadas (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 114).

Assim, a violência no âmbito dos serviços de saúde, de maneira geral, é percebida como um atendimento inadequado que engloba comportamentos como linguagem grosseira, negligência, abandono, ofensas morais, falta de paciência, gritos, falta de informações ao paciente e tratamento com indiferença, realização de procedimentos ou exames sem



consentimento, de maneira inadequada ou desrespeitosa, discriminação com base em condição social ou etnia, bem como violência física (Aguilar, 2010, p. 138).

Situações como a perda de um filho é uma experiência profundamente traumática na vida de uma mulher. Ser culpabilizada por um profissional de saúde, acusada de tentar prejudicar seu bebê ou responsabilizada exclusivamente por sua morte, é uma situação extremamente prejudicial e dolorosa para a mulher, configurando também uma violência obstétrica (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 138).

Em síntese, são diversos os tipos de violência obstétrica representam uma séria preocupação no contexto da assistência à saúde das mulheres grávidas. Essas formas de violência abrangem procedimentos médicos desnecessários e invasivos, negligência e falta de respeito pelo consentimento e autonomia das gestantes. Portanto, é preciso que haja uma análise sobre a legislação brasileira, bem como sobre os precedentes judiciais, para melhor entendimento de qual a aplicabilidade legal no amparo e prevenção das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

#### 4.4 LEGISLAÇÃO

No início, o Ministério da Saúde tentou eliminar a expressão "violência obstétrica" ao se referir às mulheres que sofrem esse tipo de violência. Isso ocorreu devido à alegação de que os médicos não tinham a intenção deliberada de prejudicar ou causar danos às vítimas e consideravam o termo inadequado. Isso resultou em uma tentativa de evitar o uso dessa expressão por parte do governo. No entanto, durante a Tricentésima Décima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 16 de maio de 2019, foi emitida a Recomendação nº 024. Essa recomendação incluiu os seguintes pontos (Conselho Nacional de Saúde, 2019):

1. Interromper qualquer processo de exclusão da expressão "violência obstétrica", considerando seu reconhecimento nacional e internacional, bem como seu uso pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por governos de diversos países e pela sociedade brasileira. 2. Agir com maior intensidade e firmeza no combate a práticas e maus-tratos em maternidades, conforme recomendado pela OMS (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

O movimento de mulheres brasileiras desempenhou um papel fundamental na introdução da questão da violência de gênero no âmbito da saúde no Brasil, o que culminou na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), oficializado em 1983. Este programa incorporou de maneira explícita a agenda dos direitos sexuais e

reprodutivos, incluindo uma abordagem destacada sobre a violência de gênero. O PAISM estabeleceu uma perspectiva específica sobre o problema em todo o sistema de saúde pública (Minayo, 2006. p. 57).

Vale ressaltar que em 2004, o lançamento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, juntamente com um plano de ação abrangendo o período de 2004 a 2007, aprofundou as diretrizes do PAISM. Conforme os princípios e diretrizes dessa política e plano de ação, o Ministério da Saúde estabeleceu como meta expandir o número de serviços de atenção voltados para mulheres e adolescentes que vivenciam situações de violência nos municípios-polo das microrregiões, promovendo a formação de redes integradas de assistência (Minayo, 2006. p. 57).

A Lei 11.108, datada de 7 de abril de 2005 e conhecida como Lei do Acompanhante, representou um marco significativo no reconhecimento do bem-estar da parturiente, considerando as perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 19).

Através da Portaria nº 1.459/GM/MS, emitida em 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha, uma iniciativa que amplia os princípios de humanização do cuidado ao promover transformações na assistência e na gestão da saúde da mulher no período gestacional. Esta normativa orienta os profissionais de saúde a dar ênfase à utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos durante o trabalho de parto e também os prepara para enfrentar situações de sofrimento, angústia, medo e dor, que frequentemente afetam as mulheres nesse contexto (Teixeira; Soares; Brito; Carijo; Souza, 2020, p. 155-156).

O Código de Ética Médica, embora não aborde diretamente a violência obstétrica, contém disposições em alguns de seus artigos que vedam práticas que podem ser consideradas como tal. Dessa forma, dispõe que o médico deve priorizar a saúde do ser humano e agir com zelo e máxima capacidade profissional em benefício do paciente e é proibido de causar danos ao paciente por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Além disso, aborda a importância do consentimento informado do paciente e seu direito de decidir livremente sobre sua pessoa e bem-estar, sem limitações autoritárias. O médico deve obter o consentimento do paciente ou seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte e não poderá limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou bem-estar e deve evitar

exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se em procedimentos médicos, visitas ou consultas (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Esses artigos do Código de Ética Médica enfatizam a importância do respeito ao paciente, seu direito à tomada de decisões informadas e a proibição de causar danos por negligência, imperícia ou imprudência, o que se relaciona com aspectos da violência obstétrica quando não são respeitados (Conselho Federal de Medicina, 2018).

A violação dessas normas resulta na revogação da inscrição no Conselho Regional de Medicina correspondente a cada estado, impedindo o médico de continuar exercendo sua profissão. É importante destacar que a violência obstétrica não deve ser confundida com erros médicos comuns. Conforme apontado por Silvia Badim Marques, no Brasil, a violência obstétrica tem sido erroneamente tratada como um erro médico típico, embora essa forma de violência esteja intrinsecamente ligada a estados específicos, como o gestacional, puerperal e abortivo, e envolva questões de gênero. Marques ressalta que essa violência não é resultado de negligência ou imprudência dos médicos que prestam atendimento às mulheres, enfatizando a necessidade de uma tipificação específica da violência obstétrica, uma vez que o combate a esse tipo de violência requer abordagens diferenciadas (Marques, 2020, p.109-110).

A Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 da ANVISA determinou que na assistência ao trabalho de parto e pós-parto imediato, é essencial que o serviço promova o contato imediato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido, visando fortalecer o vínculo e evitar a perda de calor. Além disso, deve-se incentivar o aleitamento materno ainda no ambiente do parto (ANVISA, 2008).

Além disso, no acompanhamento do trabalho de parto, o serviço deve realizar a ausculta fetal de forma intermitente e monitorar os sinais vitais da parturiente. Também é necessário avaliar a dinâmica uterina, a altura da apresentação fetal, a variedade de posição, o estado das membranas, as características do líquido amniótico, a dilatação e o apagamento cervical. Todos esses parâmetros devem ser registrados em um partograma para acompanhar a evolução do trabalho de parto. Essa resolução também tratou de questões relacionadas à infraestrutura física, biossegurança, prevenção e controle de infecções para trabalhadores, mulheres e seus acompanhantes (ANVISA, 2008)

Além disso, a Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), datada de 11 de janeiro de 2010, declarou a ilegalidade da cobrança de despesas do acompanhante nos planos de saúde que incluem assistência hospitalar com

obstetrícia, independentemente de o atendimento ocorrer em quarto coletivo (enfermaria) ou privativo (individual).

Tanto a população em geral quanto os profissionais de saúde costumam não estar cientes das disposições presentes nas Portarias do Ministério da Saúde nº 1.067 – GM, datada de 4 de julho de 2005, e nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. A primeira aborda os princípios, diretrizes e referências relacionadas ao atendimento à saúde da mulher em seus processos reprodutivos e ao recém-nascido. A segunda estabelece os direitos e deveres dos usuários do sistema de saúde. Ambas as portarias, do ponto de vista normativo, abordam de maneira abrangente os aspectos ligados ao atendimento humanizado. Conforme afirmado no próprio texto da portaria de 2005, essas normas "definem mecanismos de regulação e estabelecem os fluxos de referência e contra-referência que asseguram o atendimento adequado à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido"(Rede Parto do Princípio, 2012, p. 24).

Além disso, o Brasil é signatário de vários tratados internacionais que envolvem direitos humanos e saúde da mulher. Embora não haja nenhum tratado específico sobre violência obstétrica, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979) trata sobre direito das mulheres e visa eliminar a discriminação, inclusive na saúde.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1996) combate a violência contra as mulheres em todas as formas, que, por analogia, pode se incluir a violência obstétrica. No mesmo sentido tem-se a Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que reconhece o direito a um padrão de vida adequado, incluindo o direito à saúde e maternidade seguras.

Nessa toada, ressalta-se ainda a Agenda 2030 para o Desenvolvimento sustentável da ONU, que apesar de não se tratar de um tratado específico, inclui objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados à saúde, igualdade de gênero e direitos humanos que se relacionam diretamente com o combate à violência obstétrica.

Diante do exposto e da atual falta de respaldo legal no Brasil, no que diz respeito à violência obstétrica, é irrefutável que as mulheres têm seus direitos violados. (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p. 127). É sob essa perspectiva que se analisa a quantidade de projetos de leis que tratam sobre o tema, evidenciando a necessidade de proteção às mulheres gestantes e parturientes.

#### **4.4.1 Projetos de lei**

A questão da violência obstétrica tem ganhado destaque crescente na sociedade e chama a atenção para a necessidade de proteger os direitos e a dignidade das mulheres durante a gestação e o parto. É neste cenário que os projetos de lei relacionados à violência que as mulheres sofrem no ciclo gravídico-puerperal surgem, visando o impacto positivo em suas vidas.

Nesse sentido, Silvia Badim Marques (2020, p. 110-111) realizou uma pesquisa e montou uma tabela nas quais elenca nove projetos de leis, entre 2013 a 2019. Nesta toada, observa-se a crescente demanda sobre o tema, o que resultou maior número de projetos no ano de 2019. Esses projetos de lei tratam sobre temas que permeiam os direitos das mulheres gestantes/puérpera, como a instituição da Política Nacional de Atendimento à Gestante, humanização da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, além de disposições específicas contra a violência obstétrica.

Na Câmara, já tramitam propostas visando coibir a violência obstétrica, como os projetos de lei 7867/17 e 8219/17, que estão apensados ao PL 6567/13, do Senado, que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a oferecer à gestante parto humanizado. Além disso, tramita na assembleia legislativa de Minas Gerais o PL 5474/2018, que visa instituir a Semana Estadual do Combate à Violência Obstétrica, tendo sido distribuído às Comissões de Constituição e Justiça e de Defesa dos Direitos da Mulher.

Quanto ao poder legislativo, a bancada do PSOL na Câmara é uma das que mais atuam em relação ao tema. Parlamentares já propuseram dois projetos a respeito, um deles em 2014 e outro em 2019 (Paula; Duarte, 2022).

Em reportagem realizada pelo jornal O Globo, a Deputada Talíria Petrone (PSOL-RJ), autora de um dos projetos de lei com tema voltado à violência obstétrica afirma que é escandaloso que essa pauta não mobilize o Congresso Nacional, pois pelo menos 25% das mulheres que parem no Brasil sofrem violência obstétrica. A Deputada responsabiliza a falta de legislação no tema ao Congresso Nacional majoritariamente masculino, em que as pautas que envolvem a vida das mulheres são invisibilizadas. A Deputada Alice Portugal (PCdoB-BA) aborda sobre a gravidade da falta de lei sobre o tema e revela que, com o aumento de relatos, se faz urgente o congresso legislar sobre o tema (Paula; Duarte, 2022).

Desta forma, a quantidade de projetos de leis que foram apresentados, além de outros diversos projetos a nível municipal, refletem a demanda jurídica sobre o assunto. Fica assim demonstrado que a criação dessas leis reflete o estabelecimento de algumas diretrizes

contra a violência obstétrica, com intuito de assegurar o direito das mulheres, promovendo sua saúde e bem-estar.

Além disso, debater a violência obstétrica é uma forma de avançar em direção ao respeito e às boas práticas no seu combate. Foi com esse objetivo que Comissão de Mulheres promoveu uma audiência pública com a participação de pessoas ligadas à sociedade civil, ao poder público e à comunidade médica que lidam com essa violência no seu dia a dia (Câmara Municipal de Belo Horizonte, 2021).

O encontro foi organizado pela vereadora Iza Lourença (Psol), que presidiu a reunião e afirmou que esse é um momento de escuta daquelas que tratam e sofreram em relação a esta temática. Neste diapasão, foi tratada sobre a possibilidade de nascer de forma respeitosa no Brasil e também da possibilidade de que as mulheres se sintam respeitadas em todos os momentos. Para o médico obstetra Edson Borges, o poder público, os profissionais da área médica e as mulheres são aquilo que sustenta a proposta de uma relação humanizada com a gestação e o parto (Câmara Municipal de Belo Horizonte, 2021).

Esse tipo de discussão realizada no âmbito do poder legislativo desempenha um papel importante na busca por resultados positivos, pois permite ouvir as necessidades da sociedade e, conseqüentemente, tomar medidas apropriadas. Nesse contexto, a audiência pública promovida pela Comissão de Mulheres resultou em três encaminhamentos. Conforme destacado pela vereadora Iza Lourença, essas ações incluem o envio de um pedido de informação para verificar o cumprimento das orientações da Comissão Perinatal pela Prefeitura de Belo Horizonte, o fortalecimento do programa Gestação Legal da Defensoria Pública de Minas Gerais e uma indicação ao Executivo para que as maternidades públicas e privadas da cidade voltem a contar com a presença das doulas em seus serviços de atendimento, cumprindo a legislação municipal que encontra-se em vigor (Câmara Municipal de Belo Horizonte, 2021).

Entretanto, apesar da eficácia dessa abordagem para a melhoria do entendimento da sociedade e de suas necessidades, um levantamento conduzido pelo Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea) a pedido do GLOBO (2022) identificou que há, no mínimo, 13 projetos de lei apresentados na Câmara dos Deputados que abordam o tema de violência obstétrica de alguma forma. Um desses projetos foi apresentado cerca de uma década atrás, mas nunca foi aprovado, o que indica um atraso na concretização de todo o esforço realizado por meio de reuniões como as mencionadas anteriormente.

A descoberta de um caso de abuso sexual envolvendo um anestesista que agia durante o parto de gestantes em uma maternidade no Rio de Janeiro serviu de estímulo para a

bancada feminina do Senado trabalhar na elaboração de uma proposta legislativa. A minuta dessa proposta ainda se encontra em fase de desenvolvimento. Visando a agilizar sua aprovação, as senadoras estão costurando um acordo para apresentar o texto de maneira conjunta com a Câmara dos Deputados. Segundo a deputada Talíria Petrone (PSOL-RJ), autora de um dos projetos, é lamentável que tenhamos um Congresso Nacional predominantemente composto por homens, no qual as questões relacionadas à vida das mulheres frequentemente não recebem a devida atenção (Paula; Duarte, 2022).

Portanto, nota-se como essas propostas legislativas buscam estabelecer diretrizes e medidas concretas para prevenir, combater e punir a violência obstétrica, além de promover uma assistência ao parto mais humanizada e respeitosa, podendo resultar em projetos de leis que representem avanços para a saúde das grávidas e puérperas.

Nesse sentido, observa-se também a importância do ativismo no poder legislativo, em promover debates e acordos para a possibilidade de criação e a aprovação das leis que visam defender a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, sob pena de terem o projeto parado durante anos, em face de um congresso predominantemente masculino e machista, evidenciando que somente a criação de um projeto não efetiva de fato o direito das mulheres, apesar de representar um avanço.

#### **4.4.2 Leis Estaduais brasileiras**

Para permitir uma atuação eficaz do sistema de justiça contra a violência obstétrica, é crucial que o Poder Legislativo, especialmente o Poder Legislativo Federal, discipline legalmente o assunto. Os Estados e Municípios possuem competência concorrente para legislar sobre proteção e defesa da saúde, por isso, muitos deles já promulgaram leis abordando a proteção das mulheres durante o parto e puerpério, bem como a caracterização da violência obstétrica. Exemplos incluem a Lei Distrital nº 6.144/2018, a Lei Estadual de Santa Catarina nº 17.097/2017 e a Lei Municipal de João Pessoa nº 13.061/2015, entre outras (Marques, 2020, p. 109-110).

Essas leis buscam definir e caracterizar a violência obstétrica, abrangendo atos verbais e físicos ofensivos praticados pela equipe de assistência a mulheres grávidas ou no puerpério, em diversos estabelecimentos de saúde. No entanto, é fundamental que o Legislativo Federal aborde a questão para estabelecer sanções específicas contra a violência obstétrica, algo que não pode ser eficazmente regulamentado por leis estaduais e municipais (Marques, 2020, p. 109-110).

A Lei nº 3.385, de 27 de Julho de 2018 é a do estado do Tocantins, ela traz no seu artigo 2º a conceituação do que é a violência obstétrica “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pela equipe multiprofissional do hospital, da maternidade e da unidade de saúde ou por um familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de estado puerperal.”

No artigo 3º traz expressamente quais condutas são de fato ofensas verbais e físicas na violência obstétrica. O artigo 4º traz a obrigação de se expor a Lei nos ambientes em hospitais, postos de saúde, unidades básicas de saúde e os consultórios/clínicas médicas especializados no atendimento da saúde da mulher, afim de informar à população a existência da lei e a sua proteção. (Tocantins, 2018)

A Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017 do estado de Santa Catarina também tem o mesmo intuito, regular a lacuna normativa que existe nesse âmbito, de forma estadual. Em seu artigo 2º define a violência obstétrica “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”.

Em seu artigo 3º também se presta a trazer as condutas que de fato são consideradas ofensas física e verbal. No entanto, o artigo 4º se mostrou um tanto quanto mais complexo, ele dispõe que “O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica”. Além disso, dispõe que a cartilha será em linguagem simples.

O artigo 5º trouxe a mesma temática que o artigo 4º da Lei de Tocantins, dispondo que “Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º desta Lei”, devendo ainda o cartaz informar os órgãos e os tramites para fazer a denúncia nos casos de violência que a lei tratar. (Santa Catarina, 2017)

Recentemente, o Projeto de Lei 2.955/2021, apresentado pelo deputado Chió, foi aprovado com o propósito de garantir o direito à assistência, saúde, parto de qualidade e maternidade saudável. O projeto estabelece princípios como o respeito à dignidade da gestante, a autonomia de escolha das gestantes e suas famílias, bem como a humanização na atenção obstétrica. Também enfatiza a preferência pela utilização de métodos menos invasivos e mais naturais. O objetivo é assegurar a proteção familiar antes, durante e após o



nascimento dos filhos, proporcionando amparo estatal e conforto, respaldados pela legislação, para garantir uma maternidade saudável em todas as fases. O deputado Chió justificou a importância desse amparo (Assembleia Legislativa da Paraíba, 2022)

Diversas outras iniciativas têm sido implementadas para garantir um parto seguro e humanizado para as mulheres na Paraíba. Por exemplo, a Lei 10.548, proposta pelo deputado Nabor Wanderley, estabelece o Pacto Estadual Social para a Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento. Essa lei coloca a parturiente no centro das decisões relacionadas ao seu parto, garantindo seu direito de escolher os procedimentos que proporcionem maior conforto e bem-estar, incluindo o uso de analgésicos e anestésicos para alívio eficaz da dor, além de proibir procedimentos desnecessários.

Outras duas leis merecem destaque entre as diversas iniciativas voltadas para a promoção e segurança das gestantes, parturientes e puérperas na Paraíba: a Lei 10.648, proposta pelo deputado Anísio Maia, e a Lei 9.602, apresentada pelo deputado Jose Anibal. A primeira lei regula a presença de doulas durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato nas maternidades da rede pública e privada do Estado. Já a segunda lei trata da obrigação das maternidades de informarem sobre o direito à presença de um acompanhante durante o parto e pós-parto imediato.

Essas iniciativas evidenciam o compromisso da Assembleia Legislativa em proporcionar condições humanizadas para as mulheres, abrangendo desde a gestação até o pós-parto. As leis refletem o contínuo esforço da instituição em cumprir sua missão social, em sintonia com as necessidades reais da população paraibana, conforme destacado por Adriano Galdino.

Este projeto atua no sentido de combater a violência obstétrica e apresenta um valor incalculável. Representa uma iniciativa de significativa importância para as mulheres da Paraíba e para a população em geral do estado, conforme destacou a deputada Estela Bezerra.

Desta maneira, observa-se que existência de leis estaduais voltadas para a prevenção e combate à violência obstétrica representa um passo importante na proteção dos direitos das gestantes, além de representar a crescente demanda das mulheres sobre esse tema, bem como demonstra o compromisso do estado em assegurar os direitos das gestantes, visto que atualmente a responsabilização dos agentes se dá de forma análoga, como será visto por meio dos precedentes judiciais a seguir.

#### 4.5 PRECEDENTES JUDICIAIS

A nível federal, ainda não existe uma lei brasileira específica que aborde a violência obstétrica. Como mencionado anteriormente, o termo "violência obstétrica" é empregado nos tribunais como uma base para tomar decisões, evidenciando a existência dessa forma de violência em um contexto extremamente específico. Isso aponta para uma lacuna na legislação nacional. Devido a essa lacuna, as leis aplicadas em casos de violência obstétrica são tratadas como crimes comuns, não considerando a natureza de gênero dessa violência contra mulheres em situação de vulnerabilidade temporária, conforme discutido a seguir.

A ausência de legislação específica em relação à violência obstétrica resulta na apresentação de ações judiciais com o objetivo de permitir que o Poder Judiciário conceda reparação às mulheres, e em muitos casos, também aos bebês, pelos danos sofridos. Para esse fim, foram analisados os seguintes aspectos nos julgados selecionados: a jurisdição do Poder Judiciário, o tipo de recurso, a decisão, os fundamentos legais da sentença (como o Poder Judiciário se posicionou) e a data da decisão. Entre os casos selecionados, três julgados foram proferidos em 2018, um em 2019 e outro em 2020 (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p. 130)

É crucial notar que, em todos os julgados, o Poder Judiciário tem refletido a tendência de normalização da violência obstétrica, ao considerar denúncias contendo evidências de comportamentos violentos como improcedentes, muitas vezes julgando-as inviáveis ou sem fundamento. Isso é ilustrado por um julgado emitido no início de 2020, em que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro reconhece a responsabilidade do hospital municipal, mas "conclui que o nexo de causalidade entre a conduta dos agentes públicos e os danos sofridos durante o parto não é suficiente, com base na documentação apresentada nos autos. Não foi comprovado erro médico" (Brito; Oliveira; Costa, 2020, p. 132).

É relevante notar os resultados da pesquisa jurisprudencial conduzida por Maiane Cibele de Mesquita Serra sobre a violência obstétrica nos principais tribunais do país, o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ). Utilizando palavras-chave específicas, os resultados foram os seguintes: Para a expressão "violência obstétrica", não foram encontrados acórdãos em nenhum dos tribunais; Para "episiotomia", um acórdão foi identificado no STF e nenhum no STJ; Para "manobra de Kristeller", dois acórdãos foram localizados no STJ e nenhum no STF; No caso de "cesárea lesão", nenhum acórdão foi encontrado; "Lesão no parto" apresentou dois acórdãos no STF e quinze no STJ; "Erro médico parto" resultou em 32 acórdãos no STJ, mas nenhum no STF; "Demora no parto" revelou três acórdãos no STF e seis no STJ.; Quanto a "ocitocina", apenas um acórdão foi identificado no STJ e nenhum no STF (Serra, 2018, p. 130-131).

No artigo de Lévesques e Ferron-Parayre (2021, p. 1009-1018), é argumentado que a definição de violência obstétrica, considerando a intencionalidade dos danos, deve ser reavaliada. Isso se deve ao fato de que, intencional ou não, a violência obstétrica continua a ocorrer. Além disso, eles destacam a importância de levar em consideração a perspectiva da pessoa que sofre a violência ao caracterizar o que constitui a violência obstétrica. Eles argumentam que quando alguém sofre violência e não possui um termo correspondente para descrevê-la, isso se configura como mais uma forma de violência contra a mulher.

Entretanto, de acordo com a observação de Sauia e Serra (2016, p. 128-147), devido à falta de uma legislação específica, não há razão para que os profissionais do direito não possam tomar medidas punitivas em relação a essa prática. Isso ocorre porque a norma constitucional se baseia em princípios que devem ser aplicados em situações de lacunas na legislação.

Contudo, nos casos analisados, não há distinção em relação a outros casos de erros médicos e danos a pacientes que estão em tramitação nos Tribunais. Em outras palavras, a violência obstétrica é atualmente abordada da mesma forma que os erros médicos comuns no âmbito legal, não havendo uma diferenciação de gênero nem uma tipificação específica para esses tipos de violência. Isso implica em diferentes abordagens no sistema de justiça (Marques, 2020, p. 109)

Quanto a aplicação da punibilidade ao médico, quando há o desrespeito ao Código de Ética Médica, poderá pelas sanções dispostas na Lei 3.268/57, podendo estar relacionadas desde advertências até a cassação do direito de exercer a profissão. Essa responsabilidade pode ser também aplicada concomitantemente à responsabilidade penal a depender do caso. Aos profissionais da enfermagem, aplica-se o desrespeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Junto à falta de legislação específica, a senadora Eliziane Gama (Cidadania-MA), líder da bancada feminina do Senado, destacou que outro desafio significativo reside na falta de aplicação efetiva das leis existentes. Ela enfatizou a importância da atuação dos órgãos de fiscalização e controle para garantir o cumprimento adequado das leis e a devida sanção dos responsáveis (Paula; Duarte, 2022).

A responsabilidade criminal dos agentes que promovem a violência médica se dá de diferentes formas. Isso acontece porque, para os diferentes tipos de violência obstétrica, são moldados em tipificações criminosas que melhor cabem à situação, afim de amparar da melhor forma a vítima, punindo o agressor pelas atitudes realizadas com as sanções subsidiariamente aplicadas à violência obstétrica na existência de uma lacuna normativa a

nível federal. A ausência de legislação específica dificulta a aplicação das sanções, afetando a saúde psíquica e física da mulher enquanto medidas não são tomadas, bem como a falta de punibilidade do agente.

#### 4.6 A NECESSÁRIA CRIAÇÃO DE UMA LEI ESPECÍFICA

Diante de todo o exposto, se tornou evidente que, em decorrência do gênero, as mulheres sofrem diversos tipos de violência durante a gravidez, o parto e o pós-parto, importando em sua saúde física e mental. Neste ponto, observou-se que, embora existam normas e regulamentações que sejam aplicadas de forma subsidiária, a ausência de uma lei específica que aborde de maneira abrangente e detalhada a violência obstétrica tem gerado lacunas na proteção das vítimas e na punição dos agressores, pois não existem diretrizes claras e sanções específicas na abordagem deste problema.

Nesse sentido, em análise à necessidade da legislação acerca da violência obstétrica, faz-se imperioso trazer à exposição a legislação nacional adotada pela argentina. De forma geral, o dispositivo legal venezuelano é notável por sua precisão na repressão e erradicação da violência obstétrica, bem como outras formas de violência e crimes, através de uma abordagem rigorosa e punitiva. Ele estabelece claramente as condutas proibidas aos profissionais de saúde em relação a mulheres grávidas ou em trabalho de parto, com penalidades determinadas pela lei orgânica em caso de violação. Em contraste com a Lei Nacional nº 25.929 da República Argentina, que trata especificamente da violência obstétrica, não há uma legislação semelhante no ordenamento jurídico venezuelano. Isso coloca a sociedade civil, representada por organizações como a REVEHUNA - Rede Venezuelana de Humanização do Nascimento, no papel de conscientizar mulheres e pais sobre seus direitos e os direitos de seus filhos durante o parto (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 49-50).

Além disso, a lei venezuelana não faz menção ao direito ao acompanhante durante o parto ou à sua presença como um fator de bem-estar e escolha da mulher. Também não estabelece como mães, pais e filhos devem ser tratados no contexto do atendimento à saúde, exceto pelos direitos à proteção da maternidade, ao vínculo mãe-filho e ao aleitamento materno, conforme disposto nos artigos 44, 45 e 46 da Lei Orgânica de Proteção aos Meninos, Meninas e Adolescentes. Portanto, a legislação venezuelana carece de normatização quanto ao conceito de humanização no atendimento ao parto e ao entendimento desse processo como um evento familiar. Nesse sentido, a estrutura legal argentina oferece uma abordagem mais sólida na construção de uma prática médica e social que não apenas protege os direitos das mulheres

contra a violência, mas também atende às necessidades da sociedade em seus aspectos biológicos, culturais e políticos (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 49-50).

A análise do dispositivo legal argentino destaca a diferença no enfoque e na celeridade das autoridades legais brasileiras em relação à assistência ao parto e nascimento. Além disso, a taxa de cesarianas realizadas nos dois países é um fator relevante a ser considerado. Em 1995, o índice de cirurgias no Brasil era cerca de 36%, enquanto na Argentina esse número não ultrapassava 23%. No entanto, em março de 2009, a República Argentina sancionou a Lei nº 26.485, intitulada "Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais" (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 27-28).

Essa lei tipifica seis tipos de violência contra a mulher, incluindo a violência obstétrica, juntamente com a violência doméstica, institucional, laboral, contra a liberdade reprodutiva e midiática. Por outro lado, em 25 de novembro de 2006, durante o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Esta lei substituiu a Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família de 1998 e foi publicada na Gazeta Oficial nº 38.647 em 19 de março de 2007. Além disso, a introdução à lei em sua publicação oficial é notável, uma vez que evidencia o reconhecimento do Estado em relação à necessidade de políticas específicas para abordar as questões de gênero (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 27-28).

Em uma publicação sobre a ética no exercício da ginecologia e obstetrícia, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) destaca a importância da humanização do atendimento no contexto da ginecologia e obstetrícia, ressaltando a humanização tanto dos profissionais de saúde que lidam com gestantes e parturientes quanto do próprio processo de atendimento, com o objetivo de empoderar a mulher e promover a sua participação ativa no processo de parto (CREMESP, 2004).

O CREMESP enfatiza a necessidade de os médicos, que desempenham um papel de autoridade na equipe de saúde, fornecerem informações completas e apropriadas às gestantes, abrangendo temas como os métodos de parto, intervenções e procedimentos a serem realizados, seus motivos, riscos e benefícios, opções de analgesia, a escolha do local de parto e o direito à presença de um acompanhante escolhido pela gestante. Essas ações devem estar alinhadas com quatro princípios bioéticos fundamentais que orientam a prática médica: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (CREMESP, 2004).

Analisando a realidade brasileira, identificamos os seguintes pontos: 1) é fundamental garantir a efetiva aplicação das leis existentes; 2) é necessário rever os dispositivos legais para evitar interpretações que possam prejudicar direitos presumidamente assegurados; 3) deve-se considerar a implementação de novas leis para garantir a plena realização dos princípios promovidos nas campanhas governamentais de humanização (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 52).

Com base no exposto, e sem desconsiderar qualquer designação que possa receber, é inegável a existência de práticas que violam os direitos das mulheres durante o atendimento ao parto. Isso ressalta a importância de promulgar legislação específica sobre o assunto. Uma questão que pode surgir é se a eficácia variável da legislação em alguns países que abordaram a violência obstétrica indica que essa abordagem é inadequada para erradicar a assistência desrespeitosa no parto. Na minha análise, a resposta a essa pergunta deve ser negativa, com uma ressalva: a legislação é fundamental, mas não é suficiente. Além disso, é essencial promover conscientização e treinamento dos profissionais que atuam nesse contexto. Ao examinar a reação da Organização Médica Colegiada à inclusão do termo "violência obstétrica" no Projeto de Lei Orgânica para a Reforma da Lei Orgânica 2/2010, observa-se que foi mais defensiva do que reflexiva. Esse aspecto realça a necessidade de abordar essa questão com cautela (Medina-Castellano, 2023, p. 45-46)

Na região sul e sudeste do Brasil, têm sido implementadas mais políticas para combater a violência obstétrica, como indicado pelo aumento na quantidade de acórdãos abordando o tema nessa área, em comparação com outras regiões do país. Esses casos estão alcançando os tribunais superiores. No entanto, vale observar que esses casos não rotineiramente empregam o termo "violência obstétrica," o que limita a notoriedade e a atenção necessária ao assunto. Essa ausência de terminologia ocorre em razão da invisibilidade do fenômeno da violência obstétrica, que ainda não é uma ocorrência frequente nos processos judiciais. Não obstante, apesar da falta do nome nos julgamentos, os acórdãos evidenciam de maneira clara a ocorrência da violência obstétrica (Silva; Serra, 2017, p. 2440-2441).

A necessidade de estabelecer a punibilidade é uma questão urgente. A violência obstétrica é considerada um crime e requer inclusão na legislação federal. É um tipo de crime que guarda relação com o crime de gênero, conforme expressado pela coordenadora de educação, serviço e legislação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), Kleyde Ventura de Souza. Segundo a coordenadora, a aplicação de

sanções nesses casos não eliminará completamente a violência obstétrica, mas terá o efeito de constranger aqueles que a praticam (Andrade; Pimentel, 2022).

Nesse contexto, considerando a crescente visibilidade e demanda das mulheres em relação ao tema, o Projeto de Lei 422/23 propõe a inclusão da violência obstétrica entre as categorias de violência contempladas pela Lei Maria da Penha, que estabelece dispositivos para combater a violência doméstica e familiar contra a mulher. O projeto atualmente se encontra em fase de análise na Câmara dos Deputados.

Conforme a proposta, a violência obstétrica é definida como qualquer ação direcionada à mulher no contexto do trabalho de parto, parto ou puerpério que resulte em dor, dano ou sofrimento injustificado, realizada sem o seu consentimento, desrespeitando sua autonomia ou em desacordo com os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Conforme o documento, União, estados, Distrito Federal e municípios, em todas as instâncias de governo, manterão um diálogo constante entre instituições a fim de desenvolver políticas públicas integradas destinadas a prevenir e coibir a violência obstétrica.

A deputada Laura Carneiro (PSD-RJ), autora da iniciativa, ressalta a importância do diálogo entre todas as entidades jurídicas de Direito Público, em todas as esferas de governo, na formulação de políticas públicas abrangentes relacionadas à prevenção e repressão da violência obstétrica (Agência Câmara de Notícias, 2023).

Diante do exposto, a urgência em combater as práticas abusivas que violam os direitos das gestantes e a falta de eficácia na legislação atualmente posta foi percebida pelo poder legislativo. Nesse sentido a apresentação do Projeto de Lei 422/23, que propõe a inclusão da violência obstétrica na Lei Maria da Penha, representa um avanço significativo no caminho de proteger esses direitos. Portanto, a visibilidade dada ao tema e o compromisso em elaborar políticas públicas integradas para prevenção e repressão dessa violência refletem a necessidade de uma abordagem abrangente e eficaz para combater esse problema, sendo a tramitação deste projeto um passo importante na garantia ao respeito e dignidade da mulher.

## 5 CONCLUSÃO

Portanto, entender o histórico por trás da subjugação dos corpos femininos e a diferença de tratamento entre os sexos, importa ao entender os pressupostos da autonomia e liberdade, bem como a gama de direitos que lhe são ofertadas, a exemplo dos direitos da personalidade, direitos reprodutivos e quais são seus fundamentos constitucionais.

Neste ponto, foi interessante ainda analisar a autonomia sob certos aspectos, como o da filosofia, da bioética e do direito, evidenciando assim certos princípios que devem ser seguidos pelos agentes da saúde, como os princípios da beneficência e não-maleficência.

Não obstante destes entendimentos, quanto trata-se da relação médico paciente, foi possível analisar seu histórico conflituoso, pela instituição do paternalismo, que ele envolve a concessão ao médico do poder de determinar o que é melhor e mais apropriado para cada paciente, tolhendo sua autonomia, sendo limitativo para as vontades e crenças individuais dos pacientes.

Dessa forma, podemos perceber como a subjugação das mulheres também tem impactos negativos nesse contexto, tornando a relação médico-paciente na obstetrícia ainda mais complexa. Essa dinâmica hierárquica se estende ao longo de todos os estágios da vida das mulheres, sendo posta sempre em lugares de submissão. Seu corpo passou a ser considerado inapropriado até para a realização do próprio parto, havendo forte intervenção neste âmbito.

No século XIX ocorreu a medicalização do parto, transformando-o de um evento essencialmente feminino para um procedimento médico de natureza masculina. Nesse período, o parto passou a ser considerado como um processo potencialmente arriscado e patológico, levando à transferência da responsabilidade pelo seu manejo da mulher para o médico. Esse cenário resultou na concentração do controle do parto nas mãos do médico, homem, que passa a ter ainda mais controle sobre o corpo e a sexualidade feminina.

É neste sentido em que há a necessidade da presença do consentimento, que deve ser obtido por meio do dever de informação do médico e pela construção de um diálogo e compreensão entre as partes. Para que isso ocorra, o médico deve estabelecer com o paciente uma relação que deve ser baseada na confiança entre ambos.

Para que o paciente possa conceder um consentimento informado e genuíno, é fundamental que ele tenha um entendimento completo de todas as informações disponibilizadas, as quais derivam do dever de informação dos profissionais de saúde. Isso desempenha um papel crucial na prevenção de qualquer forma de consentimento baseada em



equivocos ou vícios. Nesse contexto, a comunicação entre o médico e o paciente assume uma importância central, pois precisa ser transparente e eficaz, possibilitando que o paciente absorva as informações fornecidas e tome decisões em harmonia com suas preferências e valores pessoais.

Demonstrou-se ainda que outra forma de impedir as práticas que violam a dignidade da mulher no ciclo gravídico-puerperal, sendo impeditivo da limitação de sua autonomia e liberdade, a elaboração do Termo de Consentimento livre e esclarecido e o plano de parto.

Dentro desse contexto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um registro por escrito que documenta o consentimento do participante ou de seu representante legal, que deve ser voluntário e informado. Este documento deve conter todas as informações cruciais de maneira clara, direta e de fácil compreensão, sendo capaz de trazer maior autonomia para as gestantes e puérperas.

Nessa mesma linha de pensamento, o Plano de Parto confere autonomia às mulheres, pois trata-se de um registro preparado durante a gravidez no qual a mulher delinea os procedimentos médicos que deseja evitar e aqueles que aceita. Ele faz com que as mulheres pesquisem e reflitam sobre as práticas e conduções desejam para o seu parto, com o objetivo de prevenir abusos e também de informar a equipe médica sobre seu conhecimento em relação a direitos, práticas hospitalares e suas preferências.

Em vista de toda essa explanação sobre histórico dominador sobre o sexo masculino sobre o feminino, limitação da liberdade, autonomia e exercício do próprio direito, além da busca pelo entendimento da relação médico-paciente são elementos essenciais para entender como se dão as violências obstétricas.

O termo violência obstétrica ou violência institucional é utilizado para abranger diversas formas de prejuízos infligidos às mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Essa violência, considerada como uma manifestação de violência de gênero, está intimamente ligado à violação dos direitos humanos e da dignidade das mulheres e se caracteriza pela imposição de procedimentos que afetam tanto sua integridade física quanto sua saúde mental.

A violência obstétrica é cometida, em regra, por profissionais e instituições de saúde. Por isso, tratar da a violação da dignidade da gestante no momento do parto e o delineamento das práticas abusivas em obstetrícia e suas implicações biojurídicas pressupõe o entendimento do porquê ela ocorre, considerando-a como uma violência de gênero, fazendo conexão com todo o histórico feminino e subjugação de seus corpos apresentados anteriormente.

Nesta perspectiva, para melhor entender a problemática central, quer seja a eficácia da legislação brasileira em amparar as vítimas da violência obstétrica e sancionar os respectivos responsáveis garantindo a resolução das demandas biojurídicas, debruçou-se sobre as práticas abusivas e a violação de direitos fundamentais da gestante, de modo em que se delimitou os profissionais e instituições de saúde como agentes dessa violência e mulheres no ciclo gravídico-puerperal como sujeitas à esta violência, além de delimitar quais são as condutas que se classificam como violência obstétrica.

Adentrando ainda sobre a indagação da problemática que envolve o tema, tratou-se da legislação existente, onde se observou que, a nível federal, só existem direitos esparsos para a proteção das mulheres e punição dos responsáveis, comprovado pelos precedentes judiciais, que não utilizam a expressão “violência obstétrica” em nenhum julgado, havendo uma normalização desta prática, bem como a sanção por analogia, sendo encontrada em julgados como erro médico. Este cenário foi apontado como decorrência da falta de legislação federal específica.

O movimento de mulheres no Brasil desempenhou um papel crucial na introdução da questão da violência de gênero no campo da saúde. Deste movimento resultou na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa incorporou a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo uma ênfase significativa na questão da violência de gênero.

Além disso, a Lei do Acompanhante representou um marco importante no reconhecimento do bem-estar das parturientes. A iniciativa Rede Cegonha também desempenhou esse papel relevante, pois ampliou os princípios de humanização do cuidado e promovendo transformações na assistência e gestão da saúde da mulher durante a gravidez. A Rede Cegonha orienta profissionais de saúde a priorizar o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos durante o trabalho de parto, tornando-o menos interventivo e medicamentado, humanizando todo o procedimento e preparando-os para lidar com situações de sofrimento, angústia, medo e dor frequentemente enfrentadas pelas mulheres.

Ademais, existem vários projetos de lei que se dedicam especificamente a questões relacionadas à violência durante o ciclo gravídico-puerperal. Esses projetos buscam estabelecer diretrizes e medidas concretas para prevenir, combater e punir a violência obstétrica, ao mesmo tempo em que promovem a humanização e o respeito no atendimento às gestantes e puérperas. Essas iniciativas legislativas têm o potencial de representar avanços significativos na promoção da saúde das mulheres nessa fase.

O ativismo no âmbito do poder legislativo desempenha um papel crucial ao promover debates e acordos que podem levar à criação e aprovação de leis voltadas para a proteção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Isso ocorre mesmo diante dos desafios que podem surgir, como a paralisação de projetos de lei ao longo de anos, devido à predominância de um congresso com maioria masculina e marcado por perspectivas machistas. Isso evidencia que a mera elaboração de um projeto de lei não garante, por si só, a efetivação dos direitos das mulheres, embora represente um avanço.

A falta de legislação sobre o tema está relacionada a invisibilidade da mulher no Congresso Nacional, devido a predominância de homens, que frequentemente deixam em segundo plano as pautas que dizem respeito à vida das mulheres. Diante do aumento dos relatos de violência obstétrica e na ausência de legislação sobre o assunto e destaca a urgência de o Congresso Nacional abordar essa questão, especialmente.

É sob este último ponto que se trabalha a ideia da necessidade da criação de uma lei específica. Diante de todo o exposto, se tornou evidente que, em decorrência do gênero, as mulheres sofrem diversos tipos de violência durante a gravidez, o parto e o pós-parto, importando em sua saúde física e mental. Neste ponto, observou-se que, embora existam normas e regulamentações que sejam aplicadas de forma subsidiária, a ausência de uma lei específica que aborde de maneira abrangente e detalhada a violência obstétrica tem gerado lacunas na proteção das vítimas e na punição dos agressores, pois não existem diretrizes claras e sanções específicas na abordagem deste problema.

Nesse sentido, as leis estaduais de Santa Catarina e Tocantins, bem como as leis da Venezuela e Argentina se demonstram como ótimos parâmetros de legislações a serem adotadas pelo Brasil, e evitaria que os precedentes judiciais fossem todos com base em analogias, ou com aplicabilidade da tipificação geral em uma prática que é específica, como percebido na atualidade.

Portanto, em resposta à problemática central, entendeu-se que a legislação atual não é eficaz para proteger as mulheres gestantes e responsabilizar os agentes dessa violência, se fazendo necessária a criação de uma lei federal específica para tanto. Este também foi o entendimento da organização governamental Rede Parto do Princípio (2012, p.52) ao identificar a necessidade de garantir a efetiva aplicação das leis existentes e rever os dispositivos legais para evitar interpretações que possam prejudicar direitos presumidamente assegurados, além disso, é imperativo que se avalie a necessidade de promulgar novas leis a fim de assegurar a plena concretização dos princípios propagados nas campanhas governamentais de humanização.

Diversos representantes do poder legislativo também elencaram a necessidade de estabelecer a punibilidade é uma questão urgente. A violência obstétrica é considerada um crime e requer inclusão na legislação federal. É um tipo de crime que guarda relação com o crime de gênero, devendo ser previsto como tal.

Com base no que foi discutido, e sem desconsiderar qualquer denominação que possa ser atribuída a essa problemática, é indiscutível que existem práticas que violam os direitos das mulheres durante o atendimento ao parto. Isso reforça a importância de promulgar legislação específica sobre o assunto. A legislação é fundamental, mas não é suficiente sozinha. Além disso, é essencial promover conscientização e treinamento dos profissionais que atuam nesse contexto.

Em vista dessa realidade, há hoje proposto o Projeto de Lei 422/23 que propõe a inclusão da violência obstétrica entre as categorias de violência contempladas pela Lei Maria da Penha. Conforme o documento, União, estados, Distrito Federal e municípios, em todas as instâncias de governo, manterão um diálogo constante entre instituições a fim de desenvolver políticas públicas integradas destinadas a prevenir e coibir a violência obstétrica.

Este panorama revela que a legislação brasileira não é eficaz contra o combate à violência institucional e que havia a necessidade de se ter uma Lei Federal que protegesse a mulher nesse âmbito. Diante do exposto, a urgência em combater as práticas abusivas que violam os direitos das gestantes e a falta de eficácia na legislação atualmente posta foi percebida pelo poder legislativo e por isso originou-se esse projeto de lei. Portanto, a visibilidade dada ao tema e o compromisso em elaborar políticas públicas integradas para prevenção e repressão dessa violência refletem a necessidade de uma abordagem abrangente e eficaz para combater esse problema, sendo a tramitação deste projeto um passo importante na garantia ao respeito e dignidade da mulher, devendo haver maior proteção às mulheres do que há hoje posto normativamente, sendo este projeto de lei uma positiva via resolutiva para a falta de eficácia da legislação contra a violência obstétrica.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Orientador: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>. Acesso em: 16 de setembro de 2023
- AGUIAR, Mônica Neves; COSTA, Jessica Hind Ribeiro. Uma análise bioética da relação paciente-médico à luz do arquétipo da alteridade. **Revista Brasileira de Direito Animal**, Salvador, volume 15, n. 01, jan./abr.2020, p.76-41. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/rbda.v15i1.36238> Acesso em: 12 de outubro de 2023
- AGUIAR, Mônica Neves e MEIRELES, Ana Thereza. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**, Salvador, v 13, n 01, jan-abr 2018, pp. 123-147. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/26220> Acesso em: 08 de outubro de 2023
- ANDERSON, Joel; HONNETH, Axel. Autonomia, vulnerabilidade, reconhecimento e justiça. **Cadernos de Filosofia Alemã**, n 17, jan-jun 2011, pp. 81-112. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/filosofiaalema/article/view/64839> Acesso em: 25 de outubro de 2023
- ANDRADE, Carolina; PIMENTEL, Thais. **Brasil não tem lei federal que trate de violência obstétrica ou parto humanizado; maioria dos estados tem legislação sobre tema**. G1, Belo Horizonte, 2022 – disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/07/17/brasil-nao-tem-lei-federal-que-trate-de-violencia-obstetrica-ou-parto-humanizado-maioria-dos-estados-tem-legislacao-sobre-tema.ghtml>. Acesso em: 03 de outubro de 2023
- ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar. **O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo. Orientador: Carmen Simone Grilo Diniz. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/pt-br.php>. Acesso em: 02 de outubro de 2023
- ANVISA, Ministério da Saúde. **Resolução nº 36 de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html) Acesso em: 15 de outubro de 2023
- ARAÚJO, Ana Thereza Meireles. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; SILVA, Mônica Neves Aguiar; GORDILHO; Heron José de Santana (Coord.). **XXVII**

**Encontro nacional do conpedi - Biodireito e Direitos dos Animais.** Salvador – BA, 2018.

Disponível em:

<http://site.conpedi.org.br/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe3ObVLU.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2023.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; Lins-Kusterer, Liliane. Autonomia e capacidade na assistência à saúde: a admissibilidade da recusa a tratamento médico a partir de pressupostos fundamentais. **Revista do Direito. Santa Cruz do Sul**, n. 65, set./dez. 2021, p. 102-121.

Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13>. Acesso em: 29 de setembro de 2023.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; NASCIMENTO, Matheus Alexandrino. Disciplina jurídica da doação de órgãos post mortem: uma análise bioético-jurídica da condição de submissão à autorização pela família ratificada pelo Decreto 9.175/2017. **Revista Thesis Juris – RTJ**, São Paulo, v. 11, n. 1, jan./jun. 2022, p. 96-113. Disponível em:

<http://doi.org/10.5585/rtj.v11i1.19225> Acesso em: 29 de setembro de 2023

ARAI, Cláudia Moreira. **Os fluxos de incorporação das normas internacionais: Análise da difusão das políticas de combate à violência contra a mulher no processo da Lei Maria da Penha.** 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em

Relações Internacionais do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo, São Paulo. Orientador: Prof. Dr. Wagner Pralon Mancuso. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/101/101131/tde-15062020-175418/fr.php>. Acesso em: 12 de setembro de 2023

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA PARAIBA. **Leis estaduais criam mecanismos de prevenção e combate à violência obstétrica.** 2022. Disponível em:

<http://www.al.pb.leg.br/43022/leis-estaduais-criam-mecanismos-de-prevencao-e-combate-a-violencia-obstetrica.html>. Acesso em: 15 de outubro de 2023

AZEVEDO-PEREIRA, Helen Aparecida de. **Violência institucional obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica racial.** 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências).

Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo. Orientadora: Juliana Cristina dos Santos Monteiro. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12072023-101937/pt-br.php>. Acesso em: 15 de outubro de 2023

BARBOZA, Heloisa Helena Gomes. A autonomia da vontade e a relação medico-paciente no Brasil. *Lex Medicinæ*. **Revista Portuguesa de Direito da Saúde**. Coimbra: Coimbra editora. v. 1, n. 2. p. 7, 2004. Disponível em:

<https://www.centrodedireitobiomedico.org/publica%C3%A7%C3%B5es/revistas/lex-medicinae-ano-1-n%C2%BA-2-revista-portuguesa-de-direito-da-sa%C3%BAde>. Acesso em: 25 de outubro de 2023

BARBOZA, Heloisa Helena. **Responsabilidade Civil em face das pesquisas em seres humanos: efeitos do consentimento livre e esclarecido.** In: COSTA-MARTINS, Judith;

MÖLLER, Letícia Ludwig. (Org.). *Bioética e Responsabilidade*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009, v. 1, p. 205-234.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução Luciana Pudenzi. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenzi. 4.ed. São Paulo: Ed. Edições Loyola, 2002.

BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. Tese (Doutorado em Direito) - Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, Orientadora: Professora Titular Teresa Ancona Lopez. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/pt-br.php>. Acesso em: 03 de outubro de 2023

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. 11° ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRANCO, Jullyan Sttefanny Martins Castelo; SILVA, Laide dos Santos Brasil; SILVA, Jessianne Laís de Sousa; SOUSA, Khércya Kellem Barbosa de; SOUSA, Marah Christini Rodrigues de; ARAÚJO, Raquel Vilanova; GOMES, Renata de Castro. A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102> Acesso em: 17 de outubro de 2023

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto nº 1.973**, de 1 de Agosto de 1996. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União. 2 Ago 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 12 fevereiro 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a alteração a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde - sus. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 19 de setembro de 2023

BRASIL, Ministério da Saúde, **Resolução nº 466**, 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/resolucao-cns-466-12.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2023

BRASIL. Governo Federal. **Parto do Princípio**- Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa. Violência obstétrica: "parirás com dor". Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 11 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Resolução Normativa nº 211** da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0211\\_11\\_01\\_2010.html#:~:text=RES OLU%20C3%87%20C3%83O%20N%20C2%BA%20211%20C%20DE%2011,sa%20C3%BAde%20e%20d%20C3%A1%20outras%20provid%20C3%AAncias](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0211_11_01_2010.html#:~:text=RES%20OLU%20C3%87%20C3%83O%20N%20C2%BA%20211%20C%20DE%2011,sa%20C3%BAde%20e%20d%20C3%A1%20outras%20provid%20C3%AAncias). Acesso em: 03 de agosto 2023.

**BRASIL. Programa de Humanização do Parto e Nascimento (Rede Cegonha)**. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Instituí, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em: 29 de setembro de 2023.

BRITO, Cecília Maria Costa de; OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2020 jan./mar.; v.9, n 1, p. 120-140. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>. Acesso em: 18 de setembro de 2023.

BRITO, Laura Souza Lima e. **Liberdade e direitos humanos: um estudo sobre a fundamentação jusfilosófica de sua universalidade**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós Graduação em Direito da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. São Paulo, Orientadora: Profª Drª Elza Antonia Pereira Cunha Boiteux. disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2139/tde-08072011-115739/pt-br.php>. Acesso em: 18 de setembro de 2023.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Desafio para a saúde pública, violência obstétrica é debatida na Câmara**. 2021. Disponível em:

<https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%20A7%20A3o/not%20ADcias/2021/06/desafio-para-sa%20BAde-p%20BAblica-viol%20Ancia-obst%20A9trica-%20A9-debatida-na-c%20A2mara>. Acesso em: 05 de outubro 2023

CAPUTO, Ubirajara de None. **Geni e os Direitos Humanos: um retrato da violência contra pessoas trans no Brasil do século XXI**. Dissertação (Mestrado em Ciências).

Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Orientador: Prof. Dr. José Moura Gonçalves Filho. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-14112018-111830/pt-br.php>. Acesso em: 20 de setembro de 2023

CEDAW. Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Adotada pela **Resolução 34/180** da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 18.12.1979 - ratificada pelo Brasil em 01.02.1984. Disponível em:

<https://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

CHAUÍ, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. In Cardoso, R., Chauí, M., & Paolo, M. C. (Orgs.), **Perspectivas antropológicas da mulher: sobre mulher e violência** (pp. 25-62). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

CICCO, Maria Cristina de. Atos de disposição do próprio corpo entre autonomia e dignidade da pessoa humana. **Civilistica.com**, v. 2, n. 2, p. 1-12, 24 jun. 2013. Disponível em:

<https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/93>. Acesso em: 03 de outubro de 2019.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - **recomendação nº 01/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 21 de janeiro de 2016. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf). Acesso em: 24 de agosto de 2019.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA VIOLÊNCIA. **Organização dos Estados Americanos**. Belém do Pará, 9 de junho de 1994. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2023

CORTÉS, Júlío César Galán. **La responsabilidad médica y el consentimiento informado**. Madrid. Editora: Civitas; 1ª edição (1 setembro 2001)

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n 4, out.2009, p. 1073-1083. disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014> Acesso em: acesso em: 27 de setembro de 2023

COSTA, Vinícius Venancio. **Recusa pela gestante do tratamento médico recomendado: implicações jurídicas**. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Orientador: Prof. Dr. Fábio Roberto Cabar. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-02052023-144402/pt-br.php>. Acesso em 7 de setembro de 2023

CREMESP, Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia. *In*: ROSAS, Cristiano Fernando (coord.). 3ª ed. São Paulo : **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2004. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica\\_ginecologia\\_3.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica_ginecologia_3.pdf). Acesso em: 30 de setembro de 2023.

CRUZ, Núbia dos Santos. A interferência na autonomia reprodutiva feminina sob a ótica da desigualdade de gênero. **Revista Direito e Sexualidade**, Salvador, v. 1, n. 2, jun./dez. 2020, p. 26-8. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/42214>. Acesso em: 30 de setembro de 2023.

CUNHA, Leandro Reinaldo da. **Identidade e redesignação de gênero: aspectos da personalidade, da família e da responsabilidade civil**. 2014. Tese (Doutorado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Orientadora: prof. Dra. Maria Helena Diniz. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/6655> Acesso em: 05 de outubro de 2023.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology e Obstetrics**. v.75, 2001, p. 5-24. Disponível em:

[https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/the\\_technocratic\\_humanistic\\_and\\_holistic\\_paradigms\\_of\\_childbirth.pdf](https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf). Acesso em: 17 de outubro de 2023.

DE PLÁCIDO E SILVA, Oscar Joseph. **Vocabulário Jurídico**. 18ª edição, atualizada Nagib Slaibi Filho e Geraldo Magela Alves. Rio de Janeiro: Forense, 2001, p.199.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo). Acesso em: 05 setembro 2023.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.627-37, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de outubro de 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.144**, de 07 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei\\_6144\\_07\\_0%206\\_2018.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_0%206_2018.html). Acesso em: 6 de setembro de 2023.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima, Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. In: Giffin Karen, Costa Sarah Hawker, organizadores. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. Disponível em: <http://www.precog.com.br/bc-texto/obras/giffin-9788575412916.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2023.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup.1, 2004, p.52-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006> Acesso em: 13 de outubro de 2023.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline Alves; D'ORSI, Eleonora; PEREIRA, Ana Paula Esteves; SCHLITZ, Arthur Orlando Correa; LEAL, Maria do Carmo. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p. 5-7, Mai./2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>. Acesso 20 setembro 2023.

FURROW, Dwight. **Ethics. Key concepts in philosophy**. New York: Continuum, 2005. p. 20.

GEDIEL, José Antônio Peres. **Os Transplantes de Órgãos e a Invenção Moderna do Corpo**, Curitiba: Moinho do Verbo, 2000.

GIFFIN, Karen. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: Giffin Karen, Costa Sarah Hawker, organizadores. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de

Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. Disponível em: <http://www.precog.com.br/bc-texto/obras/giffin-9788575412916.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2023.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Souza. **Das necessidades humanas aos direitos. Ensaio de sociologia e filosofia do Direito.** 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2009

HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da Bioética – a vulnerabilidade. **BioEthikos – Centro Universitário São Camilo**; v.3, n 1, 2009, p.41-51. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/41a51.pdf>. Acesso em: 22 de setembro de 2023

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.26, 2018, p. 1-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf) . Acesso em 5 de setembro de 2023

JOÃO PESSOA. **Lei nº 13.061** de 17 de julho de 2015. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e à parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando à proteção a violência obstétrica no Município de João Pessoa. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/leiordinaria/2015/1306/13061/lei-ordinaria-n-13061-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-demedidas-de-informacao-a-gestante-e-a-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencaoobstetrica-e-neonatal-visando-a-protecao-destas-contra-a-violencia-obstetrica-nomunicipio-de-joao-pessoa> Acesso em: 25 de agosto de 2023

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n 8, ago./2016. p.1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>. Acesso em: 13 de outubro de 2023

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos.** Tradução de Paulo Quintela. Portugal: Editora 70, 2007.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico.** 7. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

KFOURI NETO, Miguel. **Culpa médica e ônus da prova: presunções, perda de uma chance, cargas probatórias dinâmicas, inversão do ônus probatório e consentimento informado: responsabilidade civil em pediatria e responsabilidade civil em gineco-obstetrícia.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura de; PEIXOTO, Eliane Rezende de Moraes; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson; Diniz, Carmen Simone Grilo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; CUNHA, Rosiane de Oliveira; FRICHE, Amélia Augusta de Lima. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentido do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência&Saúde Coletiva**, v24, n. 8, 2019, p. 2811-2823. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf> Acesso em: 28 de agosto de 2023

LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Código Civil Comentado**, 1ª ed, São Paulo, Ed. Atlas, 2003.

LOPES, Fabio Firmino. A relação médico-paciente: entre a atenção e a incompreensão. In: PEREIRA, Hélio do Valle; ENZWEILER, Romano José (Coords.). **Curso de Direito Médico**. São Paulo: Conceito Editorial, 2011. Cap. 10, p. 303– 321.

LORENZETTI, Luis Ricardo. **Responsabilidad civil de los médicos**. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni, 1997, tomo II.

LOTHIAN, Judith. Birth plans: The good, the bad, and the future. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v.35, n2, 2006, p. 295–303. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16620258/>. Acesso em: 18 de outubro de 2023.

MAINETTI, José Alberto. O complexo bioético: Pigmaleão, Narciso e Knock. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

MARQUES, Claudia Lima. **Informação: direito e dever nas relações de consumo**. In: BARBOSA, Fernanda Nunes. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008, v.37.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. v.9, n 1, 2020 jan./mar., p.97-119. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585> Acesso em: 19 de setembro de 2023

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/jnzhd>. Acesso em: 28 de setembro de 2023

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; FIGUEIREDO, Grazielle; CORREA, Áurea Christina de Paula; BARBIERI, Márcia. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 40. 2019, p. 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233> Acesso em: 19 de setembro de 2023.

MEDINA-CASTELLANO, Carmen Delia. ¿Existe la violencia obstétrica? **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v.12, n. 1, jan./mar. 2023, p. 37-52. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i1.960> Acesso em: 02 de outubro de 2023

MEIRELLES, Ana Thereza. **Neoeugenia e reprodução humana artificial: limites éticos e jurídicos**. Salvador: Editora Juspodivm, 2014.

MEIRELLES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista de Direito Animal**. Salvador, v.13, n. 1, p. 123-147, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://rigs.ufba.br/index.php/RBDA/article/download/26220/15867>. Acesso em: 17 maio 2023.

MEIRELLES, Ana Thereza; LAGE, Caio. Cuidados em saúde de crianças e adolescentes: ponderações sobre a autonomia da vontade diante do direito ao próprio corpo.

**Revista Jurídica Luso-Brasileira**, Ano 8 (2022), nº 1, p. 259-284. Disponível em: [https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/1/2022\\_01\\_0259\\_0284.pdf](https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/1/2022_01_0259_0284.pdf). Acesso em: 19 de setembro de 2023

MEIRELLES, Ana Thereza; SÁ, Maria de Fátima Freire de; VERDIVAL, Rafael; LAGE, Caio. A compreensão das dimensões da vulnerabilidade humana nas situações jurídicas existenciais: uma perspectiva a partir da autonomia. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**. Direito e Democracia na Sociedade Contemporânea, 2022, v. 25, n. 49, p. 113-133. Disponível em: [https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/1/2022\\_01\\_0259\\_0284.pdf](https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/1/2022_01_0259_0284.pdf). Acesso em: 11 de outubro de 2023

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. **Temas em Saúde collection**. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2023

MORAES, Carlos Alexandre; YOSHIOKA, Anara Rebeca Ciscoto; BONINS, Geisieli Mariany; Análise do plano de parto como mecanismo de prevenção da violência obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**. v. 6, n. 2, Jul/Dez. 2020, p. 18 - 36. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/7025>. Acesso em: 09 de setembro de 2023

MORAES, Irany Novah. **Erro médico e justiça**. 5ª ed. São Paulo: RT, 2003.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Danos à Pessoa Humana - Uma Leitura Civil-Constitucional dos Danos Morais**, Rio de Janeiro: Renovai; 2003.

MORERA, Jaime Alonso Caravaca; ESPÍNDOLA, Daniela; CARVALHO, Juliana Bonetti de; MOREIRA, Adriana Rufino; PADILHA, Maria Itayra. Violência de gênero: um olhar histórico. **Hist. Enf. Rev. Eletr.** Curitiba, v. 5, n. 1, 2014, p. 54-66. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo5.pdf>. Acesso em 10 agosto de 2023

MOUTA, Ricardo José Oliveira; SILVA, Tania Maria de Almeida; MELO, Paula Titara Silva de; LOPES, Natália de Souza; MOREIRA, Vanessa dos Anjos. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm**, v-31, n 4, 2017, p. 1-10. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15372>. Acesso em 16 de outubro de 2023.

MUNHOZ, Luciana Batista. **O princípio da autonomia progressiva e a criança como paciente**. 2014. Dissertação (Mestrado em Bioética). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – Brasília. Orientadora: Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15918> Acesso em: 12 abril 2023

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; DE SÁ, Maria de Fátima Freire. **Proposta: Natureza Jurídica de Situação Jurídica Subjetiva**. In: DIREITOS da Personalidade. 2. ed. rev. Belo Horizonte: Arraes, 2021. cap. 2, p. 32.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire. **Direitos da personalidade**. Belo Horizonte: Arraes, 2017.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2. n 2, 2006, p. 157-172. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.

OLIVEIRA, Vitor Lisboa; PIMENTEL, Débora. VIEIRA, Maria Jézia. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, p.705-723, 2010. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/595/601](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/595/601). Acesso em 18 de agosto de 2023

OMS, 2019. Conselho nacional de saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/588-violencia-obstetrica-cns-se-posiciona-contra-extincao-do-termo-proposta-pelo-ministerio-da-saude#:~:text=Segundo%20a%20OMS%2C%20o%20termo,suas%20pr%C3%B3prias%20de%20cis%C3%B5es%20livremente%20sobre>. Acesso em 9 de outubro de 2023

ONU. **A Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, Áustria, em junho de 1993**, no artigo 18 de sua Declaração ONU. (1993), Declaração Final e Plano de Ação. Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 9 de outubro de 2023

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU**. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em: 9 de outubro de 2023

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, 1998, p.25-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 de setembro de 2023

PAULA, Ferreira; DUARTE, Melissa. **Violência obstétrica pode ser combatida por 13 projetos de lei que estão parados no Congresso**. O globo, 2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2022/07/violencia-obstetrica-e-lacuna-na-atuacao-do-congresso-nacional.ghtml>. Acesso em: 20 de outubro de 2023.

PEDROSA, Laurício Alves Carvalho. Ética da alteridade e respeito à autonomia na relação médico-paciente. **Direito UNIFACS – Debate Virtual**, n. 187, 2016, p. 1-20. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/4067>. Acesso em: 12 de setembro de 2023

PEREIRA, Carla Cristiana Costodio; BUTTOW, Liliane Jaci Roos; CREMONESE, Luiza; RAMPELLOTO, Geórgia Figueira; WILHELM, Laís Antunes; BARRETO, Camila Nunes. Contribuições do plano de parto e estratégias para inserção no pré-natal: revisão narrativa.

**Disciplinarum Scientia Saúde**, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v.21, n 2, 2020, p. 59-71. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/3218>. Acesso em: 19 de agosto de 2023

PIOVESAN, Flávia; PIMENTEL, Sílvia. A Lei Maria da Penha na perspectiva da responsabilidade internacional do Brasil. In: CAMPOS, Carmen Hein (org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011, p. 101 – 118. Disponível em: [https://assets-compromissoeatitude-iptg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/02/1\\_6\\_responsabilidade-internacional.pdf](https://assets-compromissoeatitude-iptg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/02/1_6_responsabilidade-internacional.pdf). Acesso em: 22 de agosto de 2023

PLATÃO. **As leis, incluindo Epinomis**, 2ª edição, tradução e notas de Edson Bini, São Paulo: Edipro, 2010.

RAGAZZO. Carlos Emmanuel Joppert. **O dever de informar dos médicos e o consentimento informado**. Curitiba: Juruá, 2009.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimento e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, 2009, p.595-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>. Acesso em: 2 de setembro de 2023

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Campanha pela Convenção Interamericana dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos**. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2011. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/home/campanhas.php>. Acesso em 04 de agosto de 2023

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 5 de setembro de 2023

RENASCIMENTO DO PARTO. Produzido por: Eduardo Chauvet, Érica de Paula. Dirigido por Eduardo Chauvet. Data de lançamento: 9 de agosto de 2013 (Brasil). Duração: 1h31min. Disponível em: Netflix Brasil

RIVERA, Naxhelli Ruiz. La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. **Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía**, UNAM, n 77, 2012, p. 63-74. Disponível em: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-46112012000100006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112012000100006). Acesso em: 9 de agosto de 2023

RIZZARDO, Arnaldo. **Direito de Família**. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

RODRIGUES, João Vaz. **O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português**. Coimbra: Ed. Coimbra, 2001.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. O direito ao esquecimento e a decisão do supremo tribunal federal na tese de repercussão geral nº 786.

**Revista Brasileira De Direito Civil – RBDCivil.** Belo Horizonte, v. 28, abr./jun. 2021, p. 193-206. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/716>. Acesso em: 18 de setembro de 2023

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência.** 1º ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu.** 2001; v. 16, p. 115-136. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007> Acesso em: 7 de agosto de 2023

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.leisestaduais.com.br/sc/leiordinaria-n-17097-2017-santa-catarina-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-deinformacao-e-protecao-a-gestante-e-parturiente-contr-a-violencia-obstetrica-no-estado-desanta-catarina> Acesso em: 21 de setembro de 2023

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery Rev Enferm** 2008 dez; v. 12, n 4, p. 645-650. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006> Acesso em: 15 de setembro de 2023

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade.** Brasília; 2016, v.2, n. 1, p. 128-147. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/0> . Acesso em: 15 de setembro de 2023

SCHREIBER, Anderson. **Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil**, 3. ed., São Paulo: Atlas, 2011.

SCHREIBER, Anderson Direitos da Personalidade/ Anderson Schreiber. 2. ed. - São Paulo: Atlas, 2013.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob ótica do TJMA, STF E STJ.** 2018. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Maranhão – UFM. São Luiz. Orientadora: Profª. Drª Artenira da Silva e Silva. Disponível em: <https://tede.ufma.br/jspui/handle/tede/2159#preview-link0>. Acesso em: 29 de setembro de 2023

SILVA, Artenira; SERRA, Maiane. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Quaestio Iuris**, publicações UERJ. v. 10, n. 4, 2017, p. 2430-2457. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/28458> Acesso em: 16 de outubro de 2023



SILVA, Adaiete Lucia Nogueira Vieira da; NEVES, Adriete Benites das; SGARBI, Aniandra Karol Gonçalves; SOUZA, Rosely Almeida. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres -durante a assistência de enfermagem. **Revista de enfermagem - UFSM**, v.7, n1, 2017, p. 144-151. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531>. Acesso em 29 de agosto de 2023

SILVA, Larissa Brandolin; ALMEIDA, Raissa Janine de; LIMA, Stella Godoy Silva e; CARVALHEIRA, Ana Paula Pinho. Plano de parto e sua importância no processo de parturição. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, 2023, p. 5978-5992. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/58250>. Acesso em 02 de agosto de 2023

SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. As mulheres, a Aids e a questão metodológica: desafios. *In*: Czeresnia D, Santos EM, Simões Barbosa RH, Monteiro S, organizadores. **Aids: pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec. 1995.

SOUZA, Armando Tavares de. **Curso de história da medicina. Das origens aos fins do século XVI**. 2. ed. rev. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 16, abr./jun. 2018, p. 75-104. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232/214> Acesso em: 07 outubro 2023.

TEIXEIRA, Lara Azevedo; SOARES, Layanne Cintra; BRITO, Veronica Perius de; CARRIJO, Alice Mirane Malta. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, SP, v.18, n. 65, jul./set. 2020, p. 153-160. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/7009](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7009). Acesso em: 29 de setembro de 2023

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, Nov-dez. 2006, p. 740-744. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004>. Acesso em: 25 de outubro de 2023.

TEPEDINO, Gustavo. **A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea**. In: Temas de direito civil. Rio de Janeiro: Renovar, t. II, 2006.

TEPEDINO, Gustavo. **A Tutela da Personalidade no Ordenamento Civil-Constitucional Brasileiro, Temas de Direito Civil**, 3. ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2003; v. 19 n. 8, 2003, Suplemento 2, p. 419-427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>. Acesso em: 13 de setembro de 2023

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos De; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Minas Gerais. vol.29, 2017, p. 1-11. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/16124>. Acesso em: 06 de agosto de 2023

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Orientador: Profa. Dra. Carmen Simone G. Diniz. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10112013-223016/pt-br.php>. Acesso em 3 de agosto de 2023