



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARÍLIA DOS REIS SAMPAIO

**A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES
PELA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA PERSPECTIVA DA AUTONOMIA**

Salvador
2018

MARÍLIA DOS REIS SAMPAIO

**A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES
PELA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA PERSPECTIVA DA AUTONOMIA**

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

Orientadora: Prof^a. Ana Thereza Meireles Araujo

Salvador
2018

MARÍLIA DOS REIS SAMPAIO

**A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES
PELA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DA PERSPECTIVA DA AUTONOMIA**

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, ____/____/ 2018.

À minha família, pelas lições de amor,
coragem e perseverança.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Lia e Aurisvaldo, que sempre se estiveram presentes e me ensinaram as mais importantes lições: aquelas que nos ajudam a formar o caráter.

Aos meus irmãos, por estarem ao meu lado, independentemente das circunstâncias, me apoiando sempre que necessário.

Aos demais membros da minha família, por me mostrarem a necessidade de equilibrar todos os pontos da vida, tornando-a mais leve.

À minha orientadora, professora Ana Thereza, de quem eu tive o privilégio de ser aluna, por todo o auxílio durante a construção do trabalho de conclusão de curso.

Aos amigos do Ministério Público, primeiro campo de estágio, que me ensinaram a prática do Direito sem deixar de lado a importância da manutenção da humanidade.

À Luísa De Leo, Maria Carolina, Karen Priscila, Joana Araújo, Tiana Ribeiro, Laís Divinal e Rafael Medeiros, amigos que eu conquistei na Faculdade Baiana de Direito, por estarem presentes durante toda a trajetória da graduação e por toda a compreensão e ajuda durante a fase de construção do trabalho monográfico.

Aos demais professores que demonstraram interesse pelo tema escolhido, pelo incentivo em seguir em frente com o trabalho. A todos os funcionários da Faculdade Baiana de Direito, sempre solícitos e dispostos a ajudar.

Por fim, a todos que de alguma forma se mostraram presentes, contribuindo para a construção da presente monografia.

RESUMO

A violência obstétrica é tema de crescente relevância no atual cenário brasileiro. A importância da questão está ligada à condição da mulher grávida, parturiente ou puérpera, que têm muitos dos seus direitos violados quando da prática dos atos que consubstanciam este tipo de violência. A autonomia da mulher, considerando a sua vulnerabilidade no período gestacional e diante do poder conferido ao profissional de saúde, é tolhida em grande parte, sem que lhe seja oportunizado o direito a opinar sobre o próprio corpo e sobre as condições do parto. Tais situações de desrespeito e agressões precisam ser discutidas nos mais variados âmbitos para que os direitos da mulher sejam protegidos e as lesões causadas sejam reparadas.

Palavras-chave: violência obstétrica; autonomia; vulnerabilidade; direitos fundamentais; bioética; biodireito.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

art.	artigo
CC	Código Civil
CF/88	Constituição Federal da República
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
PL	Projeto de Lei
PNDSCM	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TJ	Tribunal de Justiça
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	11
2.1 O CONTEXTO DE SURGIMENTO DA TEMÁTICA E CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	13
2.2 AS DIVERSAS FORMAS DE PRÁTICA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	15
2.3 BREVE SELEÇÃO DE CASOS NOTICIADOS	21
2.4 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	25
2.4.1 A Lei 11.108/2005	28
2.4.2 O Projeto de Lei 7.633/2014	29
2.5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DOS TRIBUNAIS BRASILEIROS: ALGUNS PRECEDENTES IMPORTANTES	30
3 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS RELACIONADOS	35
3.1 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	35
3.1.1 Vida, saúde e bem-estar	37
3.1.2 Integridade física e psicológica, vedação ao tratamento desumano	39
3.1.3 Liberdade e igualdade	42
4 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE	46
4.1 NOTAS CONCEITUAIS SOBRE VULNERABILIDADE E A VULNERABILIDADE DO PACIENTE	47
4.2 NOTAS CONCEITUAIS SOBRE AUTONOMIA E A AUTONOMIA DO PACIENTE	51
4.3 O DEVER DE INFORMAR DO MÉDICO E A IMPOSIÇÃO DO CONSENTIMENTO COMO FORMA DE MITIGAR A VULNERABILIDADE DO PACIENTE E GARANTIR O EXERCÍCIO DA SUA AUTONOMIA	54
4.4 A VIOLAÇÃO DA AUTONOMIA DA MULHER NA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	58
4.5 O COMBATE ÀS CONDUTAS LESIVAS: DELINEANDO OS DIREITOS DA MULHER PREVISTOS EM LEI	62
5 CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da prática da obscura e ainda pouco explorada violência obstétrica. De fato, em que pesem os alarmantes índices de sua ocorrência, bem como as terríveis condutas envolvidas, o tema permanece num quadro de inconsistente divulgação e tratamento, tendo, nos últimos anos, crescido a sua abordagem.

A abordagem inicial e ainda prevalente sobre o tema está no âmbito das ciências da saúde, em especial nas áreas da Medicina e da Enfermagem. Observa-se, também, em proporção acentuada, o seu tratamento pela bioética. A intervenção jurídica, entretanto, para o estudo e discussão do tema é tímida e está em fase inicial.

O Direito é ramo das ciências sociais aplicadas e se pretende um sistema de regulação social, motivo pelo qual a realidade do mundo da vida deve ser sempre por ele enfrentada e contemplada. A falta de posicionamento jurídico acerca dos atuais problemas observados na sociedade torna o Direito obsoleto, o que se deve buscar, a todo custo, evitar. Por este motivo, observando-se a importância do tema ora examinado, é que se buscou analisa-lo, sob o prisma jurídico, indicando e discutindo a violação dos direitos fundamentais violados quando da prática da conduta danosa.

O presente trabalho se fundamentou, portanto, na pesquisa bibliográfica, legislativa e jurisprudencial, com vistas a esclarecer os mais diversos aspectos acerca da violência obstétrica, uma vez que a sua prática é capaz de gerar danos por vezes irreversíveis à vítima.

Inicialmente, se faz necessário tratar e elucidar aspectos gerais em relação à violência obstétrica. Deste modo, buscou-se realizar a contextualização do surgimento da temática, bem como o que se entende por violência obstétrica e a enumeração de algumas das condutas que podem assim ser consideradas. Passou-se, aqui, pela análise de quem é a vítima do ato, de quem o pratica e de quando ele é praticado. Realizados tais comentários, reconheceu-se como de fundamental importância a exemplificação do que até ali havia sido exposto através de relatos reais coletados em *sites* de notícias e em pesquisas científicas.

Ainda no segundo capítulo, destacou-se o movimento de humanização da saúde, estendido à humanização no parto e, por fim, tratou-se de alguns dos casos de violência obstétrica, já enfrentados pelos Tribunais brasileiros.

Num segundo momento cuidou-se de abordar os caríssimos direitos fundamentais violados na prática da violência obstétrica. Entende-se que cabe ao Direito o diagnóstico de tais lesões para que seja possível a sua reparação e, ainda, a sua prevenção.

Intentou-se examinar, no quarto capítulo, os aspectos gerais da vulnerabilidade e a sua interação com o direito à autonomia para, em seguida, tratar, especificamente, da vulnerabilidade do exercício da autonomia do paciente. Neste sentido, curial discorrer sobre o dever de informar do profissional de saúde.

Por fim, desenvolveu-se a explanação acerca da violação do direito à autonomia no momento da prática da violência obstétrica, bem como a discussão em relação ao necessário combate à lesão dos direitos da vítima.

É preciso destacar que tais considerações merecem especial cuidado e abordagem, uma vez que a violência obstétrica tem sido reiterada ao longo dos anos e as vítimas precisam ser enxergadas e protegidas.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dentre as possíveis relações entre o profissional de saúde e o paciente, está a existente diante da mulher grávida. Neste caso, espera-se uma especial ligação ente os sujeitos, uma vez que o período gestacional requer intenso e prolongado cuidado e acompanhamento médicos, em virtude da condição física e psicológica em que se encontra a gestante.

Inicialmente, se faz necessário o destaque acerca da imposição ao agir do profissional de saúde dentro dos parâmetros da ética médica. Neste sentido, importa ressaltar os princípios preconizados pela bioética principialista, modelo criado por Beauchamp e Childress, em 1979, os quais apresentaram a beneficência, a não-maleficência, a autonomia e a justiça.

Como forma de situar a boa conduta do profissional de saúde em meio à mencionada ética médica, explanar-se-á, brevemente, a respeito dos princípios acima citados.

O princípio da beneficência impõe que a conduta médica deverá ser praticada de forma a maximizar o benefício produzido ao paciente (BOYACIYAN, 2011, p. 9). Noutras palavras, a conduta médica se constitui na “somatória de todos os benefícios possíveis oferecidos na complexa relação médico-paciente” (NEVES; CIQUEIRA, 2010, p. 442).

Intimamente relacionado com o primeiro princípio exposto, está o princípio da não-maleficência. Através dele se infere a busca, na realização do ato médico, por gerar o menor prejuízo à condição do paciente (BOYACIYAN, 2011, p. 9). Sendo assim, pode-se dizer que, considerando este princípio, veda-se, no que tange à terapia médica, o dano intencional, assim como se busca a restrição dos seus efeitos adversos (NEVES; CIQUEIRA, 2010, p. 442).

O princípio da autonomia, por sua vez, propõe a liberdade do paciente em relação à tomada de decisão quanto ao seu tratamento. Exerce-se, portanto, a autonomia do paciente, no momento em que lhe é dado o poder de estabelecer a sua vontade considerando os seus valores e convicções (NEVES; CIQUEIRA, 2010, p. 443). Neste caso, importante mencionar, ainda, a relevância do efetivo fornecimento de informações por parte do profissional de saúde, conforme se observará em capítulo futuro.

Ainda quanto ao princípio da autonomia, oportuna a exposição do quanto ostentado no inciso XXI, do capítulo referente aos princípios fundamentais, do Código de Ética Médica:

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Por fim, tem-se o princípio da justiça, que se baseia essencialmente na equidade. Através deste princípio entende-se que todos os pacientes deverão ser atendidos de forma a garantir o tratamento igualitário. Deste modo, o profissional que realiza o atendimento de saúde deverá afastar qualquer juízo no que diz respeito à crença, condição econômica, social e cultural do paciente (BOYACIYAN, 2011, p. 9).

Ademais, relaciona-se com o princípio da justiça o acesso equitativo à saúde. Neste contexto insere-se com destaque o Sistema Único de Saúde, criado com a intenção de promover o acesso à saúde ao maior número possível de pessoas (NEVES; CIQUEIRA, 2010, p. 444). O princípio da justiça, portanto, vincula-se tanto ao ponto de vista do acesso à saúde, quanto ao tratamento ofertado pelo profissional de saúde, ambos ligados à perspectiva de equidade.

Resta sublinhar, finalmente, que não há prevalência hierárquica entre os princípios dispostos, motivo pelo qual, na ocorrência de conflito entre si, realizar-se-á ponderação para que se conclua qual deles se sobrelevará (NUNES; TRINDADE, 2013, p. 63). Sendo assim, mister a avaliação da situação concreta e das suas circunstâncias próprias.

Compulsando o Código de Ética Médica brasileiro, nota-se com facilidade a forte influência dos princípios bioéticos.

Neste sentido, encontra-se, por exemplo, a previsão do inciso VI, Capítulo I, segundo a qual “o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”. De igual modo, prevê o inciso XVII, do mesmo capítulo, a relação de respeito mútuo, liberdade e

independência entre o médico e os demais profissionais de saúde, em busca, sempre, do “interesse e bem-estar do paciente”.

Deverá a relação médico-paciente, portanto, se pautar de acordo com o respeito às normas éticas, que deverão nortear o ato médico e toda tomada de decisão no que se refere aos procedimentos a serem adotados (DINIZ, 2011, p. 701-702).

Em que pese a existência de todo o arcabouço de normas e princípios mencionados, a violência obstétrica é prática gravemente recorrente no sistema de saúde brasileiro, em especial, no público. Neste contexto, conforme concluíram Sonia Nussenzeig, Daphne Rattner, Sonia Venancio *et al*, além da dor inerente ao natural processo de parir, as mulheres temem o modo como serão tratadas e assistidas neste momento (2002, p. 1308).

2.1 O CONTEXTO DE SURGIMENTO DA TEMÁTICA E CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É importante trazer à lume, inicialmente, a definição para o ato de violência. Segundo a Organização Mundial de Saúde, conforme o disposto no Relatório Mundial sobre violência e Saúde, (DAHLBERG, Linda L; KRUG, Etienne G. Violência, 2002, p. 5) é a violência:

o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Neste contexto, passou-se a se observar uma predominância do poder do médico, fato que acarreta na dominação do profissional e numa, ao que parece, inevitável sucessão de violências praticadas contra a mulher grávida (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 35).

A noção de gestação e parto enquanto processos naturais e fisiológicos protagonizados pela mulher foi, ao longo do tempo, substituída por uma ideia que aproxima tais eventos da medicalização e de um estado de doença que necessitam, primordialmente, da atuação médica capaz de promover a retomada da normalidade feminina (ZANARDO *et al*, 2017, p. 3). Ressalte-se, neste passo, que após a Segunda Guerra Mundial o ato de parir deixou de ser um acontecimento eminentemente feminino - protagonizado pela mulher e facilitado pelas parteiras e

enfermeiras – para se transformar numa experiência altamente marcada pela presença masculina – médicos e residentes de medicina -, hospitalar, medicalizada e cirúrgica (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 36).

Trata-se, portanto, a violência obstétrica, de violência de gênero contra as mulheres, na qual se praticam intervenções contra a sua vontade e muitas vezes desnecessárias, à pretexto de promover a regulação e monitoração do parto (ZANARDO *et al*, 2017, p. 5).

Entre os anos de 2000 e 2001 formou-se comissão parlamentar mista (CPMI) de inquérito com o fito de promover uma investigação acerca da situação da violência empregada contra a mulher no Brasil. O relatório final da CPMI reconheceu a existência da “violência no parto”, salientando o fato do aparente desprezo por parte dos serviços e profissionais de saúde sobre o assunto (RELATÓRIO CPMI, 2013, p. 63).

Conforme observa Andrezzo (2016, p. 20), à mulher grávida, tem sido dispensado tratamento totalmente impessoal, especialmente no momento do trabalho de parto. Trata-se, pois, da impessoalidade no atendimento médico que pode ser identificada na total desconsideração da identidade da mulher, bem como de suas referências sociais e culturais, sobre as quais prevalece o “saber biomédico” (ANDREZZO, 2016, p. 20). Noutras palavras, a individualidade da mulher grávida é desprezada, ou seja, consideram-se irrelevantes os seus medos, anseios e desejos, circunstância que acarreta na objetificação do seu corpo, manipulado, por vezes, de forma desrespeitosa (SALGADO, 2012, p. 91). Nota-se, portanto, que o cuidado minucioso e a atenção individualizada acabam por serem substituídos pela mecanicidade e desrespeito em um dos momentos de maior sensibilidade da mulher.

É, pois, neste contexto, que surge a expressão “violência obstétrica”, utilizada para designar o “conjunto de atos, no atendimento obstétrico, que violem os direitos da mulher gestante, parturiente ou puérpera” (CARVALHO, 2016, p. 82). Convém destacar, neste sentido, que a violência obstétrica engloba o mau tratamento destinado à mulher no momento do parto – parturiente -, durante toda a gestação – gestante -, e no período que se estende logo após o nascimento da criança – puérpera.

Diante disso, não há dúvidas acerca da violação dos direitos das mulheres que são privadas da necessária abordagem individualizada em

atenção às suas necessidades. Em suma, pode-se afirmar, sem a preocupação de se incorrer em erro, que as mulheres tem tido diversos direitos básicos violados e negados por profissionais de quem se espera o zelo e a responsabilidade.

Trata-se, pois, de “violência institucional na atenção obstétrica” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

Pretende-se, demonstrar, deste modo, que a violência obstétrica é praticada no âmbito da atenção ao usuário do sistema de saúde, precisamente no atendimento à gestante, parturiente ou puérpera, por qualquer dos profissionais que a ela destinem tratamento.

2.2 AS DIVERSAS FORMAS DE PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Conforme se consignou anteriormente, a temática relacionada à violência obstétrica surge em um contexto de desrespeito e menosprezo à mulher e à sua condição de paciente grávida, parturiente ou puérpera.

Neste passo, é possível determinar como atores da relação em que se observa a agressão, o profissional de saúde e a paciente, vítima da violência.

Observou-se, num primeiro momento, que a gestante tem sido enxergada e, por conseguinte, tratada, como portadora de uma condição patológica (ZANARDO *et al*, 2017, p. 3). Esta visão, portanto, transforma a gravidez, evento eminentemente natural, em patologia digna de intervenção médica obrigatória. A partir deste entendimento, é possível verificar os primeiros desafios da mulher grávida para ver nascer o seu filho.

Junto à percepção de que se trata de um momento caracterizado por uma patologia, nota-se a absoluta falta de oferecimento de informação à mulher, fato que a impede de tomar decisões quanto ao próprio corpo, restando como única alternativa possível, a aceitação do que determina o profissional de saúde (ZANARDO *et al*, 2017, p. 5). É nesta perspectiva que se apresenta mais claramente a sobreposição do médico ou do profissional de enfermagem sobre a paciente: aquele, detentor de todo o conhecimento, esta, frágil em virtude da falta de informação e esclarecimentos.

A violência obstétrica, conforme se percebeu em linhas anteriores, pode ocorrer antes, durante ou após o parto. É no momento do parto,

entretanto, que se constatam a maior parte dos maus-tratos praticados contra a mulher.

O fato é que, por não deter informação específica e, muitas vezes, por medo, a mulher sofre a agressão sem ao menos entender que se trata de conduta lesiva à sua integridade física e/ou psíquica, aceitando, por vezes silenciosamente, o que lhe é imposto.

Esclarecido o conceito de violência obstétrica, é fundamental delinear mais precisamente as condutas profissionais que são exemplos dessa prática.

A princípio, importa salientar que a violência obstétrica poderá ocorrer nas formas de violência física, violência verbal, negligência e violência sexual (SANTOS, SOUZA, 2015, p. 58).

Neste sentido, o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, sob o nome de “Parirás com Dor” (2012, p. 61), tratou de caracterizar tais abordagens de violência obstétrica. No documento, estão presentes a violência de “caráter físico”, assim denominadas as condutas profissionais que causam dor ou dano físico à mulher, seja ele de qualquer intensidade, sem que haja “recomendação baseada em evidência científica”, a de “caráter psicológico”, cujo conteúdo contempla as ações que causem, na mulher, sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, vergonha, medo e acuação, a de “caráter sexual”, sendo as ações que violem a “intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo”.

Além destas abordagens de violência obstétrica, geralmente praticadas por profissionais de saúde, o Dossiê traz, ainda, os atos violentos de caráter institucional, material e midiático, que podem ser praticados por outras fontes de agressão, tais como, condutas com o objetivo de obter recursos financeiros em benefício de pessoa física ou jurídica, apologia, por parte dos profissionais dos meios de comunicação, às práticas contraindicadas, ridicularização do parto, incentivo ao desmame precoce (2012, p. 61).

Durante a gestação a violência poderá se apresentar como uma negativa de atendimento à mulher ou imposição de dificuldades no atendimento de pré-natal, constrangimento em virtude de qualquer característica pessoal ou

social, oferecimento de atendimento negligente e insuficiente, agendamento de cesária desnecessária em razão unicamente do interesse e conveniência do médico (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 133).

No momento do parto, quando há maiores relatos de violência obstétrica, as possibilidades são inúmeras (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 133):

Recusa de admissão em hospital ou maternidade, gerando a chamada peregrinação por leito; impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; cesáreas eletivas; restrição da posição do parto; violência psicológica; impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o trabalho de parto; impedir o alojamento conjunto da mãe e o neonato; impedir ou dificultar o aleitamento materno; além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários e humilhantes, tais como: uso rotineiro de lavagem intestinal (enema), retirada dos pelos pubianos (tricotomia), posição ginecológica com portas abertas, exames de toque sucessivos e por pessoas diferentes para verificar a dilatação, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas.

Neste ponto, faz-se importante pormenorizar algumas das práticas citadas acima, a fim de proporcionar o melhor entendimento da situação imposta à parturiente.

A episiotomia é a abertura cirúrgica do canal vaginal para facilitar o parto e vem sendo realizado indiscriminadamente e sem a anuência da mulher. (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 135). Aliás, em grande parte das vezes, a paciente sequer sabe que irá ocorrer, sendo surpreendida no momento da sua realização. O procedimento, entretanto, carece de respaldo científico, em que pese os médicos a realizem de rotina e generalizadamente (SÃO BENTO; SANTOS, 2006, p. 554). Ademais, a episiotomia é quase sempre dispensável e pode gerar diversos efeitos indesejáveis com os quais a mulher terá que lidar, por vezes, durante toda a vida (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 135). Sabe-se, ainda, que a episiotomia é, muitas vezes, realizada sem anestesia, assim como acontece com a sua sutura. Por este motivo, muitas mulheres relatam que este é o momento mais doloroso do parto (CIELLO *et al*, 2012, p. 86).

Há que se mencionar, ainda, uma prática assustadora, porém extremamente recorrente no momento do parto: o “ponto do marido”, já repudiável apenas em razão da nomenclatura. Após a realização da episiotomia – que, conforme se explicou, é, normalmente, feita sem a concordância da paciente –, o médico realiza, obviamente, a sutura da ferida cirúrgica. Entretanto, a prática da qual

aqui se fala, é a realização de um ponto a mais do que seria necessário, com o único objetivo de reduzir o canal vaginal e proporcionar o maior prazer masculino. Sabe-se, entretanto, que o custo para maximizar o prazer sexual do homem, neste caso, é o aumento das infecções na mulher e a dor feminina no momento da relação sexual (CIELLO *et al*, 2012, p. 82).

No Brasil, inúmeras são as práticas que tem por objetivo a aceleração do nascimento da criança, não se respeitando o processo do parto. Há, sobretudo, pressa em se encerrar o procedimento de assistência à mulher. Por este motivo as decisões do médico se tornam extremamente intervencionistas, mesmo quando a escolha dos atos não se dá através da melhor evidência científica, produzindo um parto repleto de sofrimento para a mulher e, muitas vezes, perigoso para o feto (LEAL *et al*, 2014, p. 29). Dentre essas práticas, destacam-se a administração de ocitocina, comumente utilizada para acelerar o parto em ocasiões nas quais não há real demanda, e a cirurgia cesariana sem real indicação.

Outra prática comum é o uso indiscriminado de fórceps no momento do parto para agilizar o nascimento da criança. A conduta, entretanto, é quase sempre temida pela mulher (HOTIMSKY *et al*, 2002, p. 1305) e, em muitos casos, desnecessária e arriscada para o bebê e para a parturiente (RODRIGUES *et al*, 2018 p. 237).

A Manobra de Kristeller visa acelerar a expulsão do feto do corpo da mulher. Este procedimento é realizado quase sempre sem que a mulher tenha o conhecimento prévio, sendo surpreendida apenas no momento em que ele é praticado. Consiste numa manobra para imprimir força na parte superior do útero como objetivo de empurrar o feto. Frise-se que a manobra de Kristeller pode ocasionar graves lesões à integridade física da mulher (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 135). Em que pese seja proscrita pelos profissionais da obstetrícia, continua sendo amplamente utilizada (SANTOS; SOUZA, 2015, p. 60).

A negativa à presença do acompanhante é uma das práticas mais comuns no que diz respeito à violência obstétrica, em que pese a Lei 11.108/2005 garanta à mulher a presença de um acompanhante por ela escolhido no momento do parto (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 138). Destaque-se, por oportuno, mais uma vez, a falta de fornecimento de informação por parte do profissional de saúde, que omite da mulher o seu direito ao acompanhante. Aliás, trata-se não apenas da omissão da informação, mas da efetiva proibição àquelas que conhecem

o direito que possuem. Neste caso, observa-se o claro desrespeito à legislação vigente, com o intuito de tolher o direito da parturiente.

A violência verbal e psicológica é uma das mais recorrentes no ambiente hospitalar, e segundo Sauaia e Serra (2016, p. 139), se consubstanciam na:

a) privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; b) realização de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios; c) tratar a parturiente de forma grosseira, agressiva, não empática e zombeteira; d) expor a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança; e) recriminação pelos comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções; f) procrastinação do contato entre a mãe e o neonato; g) recriminar a parturiente por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias, etc, dentre outras práticas amplamente condenadas pela OMS.

Ainda acerca da violência verbal e psicológica, Leila Wolff e Vera Waldow reforçam a situação de mal-estar e maus-tratos relatada pelas parturientes, que aceitam as humilhações sofridas porque têm medo de não serem atendidas ou, ainda, se convencem de que aquele é o tratamento comum realizado naquele tipo de rotina (2008, p. 149).

Com o aumento no número de partos realizados em ambiente hospitalar, observou-se o crescimento nas taxas de partos ocorridos na posição supina. Esta posição é, muitas vezes, imposta pelo profissional de saúde em razão da facilidade para a sua atuação, sem deixar que a mulher opine para o estabelecimento do seu conforto e bem-estar (CIELLO *et al*, 2012, p. 107).

A tricotomia dos pelos pubianos realizada no momento anterior ao parto é mais uma prática rotineira em muitas maternidades. Realizado com o intuito de reduzir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal, quando necessária, o procedimento não tem evidências científicas capazes de fundamentá-lo, bem como grande parte das mulheres se sentem constrangidas e o consideram desagradável (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 36).

Outra forma de violência no momento do parto é determinação, pelo médico, do seu tipo. Neste caso, a possibilidade de escolha da paciente parece ser vedada para priorizar a preferência do médico. Por este motivo, as taxas de cesarianas se encontram bastante altas, principalmente se comparadas ao recomendável como medida de saúde (SALGADO, 2012, p. 24). Trata-se, aqui, da cesárea por conveniência do médico, ou seja, sem qualquer necessidade clínica

(CIELLO *et al*, 2012, p. 114). Mais uma razão é apontada para o grande percentual relacionado às cesarianas: as mulheres tendem a considerar que serão melhor tratadas e submetidas a menos humilhação se assim for feito (ZANARDO; NADAL; HABIGZANG, 2017, p. 8).

Importante mencionar, ainda acerca da realização das cirurgias cesarianas, a “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS-2006”, que, coletando dados de um total de mais de quinze mil mulheres nas cinco regiões brasileiras, na sua terceira edição, no ano de 2006, constatou a realização de 44% de cesárias (2009, p. 80). O grupo de pesquisa “Nascer no Brasil”, que realizou o estudo denominado “Inquérito nacional sobre o parto e nascimento”, de abrangência nacional, constatou que entre os anos de 2011 e 2012, dos mais de 500 partos acompanhados, 52% foram cesárias. A orientação da Organização Mundial de Saúde, entretanto, é de que as cesarianas não excedam 15% do total de partos (OMS, 2016, p. 2). Além disso, a resolução 2.144/2016, do Conselho Federal de Medicina, dispõe que a mulher poderá optar pela cesariana nas situações eletivas, ou seja, não deve se tratar de imposição do profissional ou de coerção, mas de livre escolha da mulher. Aliás, a exposição de motivos da mencionada resolução explica que ao paciente é reconhecido o direito de tomada de decisão de forma consciente e, tendo por base, o acesso à evidência científica.

Prática também recorrente e que configura violência obstétrica é a proibição de acompanhante no momento do parto, em que pese a previsão legislativa que assegura à mulher a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto (VELOSO; SERRA, 2016, p. 32).

É preciso mencionar, ainda, a manipulação excessiva e desnecessária dos órgãos sexuais da mulher. Aqui se observa violação psicológica e do corpo da gestante, que passa a ser enxergado como objeto de estudo desprovido de sentimento, vontade e pudores. Cita-se, por exemplo, a quantidade exagerada de exames de toque aos quais a parturiente é submetida, a pretexto do ensino e apesar de haver limitada indicação para tal procedimento (SANTOS; SOUZA, 2015, p. 64).

Há, ainda, outras condutas realizadas por profissionais da saúde que desrespeitam a mulher e os seus direitos, tais como a conhecida “peregrinação por leito”, na qual a instituição hospitalar ou maternidade recusa a admissão da gestante para o parto sem nenhuma razão plausível, privação

desnecessária de alimentação, imobilização e impedimento de contato com o recém-nascido logo após o parto (CIELLO *et al*, 2012, p. 130-138).

Todas as condutas expostas perfazem um triste rol de desrespeito à mulher, que está sob os cuidados de profissionais que, a despeito de terem o dever de agir com ética e diligência, dispensam um tratamento cruel, indiferente e desatencioso (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 148).

A prática da violência obstétrica, conforme se observou da narração até aqui realizada, é produto de uma sociedade na qual à mulher são impostas as situações de submissão e desvalorização, sobre ela pairando o poder médico e a predominância de gênero. É preciso, portanto, perceber que a violência obstétrica, em todas as suas situações caracterizadoras, é uma forma de violência de gênero e deve assim ser analisada, inclusive pelo operador do direito (VELOSO; SERRA, 2016, p. 34).

Constata-se, neste ponto, a extrema relevância da elucidação da população acerca desta modalidade de violação da saúde e da integridade humanas, sobretudo da própria gestante, parturiente e puérpera, para que elas se reconheçam e se posicionem enquanto sujeitos de direitos e saibam reconhecer a conduta danosa contra ela praticada. Apenas sabendo reconhecer a lesão, a vítima poderá pleitear a reparação dos danos causados.

2.3 BREVE SELEÇÃO DE CASOS NOTICIADOS

Para demonstrar as possíveis situações onde se nota a prática de violência obstétrica, alguns relatos foram colhidos de pesquisas científicas realizadas em relação ao tema e de *sítes* de notícias jornalísticas.

O primeiro relato contempla a frustração de uma mulher que, depositando grande confiança no médico com o qual realizou o acompanhamento pré-natal, informou-lhe que desejava ter um parto normal, no quarto e na posição de “cócoras”. Após uma gestação normal, no momento do nascimento da criança, o médico constatou que ainda não havia dilatação suficiente e ignorou o anseio da então parturiente, levando-a, sem consultá-la para o centro cirúrgico. Em seguida, também sem sequer haver a informação, foi realizada a manobra de Kristeller, quando nasceu a criança. A mãe não foi ouvida (G1, 2014).

Num segundo caso, a gestante, já ao chegar à maternidade, começou a sofrer violência psicológica, tendo os profissionais que a receberam criticado a sua suposta demora em procurar atendimento, bem como atribuído a ela as possíveis consequências. Levada à sala de cirurgia sem presença de acompanhante, passou pela manobra de Kristeller (uma enfermeira deitou sobre a sua barriga para empurrá-la) sem anterior advertência. Como susto o, a paciente reagiu e, por esse motivo, teve as mãos amarradas. O bebê não sobreviveu e o prontuário nunca foi disponibilizado (ÉPOCA, 2015).

Parte-se, então, para a terceira história de violência contra a mulher no momento do parto. Aqui, a então parturiente passou por uma episiotomia sem o seu consentimento, ou melhor, sem sequer ter sido avisada, apenas tendo sentido a dor no momento em que o procedimento foi realizado. A médica negou tê-lo feito. Dez meses após o parto a mulher ainda vivia as sequelas do trauma: precisou fazer tratamento psiquiátrico, fisioterapia para o períneo e teria que fazer uma nova cirurgia para reparo da cicatrização do procedimento. Após a vivência, optou por não ter mais filhos (OGLOBO, 2017).

O quarto relato colhido demonstra mais uma situação de desrespeito no parto. A paciente contou que chegou ao hospital para atendimento aos nove meses de gestação e já no primeiro momento, foi afastada do acompanhante, que não foi teve autorização para permanecer no local. Em seguida, foi submetida ao exame de toque que, conforme conta, foi realizado de maneira violenta, fazendo-a sentir muita dor. Após informar que gostaria de ter um parto normal, a parturiente foi ameaçada pelo médico, que lhe falou que, em virtude da sua negativa de realizar a cirurgia cesárea, ela não seria medicada para controle da dor e nem mesmo atendida posteriormente. Por este motivo, a paciente concordou com o procedimento cirúrgico. Realizada a cesárea, os médicos informaram que o recém-nascido havia tido dificuldades para respirar sozinho, motivo pelo qual teve que ser reanimado, vindo a falecer pouco depois. A mulher, então, após receber a notícia, não tinha interesse em realizar a autópsia, entretanto, foi mais uma vez ameaçada, agora sendo avisada de que, caso não autorizasse o procedimento, a criança permaneceria na geladeira sem que ela pudesse enterrá-lo. A vítima abriu um inquérito para apurar as causas da morte do filho (UOL, 2017).

O hospital responsável pelo atendimento descrito acima foi notificado pela Defensoria Pública daquela comarca em razão da formalização de

cinco denúncias acerca dos maus-tratos empregados no atendimento de gestantes. A assistente social responsável no acompanhamento dos casos asseverou, ainda, que diversas outras mulheres procuraram assistência junto ao Órgão, tendo optado, entretanto, por não dar continuidade às formalidades por medo de represálias nos atendimentos posteriores (UOL, 2017).

O Dossiê “Parirás Com Dor” conta a história de diversas vítimas de violência obstétrica. Dentre elas, salienta-se o relato de uma puérpera que, ao amanhecer no hospital escutou o médico gritar “todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta vai ficar sem prescrição!”. Por ter ouvido outras pacientes que já tinham sido examinadas por ele acerca do tratamento grosseiro, a mulher se escondeu no banheiro e não recebeu prescrição de remédio para dor.

O próximo depoimento é compartilhado por uma mulher que teve a bolsa amniótica rompida no atendimento médico, sem saber que o procedimento seria realizado. Em seguida, foi duramente reprimida ao externar a dor que estava sentindo. O normal foi feito à fórceps sem que a parturiente fosse esclarecida sobre o assunto e a conduta também não foi inserida no prontuário. O fato apenas se tornou conhecido quando a pediatra, ao examinar a criança, informou que havia uma marca do instrumento em sua testa (UOL, 2017).

Outra experiência relatada conta com diversas formas de violência no parto. A gestante compareceu ao hospital após constatar o rompimento da bolsa. Ao primeiro atendimento com a médica plantonista, ouviu: “como uma pessoa gorda como você foi engravidar?”. A mulher conta que, entre um xingamento e outro durante as mais de quarenta horas em que permaneceu sob assistência médica, a profissional de saúde realizava dolorosos exames de toque, sem que houvesse qualquer tipo de evolução na dilatação ou contrações. A parturiente passou a ter consecutivos episódios de desmaios, em razão da perda de sangue, motivo pelo qual sua mãe, assustada com o quadro, pediu que fosse feita a cesárea, tendo a médica se recusado ao argumento de que não realizava o procedimento em pessoas gordas e que a paciente “morreria do mesmo jeito”. A profissional que assumiu o plantão posterior decidiu fazer o parto normal, mesmo sem haver contrações ou dilatação suficiente, motivo pelo qual duas enfermeiras se posicionaram em cima da barriga da paciente para forçar a saída do bebê, executando a manobra de Kristeller. O parto normal ocasionou uma laceração que

demandou 36 pontos para a sutura do local. Após receber alta, a mulher notou que estava excretando fezes através da vagina e procurou ajuda médica. Diagnosticada uma fístula de doze centímetros entre o ânus e a vagina, bem como uma laceração no útero, realizou-se procedimento cirúrgico com o objetivo de reverter o quadro. A cirurgia não foi capaz de restaurar a saúde da paciente e a única alternativa restante foi a colocação de uma bolsa acoplada ao seu abdômen para a drenagem das fezes, condição com a qual terá que conviver até que seja indicada novo procedimento (REVISTA CRESCER, 2017).

Leila Wolf e Vera Waldow (2008, p. 139), expuseram o depoimento de uma gestante de vinte e oito anos. A jovem passou por inúmeros exames de toque, realizados por médicos e estudantes de medicina. A maior sensação da qual recordou foi o constrangimento.

As mesmas autoras revelaram, ainda, o depoimento de uma adolescente de dezesseis anos, que contou ter ouvido de uma profissional, num momento em que sentia dor: “na hora foi bom, tu não sentiu dor, porque agora tu tem que sentir” (*sic*).

Noutra situação, uma gestante que tinha optado inicialmente pelo parto normal foi informada, por um profissional de saúde durante o pré-natal, que, se assim fosse, poderia quebrar a bacia ou perder o bebê. O parto realizado foi cesáreo (AMORIM, 2015, p. 16).

Outro caso veiculado no site de notícias G1, na data de 23 de julho de 2018, expõe a vivência de uma jovem de vinte e um anos de idade. Após dar entrada no hospital durante a madrugada, a gestante foi obrigada a aguardar o momento para a realização do parto normal, em que pese tenha informado à equipe que a indicação médica inicial era a de cesárea. Passadas doze horas de trabalho de parto, repise-se, contra a sua vontade, sofreu uma ruptura uterina, motivo pelo qual foi transferida para a sala de cirurgia. O bebê não sobreviveu e a paciente foi proibida de realizar futuros partos normais.

Por fim, menciona-se o relato publicado no *site* EBC, 2013. Rompida a bolsa amniótica, a paciente se encaminhou para o hospital, quando foi informada de que teria que procurar outro local para atendimento, porque ali não havia mais vagas. Após discussão, conseguiu ser internada. Em seguida, sem direito à presença de acompanhante, passou por sucessivos exames de toque para a constatação da dilatação, realizados pelo médico responsável e por estudantes de

medicina. Levada ao centro cirúrgico para realizar o parto normal, recebeu anestésias sem, contudo, ter sido consultada a respeito. Sofreu o procedimento de episiotomia, também sem a sua autorização ou ciência prévia, e passou pela manobra de Kristeller. Após o nascimento do seu filho, a mulher apenas teve o primeiro contato com ele após quatro horas, quando já estava, inclusive, vestido.

2.4 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Para falar de humanização da saúde, processo que se tornou essencial em razão da prática de atos de violência nos ambientes de promoção de saúde, é preciso relembrar o que significa a existência da própria violência.

De acordo com Leila Wolff e Vera Waldow, a violência é “um ato desprovido de humanidade, pois ao impor à outra pessoa a condição de objeto, o sujeito desta ação também se desumaniza, já que para ser humano é preciso tornar-se humano” (2008, p. 149). As autoras ainda concluem: “Humanizar-se é um eterno vir a ser, que exige atualização a cada instante em que se age e a cada relação que se estabelece”.

Com efeito, todos os seres humanos nascem humanos, mas, ao praticarem condutas violentas, que tem por objetivo humilhar, oprimir e objetificar o outro, também se desumanizam. Deste modo, ao praticar a conduta que busca desumanizar terceira pessoa, o sujeito que a impõe também passa a perder a própria humanidade.

Trata-se de um grave e temerário ciclo. Impõe-se, portanto o seu rompimento.

Acredita-se que o panorama de violência mencionado advém do modelo de atenção obstétrica adotada no Brasil. Neste sentido, Daphne Rottner, Ricardo Jones, Simone Diniz *et al* explicam que o Modelo Tecnocrático enfatiza uma separação entre mente e corpo, que acarreta numa percepção do paciente como objeto. Assim, a mulher é alienada do próprio processo, que intervém sobre ela de forma altamente instrumentalizada (2015, p.111).

A atitude humanizada possui as características de respeito, sensibilidade e solidariedade, e a humanização da saúde pressupõe a humanização dos profissionais de saúde. O cuidado, neste sentido, se torna essencial (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 149). Por este motivo, o mencionado modelo Tecnocrático deve

ser reanalisado para que sejam vencidos os aspectos que obstam a efetiva defesa dos direitos da mulher e do feto ou recém-nascido, bem como o adequado cuidado no seu tratamento (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 42).

A rotina, em verdade, parece endurecer esses profissionais para as necessidades do paciente. Aliás, é preciso lembrar que, antes de ser paciente, o indivíduo ostenta a condição de ser humano, que possui necessidades ainda mais intrínsecas. Tal reconhecimento, portanto, deve trazer a preocupação com a pessoa antes mesmo que ela se torne paciente, e esta foi, inclusive, uma das preocupações com a elaboração do Código de Ética Médica (FRANÇA, 2013, p. 30).

O quarto volume dos “Cadernos HumanizaSUS”, de 2014, tratou da humanização do parto e do nascimento, em atenção à constatada presença de atos de violência obstétrica, direcionado, neste caso, à rede pública de saúde. Acerca dos desafios a serem vencidos na persecução da humanização da saúde no âmbito do atendimento à gestante, à parturiente e à puérpera, pontua-se, a necessidade de se vencer a abordagem generalizada e uniformizada para alcançar as necessidades e especificidades de cada mulher, bem como de coibir as práticas de desrespeito e preconceitos às mulheres grávidas (MARTINS *et al*, 2014, p. 15).

É preciso, portanto, para alcançar um cenário de saúde e, mais especificamente, de saúde no parto, humanizado, constatar as práticas deletérias de violência e entendê-las como mal a ser tolhido, e não como situação comum ou típica.

De acordo com o explicitado anteriormente, uma das grandes dificuldades encontradas na atenção obstétrica a partir do início do processo de medicalização do parto é, justamente, a sua percepção como quadro patológico (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 22). Isso se dá, principalmente, em virtude da visão na qual o corpo da mulher é percebido como imperfeito, sendo necessárias, para suplantar os defeitos encontrados, uma série de intervenções e tecnologias sem a avaliação da real necessidade de sua aplicação (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 22).

Impõe-se, portanto, a evolução do pensamento humano para entender o nascimento como um “evento biopsicossocial” (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 25). A partir disso, compreende-se que o ambiente em que se insere a mulher grávida e no qual serão prestados os cuidados ao nascimento não pode ser hostil e opressor, bem como devem ser consideradas os seus sentimentos e necessidades (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 28).

A fim de se alcançar um atendimento em saúde obstétrica humanizado, é imperioso que se pondere acerca do uso das tecnologias. Assim, em relação a mulheres e fetos saudáveis, deverá preponderar a atenção, o cuidado e o apoio do profissional de saúde sobre a utilização de equipamentos, medicamentos e instrumentos. (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 30).

No âmbito da saúde pública, a humanização do parto foi adotada no ano de 2000 como política oficial através do Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento, cujo intuito era garantir a equidade e a cidadania no atendimento da gestante e da parturiente, bem como oferecer um cuidado de abrangência integral às suas necessidades e particularidades (BARBOZA ; MOTA, 2016, p. 127).

Mais tarde, entre 2009 e 2011, funcionou o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste brasileiros serviu de baliza para o surgimento da Rede Cegonha, em 2011, lançada pelo governo federal, através da qual se busca resignificar a atuação do profissional no âmbito da saúde obstétrica e perinatal, com o respeito aos direitos das pacientes e à real atenção humanizada (MARTINS *et al*, 2014, p. 10).

Neste contexto, o relatório final da CPMI cujo objeto foi a identificação de todo tipo de violência à qual a mulher é constantemente submetida, acerca da violência obstétrica, atentou para o fato de insuficiência das ações promovidas pelo Ministério da Saúde para o afastamento deste cenário. Recomendou, por fim, uma atuação mais intensa do Ministério da Saúde junto aos Estados para a prevenção e punição da violência obstétrica, aliado ao aumento de divulgação de informação às mulheres sobre os seus direitos (2013, p. 64).

A humanização, portanto, almeja a participação da mulher no momento do parto, de forma a respeitar seus anseios, experiências anteriores, dor e todas as questões individuais por ela vivenciadas. Requer, também, a total eliminação de qualquer comportamento e conduta que a menospreze ou agrida (BARBOZA; MOTA, 2016, p. 127). Luciana Pereira e Alessivânia Mota ainda destacam a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e a paciente, como forma de cuidado e “fortalecimento do vínculo e da confiança” (2016, p.127).

O cenário ideal é, portanto, um ambiente onde os profissionais de saúde percebam a importância da sua atuação na relação construída com a

mulher grávida, então paciente, compreendendo o parto de forma integrada com os direitos sexuais e reprodutivos dela (SALIM, 2014, p. 233).

Entende-se, entretanto, que um dos grandes desafios para o definitivo alcance da atenção humanizada em saúde é a “desconstrução das relações autoritárias” estabelecidas pela medicina e por seus profissionais sobre a mulher (BARBOZA; MOTA, 2016, p. 128).

É possível observar, no Brasil, um movimento no sentido da busca pela conscientização acerca da violência obstétrica, bem como da sua prevenção. As notícias mais recentes incluem, por exemplo, a audiência pública ocorrida em 20 de junho do presente ano, promovida pela Comissão permanente Mista de Combate à Violência contra a Mulher¹. Na oportunidade foi criticado o modelo de assistência à mulher nos momentos que circundam o parto que, em geral, privilegia a conveniência do profissional e da instituição, bem como se discutiu a necessidade de centralização do cuidado no bem-estar da mulher. (SENADO, 2018).

2.4.1 A Lei 11.108/2005

Num contexto de busca pela humanização do atendimento obstétrico, constatou-se, no Brasil, que a presença de um acompanhante escolhido pela mulher nos momentos que circundam o parto e no momento do parto exerce forte influência sobre o estado geral da parturiente, reduzindo as necessidades de analgesia e parto operatório (RATTNER, 2009, p. 595).

A presença do acompanhante, então, passou a ser recomendada e, mais tarde, foi sancionada a Lei 11.108/2005, conhecida como “Lei do acompanhante”.

A Lei 11.108/2005 alterou a lei 8.080/1990 para instituir na rede do Sistema Único de Saúde a obrigatoriedade em permitir à parturiente a escolha de uma pessoa para acompanhar-lhe durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Frise-se, aqui, que a tal escolha é ato de total liberdade da mulher, não havendo limitações quanto à opção feita.

Trata-se, pois, de direito conferido à parturiente.

¹ A Comissão de Combate à Violência Contra a Mulher é um colegiado composto por senadoras e deputadas.

Sabe-se, entretanto, que, ainda nos dias atuais, a lei não é sempre cumprida e, dentre as formas de descumprimento estão o total impedimento de entrada do acompanhante escolhido, a restrição quanto ao acompanhante que poderia entrar (neste caso, pode haver a liberação apenas para mulheres ou apenas para o pai da criança), restrição quanto ao momento em que o acompanhante poderia estar ou quanto ao tipo de parto no qual se permite a presença do acompanhante e cobrança de taxa para a entrada do acompanhante (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

2.4.2 O projeto de Lei 7.633/2014

Também embalado pelo crescente movimento de observação das situações que envolvem a mulher grávida, surgiu o projeto de Lei 7.633/2014.

Inicialmente, é preciso anotar que o Brasil não possui legislação federal que especifique e puna os atos de violência obstétrica ocorridos da rede de saúde do país. Alguns Estados, entretanto, aprovaram leis cujo intuito é a definição de tais condutas, quais sejam, a Lei 17.097/2017, de Santa Catarina, a Lei 19.790/2017, de Goiás, e a Lei 5.2017/2018, de Mato Grosso do Sul.

O projeto, de autoria do deputado Jean Wyllys, busca, a nível federal, fazer o que fizeram as leis estaduais mencionadas: caracterizar a violência obstétrica, estabelecer as condutas vedadas ao profissional de saúde no atendimento à mulher gestante e definir os procedimentos que carecerão de justificativa clínica. Neste sentido, destaca o direito da gestante à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, além de impor aos profissionais de saúde a adoção de práticas baseados em evidências científicas, garantir à gestante o direito de decidir sobre os procedimentos a serem realizados para o seu bem-estar e assegurar os seus direitos de escolher sobre as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer e de optar pela presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Há, ainda, a previsão do direito ao plano de parto² a partir do descobrimento da gravidez.

² O plano de parto é a manifestação de vontade gestante acerca das especificidades do seu pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Nele há indicações como local do parto, equipe responsável pela assistência, escolha do acompanhante, posição do parto e métodos farmacológicos ou não farmacológicos a serem utilizados.

2.5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DOS TRIBUNAIS BRASILEIROS: ALGUNS PRECEDENTES IMPORTANTES

Preliminarmente, é preciso salientar que não se pretendeu, neste trabalho, esgotar todas as hipóteses de violência obstétrica que já foram objeto de litígio no judiciário nacional. O que aqui se buscou foi a realização de uma análise perfunctória acerca de alguns casos encontrados dentre os julgados dos tribunais brasileiros.

Conforme mencionado em linhas anteriores, não há, no Brasil, legislação federal que caracterize especificamente a violência obstétrica, ficando a maior parte dos processos que giram em torno desta temática no âmbito da responsabilidade civil em virtude de erro médico.

Ademais, a aplicação da lei penal também é possível através dos tipos previstos nos artigos 146, 129 e 121, do Código Penal, quais sejam, constrangimento ilegal, lesão corporal e homicídio (SAUAIA; SERRA; 2016, p. 143).

Nota-se, quando da pesquisa da jurisprudência dos tribunais brasileiros, que a nomenclatura “violência obstétrica” pouco é mencionada. Assim, em que pese há muito se possa perceber a ocorrência dessas lesões que fazem parte de uma única e extensa categoria de danos contra a mulher, ela ainda não é plenamente reconhecida pelos tribunais como uma modalidade específica e autônoma de violência.

Dentre os julgados que identificam a violência obstétrica está a apelação nº 0001314-07.2015.8.26.0082 em ação de Responsabilidade Civil julgada pela 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Neste caso, o apelante sustentou a inexistência de provas acerca da prática da violência obstétrica, bem como o cumprimento de todos os protocolos recomendados pela medicina obstétrica. Na decisão, os desembargadores paulistanos improveram o recurso interposto pelo hospital que teria praticado os atos de violência, mantendo a decisão de primeiro grau que o condenou ao pagamento de danos morais à vítima. As lesões sofridas foram diversas: deboche por parte da equipe de enfermagem, diversos episódios de agressividade e menosprezo pela médica responsável, proibição de acompanhante no momento do parto, impedimento de ver o recém-nascido. Os fundamentos expostos no acórdão foram

de grande relevância, tais como, a desobediência à Lei 11.108/05 e, portanto, a violação do direito da parturiente, a situação de abandono psicológico por ela sofrido e o direito à proteção e humanização no momento durante a gestação, no momento do parto e no puerpério. Vale, aqui, a transcrição da ementa relativa ao acórdão em destaque:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido. (TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator: Fábio Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017).

Noutro julgado, apelação nº 0018533-22.2008.8.26.0068, decidida na 5ª Câmara de Direito Público do Estado de São Paulo, a recorrente teve o recurso improvido em ação de responsabilidade civil do Estado. No caso em exame a paciente teve o pedido de danos morais e materiais em negado em primeira instância, tendo sido a sentença confirmada em segundo grau. Da análise do acórdão observa-se que o parto foi realizado com fórceps para abreviar o período expulsivo, fato que causou lesões na criança recém-nascida. Segundo o laudo médico, é sabido que o instrumento mencionado pode acarretar nos danos físicos causados e, de fato, esta foi a razão das lesões ocorridas. Concluiu, entretanto, que o evento se tratou de um “desafortunado acidente que pode ocorrer quando se opta por este tipo de técnica”. Deste modo, os desembargadores mantiveram a decisão de piso “que bem entendeu pela improcedência dos pedidos por ausência de provas robustas do nexo de causalidade”.

A apelação nº 1002589-57.2014.8.26.0292, decidida pela 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo foi julgada

improcedente em ação de reparação de danos morais por erro médico. Aqui, a paciente, mesmo querendo optar cesariana, passou por doze horas de trabalho de parto em virtude da insistência médica em realizar o parto normal. Dado o sofrimento vivenciado, teria desenvolvido depressão pós-parto e síndrome do pânico. O juiz sentenciante julgou improcedente o pedido deduzido na inicial, decisão que foi mantida pelo Tribunal ante a “inexistência de nexo de causalidade entre as condutas dos requeridos e o dano sofrido pela autora”.

Por fim, tem se a Apelação Cível nº 0305940-67.2017.8.21.7000, julgada pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. No caso em exame a parturiente havia solicitado o parto via cirurgia cesária, inclusive considerando o peso e tamanho feto. O médico obstetra, entretanto, rejeitou o procedimento solicitado pela paciente e realizou o parto normal. Durante o procedimento, o feto entrou em sofrimento fetal em razão do seu tamanho e, diante disso, o profissional responsável teve de puxar a criança pelo braço, causando a desnervação total dos músculos naquele local, fato que gerou danos irreversíveis ao bebê. A ação foi indeferida pelo juiz de piso e mantida pelo tribunal. Os fundamentos da decisão se basearam nos depoimentos testemunhais que indicaram que “a indicação da cesariana não era absoluta, isto é, que a parturiente e o nascituro não incorreriam em risco de vida se escolhessem pelo parto normal”.

O Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça não possuem acórdãos que mencionem o termo “violência obstétrica”.

Há, entretanto, recente julgado datado de 11 de setembro de 2018, pela terceira turma, da relatoria do ministro Marco Aurélio Bellizze, em sede do Recurso Especial nº 1.328.457 (2012/0121455-4)³, que toca o tema em relação

³ Em que pese acentuada extensão da ementa de que aqui se trata, reputa-se relevante a sua transcrição por se tratar de julgado do Tribunal da Cidadania recente que menciona os fatos que levaram ao reconhecimento da existência de erro médico: RECURSOS ESPECIAIS. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. ERRO MÉDICO. FALECIMENTO DE RECÉM-NASCIDO. [...] NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A CONDUTA DOS MÉDICOS E OS DANOS CAUSADOS À SAÚDE DO MENOR. REEXAME DE PROVAS. DESCABIMENTO. SÚMULA 7/STJ. 5.1. PROVA PERICIAL. NÃO VINCULAÇÃO DO JULGADOR. 6. REDUÇÃO DO VALOR DA REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. DESCABIMENTO. 7. RECURSO ESPECIAL DO PRIMEIRO RECORRENTE CONHECIDO E PROVIDO, E CONHECIDO E DESPROVIDO O DO SEGUNDO INSURGENTE. [...] 3. Embora da leitura da petição inicial possa se verificar, na parte dos pedidos, a ausência de postulação expressa à condenação por dano moral, os demandantes deixam claro na fundamentação que pretendem indenização em razão da morte do filho, em decorrência de erro médico atribuído à conduta dos réus, o que se mostrou suficiente para permitir a condenação sob esse fundamento, notadamente, por terem os requeridos tratado do tema em suas peças de contestação, afastando, assim, a ocorrência de julgamento extra petita. Segundo entendimento desta Corte, “o pedido é aquilo que se pretende com a instauração da demanda e se extrai a partir de uma interpretação lógico-sistemática do afirmado na petição inicial, recolhendo todos

ao erro médico. Neste caso, foi julgado procedente o pedido aduzido em ação de indenização por danos morais e materiais em desfavor de um hospital e do médico responsável em virtude do reconhecimento de erro médico relacionado ao atendimento que precedeu a realização do parto da autora. O erro médico, assim considerado em razão de negligência, consistiu na liberação da gestante mesmo após a constatada idade gestacional já avançada, razão pela qual o recém-nascido veio a óbito em seguida ao seu internamento com quinze dias na unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal. O relator, na apreciação do nobre recurso, em que pese tenha decidido acerca imprescindibilidade de reanálise do acervo fático-probatório para que fosse procedida a pleiteada revisão do julgamento de primeiro grau, destacou determinados aspectos relacionados à decisão *a quo*, tais como a possibilidade de o julgador decidir com base em outros elementos dos autos, que não o laudo pericial, e a manutenção do valor fixado a título de danos morais, qual seja R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), por ele considerado “módico, diante da gravidade da situação representada pela perda de um filho recém-nascido”.

É de se notar, da análise dos julgados, que mesmo aqueles que utilizam a nomenclatura “violência obstétrica”, em verdade analisam a presença de erro médico ou dano.

Além disso, conforme pontuam Roberto Veloso e Maiane Serra pontuam, não obstante a possibilidade de responsabilização civil dos profissionais

os requerimentos feitos em seu corpo, e não só aqueles constantes em capítulo especial ou sob a rubrica dos pedidos" (REsp n. 120.299/ES, Relator o Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira, Quarta Turma, DJ de 21/9/1998). [...] 5. A partir da análise dos elementos fáticos da demanda, concluiu o Tribunal de origem que, ao liberarem a gestante, que contava com elevada idade gestacional, os profissionais envolvidos no atendimento agiram com negligência, configurando, portanto, a conduta culposa que implicou sua responsabilização pelos danos causados à saúde do recém-nascido que, embora internado na UTI neonatal após o parto, veio a óbito 15 (quinze) dias depois. A revisão do julgado com o consequente acolhimento da pretensão recursal não prescindiria do reexame do acervo fático-probatório da causa, o que não se admite em âmbito de recurso especial, ante o óbice da Súmula 7 deste Tribunal. 5.1. Acresce-se que o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo, inclusive, formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos, desde que dê a devida fundamentação, conforme o disposto no art. 436 do CPC/1973, vigente à época do julgamento.

6. É possível a intervenção deste Superior Tribunal de Justiça para reduzir o valor da indenização por danos morais apenas nos casos em que o quantum arbitrado pelo acórdão recorrido se mostrar exorbitante, distanciando-se dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, situação que não se faz presente no caso, diante da sua fixação em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) em favor dos pais da criança.

7. Recurso especial do primeiro recorrente conhecido e provido, e conhecido e desprovido o do segundo insurgente.

(REsp 1328457/RS, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/09/2018, DJe 17/09/2018)

de saúde e dos hospitais, o grande desafio se torna a comprovação do nexo de causalidade entre a conduta em tese lesiva e o dano causado (2016, p. 35).

Percebe-se, nesta linha, a dificuldade em se provar o nexo de causalidade capaz de configurar o cabimento de indenização por danos morais nas hipóteses em que são aduzidas condutas de violência obstétrica, ainda que esta não seja expressamente mencionada na demanda e nas decisões judiciais.

3 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS RELACIONADOS

Conforme ensinam Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho (2015, p. 38), com o advento da Constituição Republicana de 1988, o Direito passou a se preocupar com o indivíduo em sua essência, ampliando sua proteção para além dos aspectos patrimoniais.

Sabe-se que, em virtude da previsão da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, § 1º, os direitos fundamentais possuem aplicação imediata, ou seja, são, de plano, plenamente exigíveis, sendo desnecessária qualquer regulamentação posterior para o seu efetivo exercício. Além disso, são cláusulas pétreas, conforme normatiza o artigo 60, § 4º, IV, da CF/88, e possuem hierarquia constitucional, que importa no balizamento de todo o ordenamento brasileiro no sentido de propiciar a sua efetivação (MARMELSTEIN, 2014, p. 15). É de se dizer, ainda, que os direitos fundamentais não estão taxativamente dispostos no ordenamento jurídico pátrio, de forma que a sua disposição e previsão na Constituição Federal não é exaustiva (MARMELSTEIN, 2014, p. 21).

É possível, nesta senda, que haja questionamentos acerca do fundamento destes direitos tão caros à sociedade. Merece especial destaque, aqui, a íntima ligação com a dignidade da pessoa humana, uma vez que são propostos como “valores básicos para uma vida digna” (MARMELSTEIN, 2014, p. 15).

3.1 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A dignidade da pessoa humana é “pressuposto lógico da personalidade humana e, conseqüentemente, dos próprios direitos da personalidade” (FARIAS; ROSENVALD, 2015, p. 140). Ademais, trata-se de “primeiro fundamento de todo o sistema constitucional posto e o último arcabouço da guarida dos direitos individuais” (NUNES, 2002, p. 47).

Através da Constituição Republicana de 1988, a dignidade humana foi estabelecida no elevado patamar de fundamento do estado Democrático de Direito (RAMOS, 2015, p. 73). Sem o contínuo esforço de mantê-la em evidência e de respeitá-la ao máximo, inexistiria, pois, a ideia de Estado fundado em valores de democracia e direito.

Trata-se, antes de tudo, de um atributo que todo indivíduo possui, inerente à condição humana. Não existe necessidade, por conseguinte, da presença de qualquer outra condição pessoal para a implementação da dignidade humana, uma vez que é um valor que identifica o ser humano como tal (RAMOS, 2015, p. 73).

É, de fato, um “princípio geral ou fundamental” (RAMOS, 2015, p. 75).

Observa-se, ainda, que a dignidade humana contempla um aspecto positivo e um aspecto negativo: o primeiro importa na defesa da existência em condições materiais mínimas de sobrevivência a cada indivíduo; o segundo trata da proibição de imposição de tratamento ofensivo ou degradante ao ser humano (RAMOS, 2015, p. 75).

A dignidade humana se consubstancia, pois, “numa qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, que o protege contra todo tratamento degradante e discriminação odiosa, bem como assegura condições materiais mínimas de sobrevivência” (SARLET, 2015, p. 60).

Com efeito, em que pese o reconhecimento da dignidade da pessoa humana signifique um grande avanço na proteção aos direitos das pessoas, há, também, certa incerteza em precisar quais direitos representam ou não direitos fundamentais em espécie. Marmelstein ensina, neste sentido, que é preciso analisar se a constituição confere especial proteção ao direito em exame, ainda que implicitamente (2014, p. 21).

O respeito à dignidade humana deve também se dar, por óbvio, no âmbito médico, devendo ser respeitados os valores, crenças e desejos do paciente (DINIZ, 2011, p. 702).

Dir-se-ia, aliás, que com maior razão, uma vez que dos profissionais de saúde se espera determinado agir ético no amparo da vida humana.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, neste sentido, reconhece, em sua exposição de motivos⁴, a necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana e, por consequência, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, considerando o progresso da ciência e avanços

⁴ “Reconhecendo que as questões éticas suscitadas pelos rápidos progressos da ciência e suas aplicações tecnológicas devem ser examinadas tendo o devido respeito pela dignidade da pessoa humana e o respeito universal e efectivo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais [...]”

tecnológicos. O documento também cita a dignidade da pessoa humana no artigo 2º, alínea “c”⁵, como um dos seus objetivos, e no artigo 3º⁶.

No âmbito da relação com o paciente, todos os envolvidos deverão respeitar o seus direitos básicos (DINIZ, 2011, p. 758). Não se trata, portanto, apenas do médico ou do profissional de enfermagem, mas de todo aquele que, inserido no contexto de atendimento ao paciente, deve lhe prestar algum tipo de atenção.

Lesionados os direitos do paciente que, conforme bem pontuou Maria Helena Diniz, são uma extensão dos direitos fundamentais e, portanto, espelho do princípio da dignidade da pessoa humana, impor-se-ão a responsabilidade civil e a responsabilidade criminal ao profissional de saúde (2011, p. 757).

3.1.1 Vida, saúde e bem-estar

O direito à vida está previsto expressamente no artigo 5º, *caput*, da Constituição Federal⁷. Entende-se, atualmente, que engloba diferentes facetas e questões e, neste sentido, é possível discutir os aspectos do direito à vida desde o direito de nascer e permanecer vivo, perpassando pela defesa da própria vida e até a opção sobre a própria morte (RAMOS, 2015, p. 471).

O direito a vida abarca, ainda, as dimensões vertical e horizontal. Do estudo da primeira depreende-se que reúne os diversos momentos do desenvolvimento humano e, da segunda, a dimensão horizontal, compreende-se trata do efetivo respeito à qualidade da vida do indivíduo. Deste último aspecto, são derivados outros importantes direitos que visam assegurar, ao cabo, o direito à vida digna (RAMOS, 2015, p. 472).

Não se trata, assim, do direito à vida sem o cumprimento das condições mínimas de existência do ser humano. Deste modo, não se pretende, com

⁵ Art. 2º, “c”, DBDF: “contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos;”

⁶ 1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados.

⁷ Art. 5º, *caput*, CF/88: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)”.

a previsão do direito à vida, apenas uma proteção genérica, mas a defesa de modo que o seu exercício se dê com o escopo respeitar a sua dignidade.

Ora, se o que se busca proteger é não apenas o direito de sobreviver, mas o direito à vida digna, por óbvio que a prática da violência obstétrica agride substancialmente o direito à vida.

Busca-se, neste sentido, o direito à vida digna, que apenas poderá acontecer se respeitado pelo profissional de saúde, sendo evitado o sofrimento, seja ele de qualquer natureza, e impondo-se a qualidade no efetivo exercício do direito (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 32).

É nesta linha, também, que se observa a criação dos já abordados princípios da bioética – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça –, que têm por objetivo estabelecer o cuidado essencial com a vida humana no âmbito do cuidado e assistência à saúde. Com o mesmo objetivo de preservação da vida digna se impõe, ainda, a necessidade de diálogo entre as partes envolvidas no atendimento em saúde, tópico este que se desenvolverá posteriormente (ROCHA; KESKE, 2017, p. 123).

Ainda numa perspectiva do direito à vida e vida com dignidade, a Constituição brasileira prevê, em seu artigo 196, o direito à saúde, cuja redação, nas primeiras palavras, anuncia “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. A partir do parâmetro constitucional nacional, migra-se para a Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1946, que define, em seu preâmbulo, saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Ademais, a mesma Constituição, ainda em disposição preambular, afirma que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

Nestes termos, não resta, dúvidas de que a medicina é uma “instituição de interesse coletivo”, uma vez que a saúde é um direito fundamental e, como tal, deve ser promovida pelo Estado, que regulará as atividades de prestação de serviços de saúde (DINIZ, 2011, p. 184). No ordenamento brasileiro, a Lei 8.080/90 trata da proteção e promoção da saúde e, no artigo 2º, enuncia: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O parágrafo único do artigo 3º, da mesma

Lei, por sua vez, revela: “dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

A partir da compreensão do que significa o direito à saúde da extensão da sua abrangência, é de se concluir que o profissional de saúde deve zelar e agir no melhor interesse do paciente, objetivando, sempre, o estabelecimento de uma situação de equilíbrio físico e psíquico (DINIZ, 2001, p. 187). Esclarece Maria Helena Diniz: “trata-se de uma obrigação ético-jurídica” (2001, p. 187).

Além disso, a autora supramencionada (2001, p. 187), ainda assenta que a promoção da saúde demanda equidade horizontal e equidade vertical: de acordo com a primeira, oferece-se aos pacientes iguais, tratamento igual, ao passo que na igualdade vertical da relação em saúde, destina-se aos desiguais, tratamento desigual. Tal desigualdade abrange qualquer pessoa em situação de desfavorecimento social, cultural ou econômico⁸.

Com efeito, quando se observa a violência obstétrica, em qualquer que seja a sua apresentação no caso concreto, nota-se não apenas a violação, pelo próprio profissional de saúde, do direito fundamental à saúde da paciente, mas a prática de um ato que, pode-se dizer, equivale ao exato oposto de promoção da saúde. Noutras palavras, o profissional de saúde não só falta com o seu dever profissional, mas pratica atos que atentam contra a saúde da mulher. E aqui, reforça-se, adota-se o sentido de saúde amparado pelo sistema jurídico brasileiro e definido na Constituição da Organização Mundial de Saúde, qual seja, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

3.1.2 Integridade física e psicológica, vedação ao tratamento desumano

Também previstos no artigo 5º, da Constituição Federal, estão os direitos à integridade física e à integridade moral⁹.

⁸Os aspectos relacionados à igualdade serão analisados em seção própria.

⁹Art. 5º, XLIX, CF/88: “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”; Art. 5º, III, CF/88: “III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”.

No âmbito da integridade física, tem-se a proteção ao corpo do indivíduo, que deverá ser resguardado contra o tratamento desumano, cruel ou degradante.

O viés psíquico desta proteção constitucional, por sua vez, contempla a vedação de qualquer tratamento que cause sofrimento psicológico ao ser humano. (RAMOS, 2015, p. 511). Nesta linha, resta claro que a proteção à integridade moral do indivíduo também é bem jurídico a ser tutelado na mesma proporção de proteção que se destina à integridade física.

A partir da supracitada previsão constitucional, conclui a doutrina que tratamento desumano ou degradante consiste em toda conduta praticada por um indivíduo que objetive a humilhação de outrem, bem como rebaixe a sua autoestima e a estima social (RAMOS, 2015, p. 511).

Conforme explicita André de Carvalho Ramos, “o tratamento desumano abarca o degradante: o tratamento desumano é aquele que humilha e degrada e, além disso, provoca severo sofrimento físico ou mental irrazoável (por isso, desumano)” (2015, p. 517). Prosseguindo nas lições do autor, “tratamento degradante é aquele que cria em suas vítimas o sentimento de inferioridade e humilhação”.

Há, nos termos aqui explicitados, em qualquer das formas de tratamento, clara violação à dignidade da pessoa.

Axel Honneth, na obra intitulada “Luta por reconhecimento”, explanou acerca dos desrespeitos que são capazes de privar o ser humano de “pretensões da identidade” (2009, p. 214). Neste sentido, o autor trata, em primeiro lugar, do desrespeito à integridade corporal do indivíduo:

[...] aquelas formas de maus-tratos práticos, em que são tiradas violentamente de um ser humano todas as possibilidades da livre disposição sobre seu corpo, representam a espécie mais elementar de rebaixamento pessoal. A razão disso é que toda tentativa de se apoderar do corpo de uma pessoa, empreendida contra a sua vontade e com qualquer intenção que seja, provoca um grau de humilhação que interfere destrutivamente na autorrelação prática de um ser humano, com mais profundidade do que outras formas de desrespeito; pois a particularidade dos modos de lesão física como ocorre na tortura ou na violação, não é constituída, como se sabe, pela dor puramente corporal, mas por sua ligação com o sentimento de estar sujeito à vontade de um outro, sem proteção, chegando à perda do senso da realidade. Os maus-tratos físicos de um sujeito representam um tipo de desrespeito que fere duradouramente a confiança. Aprendida através do amor, na capacidade de coordenação autônoma do próprio corpo; daí a consequência ser também, com efeito, uma perda de confiança em si e o no mundo, que se estende até as camadas corporais do

relacionamento prático com outros sujeitos, emparelhada com uma espécie de vergonha social”.

Isto posto, deve-se verificar que o desrespeito à integridade corporal de alguém não tem por consequências, unicamente, as lesões físicas deixadas, mas, por vezes mais significativos ainda são os seus efeitos psicológicos. É preciso compreender que o ser humano se trata de um todo. É, sempre, uma totalidade composta por corpo físico e mente, esta responsável pelos mais incríveis e complexos processos de desenvolvimento, mas, também, suscetível a danos de difícil reparação.

O que se quer esclarecer é que dificilmente o mal provocado contra a integridade física se encerrará nos prejuízos físicos, levando a uma violação à integridade psicológica do indivíduo, que verá ofendida a sua autonomia de decidir sobre o próprio corpo, conforme se observou do trecho transcrito da obra de Axel Hanneth.

Deste modo, importante lembrar que o ordenamento brasileiro entende a integridade psíquica como um dos direitos da personalidade (estes oriundos diretamente dos direitos fundamentais e, portanto, da dignidade da pessoa humana). Sendo assim, impõe-se à sociedade e a cada indivíduo que a compõe o respeito aos componentes psicológicos do ser humano, que não deverão ser lesionados direta ou indiretamente. Ademais, predomina a necessidade de respeito aos aspectos individuais da pessoa, sejam elas convicções pessoais, filosóficas, religiosas ou sociais (DINIZ, 2011, p. 198).

Sem esta observação, torna-se impossível a proteção da individualidade e, por consequência, da personalidade humana.

Rememora, ainda, Maria Helena Diniz, que “a ofensa à integridade psicofísica apresenta muitas variações, por abranger gravame à saúde, à estética, à mente etc.” (2011, p. 199). Reforce-se, neste sentido, o sentido de saúde anteriormente abordado, o qual inclui o bem-estar físico e psicológico. Sendo qualquer deles lesionado, há violação do direito à saúde e à vida, em última instância.

A intangibilidade física e psicológica alcança, ainda, as condutas à priori profissionais, invasivas do corpo humano, sem a anuência do titular, salvo para a proteção de outros valores constitucionais, como, por exemplo, a vida. (RAMOS, 2015, p. 512). Neste contexto, inserem-se os atos dos profissionais

de saúde, os quais deverão abolir quaisquer atuações de tratamento desumano, cruel ou degradante, uma vez que seu objetivo é o de salvar vidas e promover a saúde física e mental dos pacientes (DINIZ, 2011, p. 699).

Principalmente no âmbito da saúde, há que se frisar a importância de concretização do respeito à individualidade da pessoa, mencionado em linhas anteriores. É que nos tratamentos e abordagens dos profissionais de saúde, costuma-se fazer valer a vontade destes sobre os anseios do paciente.

Isto, aliás, é o que se observa nas condutas de violência obstétrica: realiza-se, por exemplo, a cesária por escolha médica e sem indicação específica em detrimento da opinião da mulher. Trata-se de óbvia hipótese de violação da integridade psicológica da gestante. Segundo ensina Maria Helena Diniz, a violação da vontade do paciente constitui “lesão à liberdade moral da pessoa” (2011, p. 199).

Também representa violação direta da integridade psicológica, os tratamentos e comentários agressivos à gestante ou parturiente, que invariavelmente termina por carregar o sentimento de humilhação. Trata-se, aqui, da intimidação pelo medo (DINIZ, 211, p. 199).

O dano à integridade física, por outro lado, se torna mais fácil de constatar, em que pese a mulher, no momento em que sofre o ato de violência, costume não associá-lo a um mal a si infligido. Neste caso, tem-se, por exemplo, a episiotomia realizada sem indicação e sem o consentimento da parturiente, o “ponto do marido”, a manobra de Kristeller, que na maioria das vezes acontece sem sequer ter sido a parturiente comunicada da sua realização, bem como a violação de caráter sexual.

Trata-se, em todos os casos, de má prática médica, que se consubstancia na intenção de causar mal ao paciente (DINIZ, 2011, p. 745).

Essencial notar, por fim, que esses elementos podem constituir objeto de ação de responsabilidade civil por dano moral e patrimonial ou, ainda, possuir relevância penal, tal como o tipo de maus-tratos, previsto no artigo 136, do Código Penal, ou abuso de autoridade, objeto da Lei 4.898/65.

3.1.3 Liberdade e igualdade

A liberdade e a igualdade estão previstas no *caput* do artigo 5º, da Constituição Federal de 1988. Segundo Marmelstein, o constituinte originário enunciou, através do mencionado artigo, um “dever ético-jurídico de respeito ao outro” (MARMELSTEIN, ANO, p. 73). Aliás, a Constituição brasileira, conforme recorda o autor, está permeada por disposições que buscam garantir a observação e o cumprimento desses direitos que decorrem diretamente da dignidade da pessoa humana, dentre elas, o artigo 5º, *caput*, I¹⁰.

Axel Honneth, dissertando sobre os diversos modos desrespeito ao ser humano, conforme já se mencionou, discrimina uma segunda forma de desrespeito:

[...] temos que procurar a segunda forma naquelas experiências de rebaixamento que afetam seu autorrespeito moral; isso se refere aos modos de desrespeito pessoal, infligidos a um sujeito pelo fato de ele permanecer estruturalmente excluído da posse de determinados direitos no interior de uma sociedade. De início, podemos conceber como ‘direitos’, *grosso modo*, aquelas pretensões individuais com cuja satisfação social uma pessoa pode contar de maneira legítima, já que ela, como membro de igual valor em uma coletividade, participa em pé de igualdade da sua ordem institucional; se agora lhe são negados certos direitos dessa espécie, então está implicitamente associada a isso a afirmação de que não lhe é concedida a imputabilidade moral na mesma medida que aos outros membros da sociedade. [...] Portanto, o que aqui é subtraído da pessoa pelo desrespeito em termos de reconhecimento é o respeito cognitivo de uma imputabilidade moral que, por seu turno, tem de ser adquirida a custo em processos de interação socializadora. Mas essa forma de desrespeito representa uma grandeza historicamente variável, visto que o conteúdo semântico do que é considerado como uma pessoa moralmente imputável tem se alterado com o desenvolvimento das relações jurídicas: por isso, a experiência da privação de direitos se mede não somente pelo grau de universalização, mas também pelo alcance material dos direitos institucionalmente garantidos (AXEL HONNET, 2009, p. 216-217).

Trata-se, aqui, do desrespeito à igualdade entre os seres humanos. Neste cenário, constata-se uma clara violação da imposição constitucional de reconhecimento a todos os grupos de indivíduos os direitos conferidos à generalidade das pessoas na sociedade.

De fato, consoante se observou, a Carta Magna consagrou a necessidade de respeito entre os indivíduos que convivem na sociedade, sendo todos “iguais na lei” e “perante a lei”. Marmelstein elucida a diferença entre tais expressões: “a primeira, é dirigida ao legislador, que, ao editar normas abstratas, deve tratar todos com isonomia”, a segunda, por sua vez, “incide no momento de

¹⁰ Art. 5º, *caput*, CF/88: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”; Art. 5º, I, CF/88: “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”.

concretização, de modo que os operadores do direito, na aplicação da lei, não adotem comportamentos preconceituosos” (MARMELSTEIN, 2014, p. 74).

A igualdade refere-se ao tratamento equivalente direcionado a todos os seres humanos. Deste modo, nota-se que o direito à igualdade visa afastar tratamentos discriminatórios e vantagens direcionadas a certos grupos da sociedade. Sobreleva-se, mais uma vez, a tentativa de proporcionar aos indivíduos uma vida digna (RAMOS, 2015, p. 479). Entende-se, portanto, que o tratamento da pessoa humana – seja ela quem for – deve ser dispensado – por quem quer se seja – de maneira isonômica, ou seja, de forma a promover o efetivo respeito às qualidades e particularidades individuais.

No âmbito da igualdade, é preciso salientar a importante dimensão material do direito, que se caracteriza pelo tratamento mais favorável àqueles que se encontram em desvantagem social (RAMOS 2015, p. 482). É o que se pode notar do exame da Constituição Republicana, que não veda todo e qualquer tratamento diferenciado, mas, apenas, aquele destituído de “justificativa constitucionalmente aceitável” (MARMELSTEIN, 2014, p. 77).

Quer-se dizer, com isto, que o tratamento desigual será, por vezes, aceito e, inclusive, recomendável, na medida em que se observe a proporcionalidade. É que o Estado, em verdade, deverá promover medidas que visem a compensação de um estado de desigualdade inicial entre os indivíduos, de forma que seja alcançada a igualdade material. Este é, aliás, o sentido de “discriminação positiva” (MARMELSTEIN, ANO, p. 82). As ações do Estado devem buscar minimizar o quanto possível as desigualdades entre os indivíduos, as quais, em grande parte, são oriundas de um longo processo histórico de discriminações.

Neste contexto, a compreensão da dimensão material da igualdade evoluiu de um aspecto tão somente socioeconômico para englobar uma “igualdade de reconhecimento de identidades próprias, distintas dos agrupamentos hegemônicos” (RAMOS, 2015, p. 483). Assim, ganham relevo os grupos em situação de vulnerabilidade, ou seja, aquele que não pertencendo aos grupos de maior força e representatividade na sociedade, se encontram num contexto em que merecem maior atenção para que se atinja uma efetiva igualdade (RAMOS, 2015, p. 483). Mencione-se, aqui, o fator “gênero”, sendo, sabidamente, as mulheres, um grupo social que, ao longo do tempo, tem lutado incessantemente em busca da igualdade nos mais diversos aspectos da vida em sociedade.

A liberdade, por seu turno, é direito do indivíduo “consagrador da cidadania e da luta dos povos” (FRANÇA, 2013, p. 101). Tem estreita ligação com a autonomia e com a saúde, uma vez que, conforme se irá discutir adiante, é vedado ao profissional de saúde realizar tratamento ao qual o paciente se recuse. Genival França considera, neste sentido, a saúde e as liberdades individuais como os bens mais fundamentais num Estado que se pretende democrático (2013, p. 102), bem como entende ser a defesa do direito à liberdade individual um estímulo ao ser humano no que tange ao estabelecimento da sua personalidade e de sua realização na vida (2013, p. 211).

4 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE

Vulnerabilidade, em definição literal, é a suscetibilidade do que pode ser ferido ou atingido. Etimologicamente, decorre do latim *vulnus*, que significa “ferida”.

O *Relatório Belmont* foi o primeiro escrito responsável por introduzir, em 1978, a noção de vulnerabilidade no campo da bioética, e através do qual foram estabelecidos princípios éticos essenciais para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos (NEVES, 2007, p. 158). Este documento, conforme se discorrerá em linhas posteriores, constatou a vulnerabilidade de determinadas pessoas e grupos com vistas a protegê-los quando da sua participação em investigações científicas.

O reconhecimento da vulnerabilidade no contexto da vida em sociedade pressupõe o estabelecimento de relações nas quais, por motivos historicamente observados desenvolve-se, acentuada desigualdade entre os sujeitos (GUIMARÃES; NOVAES, 2009, p. 427).

O conceito de autonomia, por seu turno, passa, inicialmente, por uma definição jurídica relacionada à capacidade civil. Segundo o que se pode extrair do estudo do Direito Civil, se entende que se trata de pessoa autônoma aquela que, tendo mais que dezoito anos de idade, possui a capacidade de decidir e agir, por si só, em relação aos atos da vida civil (GUIMARÃES; NOVAES, 2009, p. 427).

De acordo com o artigo 4º, do Código Civil brasileiro de 2002¹¹, a capacidade do indivíduo maior de idade poderá estar reduzida, entretanto, de acordo com determinadas situações e condições por ele ostentadas, quais sejam, o vício em substâncias entorpecentes, a prodigalidade e a inviabilidade transitória ou permanente para exprimir a vontade.

Não se pode admitir, entretanto, que este seja o único viés atribuído ao estudo da autonomia, uma vez que diferentes fatores poderão se

¹¹ Art. 4º, Código Civil, 2002: São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercê-los maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; IV - os pródigos.

relacionar à sua limitação, conforme adiante se verificará de acordo com os ensinamentos de Mônica Aguiar, 2016. Neste caso, mesmo diante do preenchimento dos requisitos determinados pelo Direito Civil, determinado indivíduo ou grupo de indivíduos poderá estar em situação que revela uma reduzida autonomia (GUIMARÃES; NOVAES, 2009, p. 427).

Entende-se, deste modo, autonomia e vulnerabilidade como “pilares que funcionam em articulação, devendo a autonomia ser pensa em função da vulnerabilidade, como componente indispensável, sendo esta entendida como pedido de apoio ou de suporte” (ALMEIDA, 2010, p. 53). Noutras palavras, os dois institutos, em que pese possuam conceituações distintas, devem ser vistos, estudados e enxergados no mundo dos fatos de maneira relacionada, uma vez que, no mais das vezes, há clara influência de um sobre o outro.

4.1 NOTAS CONCEITUAIS SOBRE VULNERABILIDADE E A VULNERABILIDADE DO PACIENTE

No âmbito da bioética, tem-se atribuído três sentidos ao termo (NEVES, 2007, p. 157-171), os quais serão abordados a seguir.

Inicialmente, entende-se a vulnerabilidade como “condição humana universal” (NEVES, 2007, p. 163).

Segundo Almeida (2010, p. 3), trata-se, em verdade, da potencialidade que tem todo ser vivo, de ser ferido. A vulnerabilidade traduziria, pois, uma condição insuperável de fragilidade e finitude do ser humano (MORAIS, 2017, p. 18).

Em suma, é possível determinar a vulnerabilidade como qualidade intrínseca a qualquer pessoa humana pelo só fato de estar vivo e inserido num contexto de relações sociais imprevisíveis. Ou seja, a vulnerabilidade está presente na individualidade do indivíduo e, por óbvio, poderá ser observada no exercício de suas interações com o mundo exterior.

É preciso distinguir, entretanto, vulnerabilidade de vulneração, sendo, a primeira, o mero risco de ser ferido, ao passo que a segunda se trata da efetiva concretização da agressão. Neste caso, havendo vulneração, o indivíduo, de fato, foi atingido (SILVA, 2017, p. 2). Diga-se, portanto, que, ostentando a qualidade

de vulnerabilidade, qualquer ser humano poderá sofrer vulneração, momento no qual haverá constatação da efetiva lesão a direito por ele titularizado.

Por outro lado, conquanto seja a vulnerabilidade condição humana universal, é de salientar que determinados grupos de pessoas possuem uma particular vulnerabilidade em razão de determinadas características pessoais ou fáticas (FELÍCIO; PESSINI, 2009, p. 207). Segundo Maria Carolina Guimarães e Sylvia Novaes, a vulnerabilidade seria o resultado histórico das relações entre os variados seguimentos da sociedade, que, em decorrência do tratamento diante das diferenças entre si existentes, acabam por ocasionar uma desigualdade (2009, p. 428).

Neste sentido, nota-se o estado de vulnerabilidade quando da interação e atuação de alguma coisa sobre algo ou alguém (MORAES, 1999, p. 87). Trata-se aqui, da constatação da vulnerabilidade na efetiva relação entre os sujeitos e perante as características que a circundam.

Pode-se inferir, neste caso, que o especial estado de vulnerabilidade aqui mencionado, portanto, é percebido quando da análise do caso concreto, quando se poderá averiguar a relação interpessoal existente, bem como suas características e condições.

Maristela Freitas Silva afirma que nas relações marcadas pela vulnerabilidade de uma das partes, é possível constatar a presença de um dominador, que é o sujeito com “poder de suplantar o direito outro, seja mediante ações efetivas ou pela negação de direitos, como o da participação em assuntos que dizem respeito à existência digna do dominado no contexto em pauta” (2017, p. 35).

Sendo assim, mister analisar, no convívio humano, quais relações comportam situação de vulnerabilidade, identificando, igualmente, o sujeito vulnerável da relação travada. Deste modo, será viável mitigar, na maior medida possível, a situação descrita.

Diante disso, atento à realidade inerente a todo ser humano, o ordenamento jurídico identificou alguns grupos de indivíduos cuja condição de vulnerabilidade é flagrante e, objetivando garantir a efetiva proteção dos seus direitos, criou legislação específica. Citam-se, como exemplos, o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto do Idoso e o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

É, noutras palavras, do que tratam as autoras Maria Carolina Guimarães e Sylvia Novaes, quando mencionam a necessidade de eliminação da vulnerabilidade e dos seus efeitos através da superação das desigualdades de determinado grupo no âmbito em que se insere, seja ele social, político, educacional ou econômico (2009, p. 428).

Explica Neves (2007, p. 166-169), que é possível, ainda, conceber a vulnerabilidade como princípio ético, através do qual se objetiva a garantia da dignidade da pessoa humana. Percebe-se, assim, segundo a mesma autora, o teor de dever inserido nesta acepção, visto que o princípio carrega em si uma ideia de obrigação. Nesta linha, conclui a autora, exige-se de todos ações negativas, de modo a não provocar prejuízo, e ações positivas, buscando-se o cuidado com a fragilidade apresentada pelo vulnerável.

Conforme recorda Mônica Aguiar, em 2005, a vulnerabilidade¹² surge na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco. O documento dispõe, neste sentido, que os grupos nos quais se percebe especial vulnerabilidade devem ser protegidos, a fim de que seja respeitada a sua integridade pessoal.

Segundo Dirce Guilhem, “a fórmula exercício de poder x vulnerabilidade tem como resultado a opressão institucional legitimada pela sociedade e a manutenção da invisibilidade estrutural de pessoas e grupos” (2003, p. 88).

Ainda segundo Maria Patrão Neves, a partir da classificação dos grupos de pessoas vulneráveis no âmbito da experimentação humana, mais tarde foram incluídas, também “e em contextos mais ampliados, outras etnias minoritárias, grupos socialmente desfavorecidos e as mulheres” (2007, p. 159).

A desigualdade na relação entre paciente e médico há muito vem sendo uma das grandes inquietações na prática biomédica, bem assim a realização de pesquisas e o desenvolvimento de tecnologia sem a observância de parâmetros bioéticos mínimos. Neste sentido, evidencia-se a preocupação em proteger os indivíduos considerados vulneráveis (GUILHEM, 2003, p. 85).

¹² Art. 8º, DUBDH: “Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa”.

É nesta linha que se deu a criação do já mencionado *Relatório Belmont*, que inaugurou uma classificação de indivíduos e grupos considerados vulneráveis no âmbito da investigação e experimentação médica (NEVES, 2007, p. 159). Com o desenvolvimento tecnológico e o crescente acesso à pesquisa envolvendo seres humanos nos idos da primeira metade do século XX, determinados grupos étnicos e/ou sociais passaram a ser explorados enquanto sujeitos de experimentação. Destaca a mesma autora que, neste momento, recorreu-se a “grupos de pessoas desprotegidas ou institucionalizadas como órfãos, prisioneiros, idosos e, mais tarde, judeus e outros grupos étnicos [...]” (2007, p. 159).

A vulnerabilidade do paciente, em verdade, deve ser vista num contexto no qual também se inserem o “poder da técnica”, o princípio da beneficência (princípio bioético já tratado no primeiro capítulo deste trabalho) e a autonomia (AGUIAR, 2016, p. 349). A autora mencionada denomina, então, esta complexa relação de “quatérnio bioético”, determinando como opostos o poder da técnica e a vulnerabilidade, e a beneficência e a autonomia.

Acerca da vulnerabilidade do paciente, mencionem-se as lições de Maristela Freitas Silva (2017, p. 35):

Fato é que o contexto hospitalar não é local de domínio do paciente. Ali ele se encontra biologicamente e socialmente fragilizado, afastado do convívio social e familiar em virtude de situação de saúde que lhe impõe restrições físicas, laborais e sociais, fatores que, associados ao desconhecimento sobre sua situação de saúde e tratamento, geram medo e sensação de incapacidade. A própria linguagem biomédica, impregnada de jargões específicos e terminologia científica, dificulta a apreensão completa dos aspectos relacionados ao seu estado de saúde. Além disso, e muitas vezes por causa disso, é notória a assimetria existente na relação médico-paciente.

Tratando-se da relação em liça, pode-se observar, com clareza, a especial condição de vulnerabilidade deste, porquanto se encontra submetido aos cuidados de profissionais que, por vezes, desconhecem a sua história e os seus anseios (SILVA, 2017, p.31). Não se pode ignorar, ainda, a sua posição de sujeito consideravelmente menos informado dentro da relação para as tomadas de decisão (SILVA, 2017, p. 31). Aliado a isso, imagine-se que, considerando que necessita de cuidados médicos, o indivíduo certamente já se encontra fragilizado, repleto de dúvidas e medos.

Diante de todas as considerações até aqui realizadas, é possível identificar como vulnerável o paciente, na relação entre médico e paciente. Reconhece-se, neste caso, a posição privilegiada do profissional de saúde, detentor

da informação e da técnica, bem como o estado delicado do paciente, muitas vezes em situação que o fragiliza excessivamente e o expõe exclusivamente ao saber médico.

4.2 NOTAS CONCEITUAIS SOBRE AUTONOMIA E A AUTONOMIA DO PACIENTE

A Constituição brasileira protege, ainda, a autonomia da vontade, através da qual se entende que ao indivíduo é garantida a liberdade para que tome decisões no que concerne à sua vida privada, “de acordo com os seus próprios anseios e preferências” (MARMELSTEIN, 2014, p. 101). Trata-se de proteção implícita nos dispositivos que tratam acerca da liberdade e personalidade humanas. Neste sentido, menciona-se o inciso II, do artigo 5º, da CF/88, cujo conteúdo determina que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

Tem-se, portanto, que o indivíduo é livre para decidir e agir conforme entenda ser a melhor opção para si, desde que não haja norma que estabeleça dever ou abstenção específicos, ou, ainda, não interfira na esfera individual de outrem.

O direito de autodeterminação, deste modo, gera o dever a todos imposto de respeito à autonomia do indivíduo, porque fundamentada no princípio da dignidade da pessoa humana (DINIZ, 2011, p. 732).

A capacidade de pensar, decidir e agir, conforme destaca Leonor Almeida, potencializa e consagra a dignidade humana, motivo pelo qual ao respeito à autonomia não deve estar restrita apenas, ao reconhecimento da autodeterminação da pessoa, mas impõe-se o incentivo à escolha (2010, p. 540).

Leonor Almeida lembra ainda que, no campo da bioética, a autonomia pode ser vista sob dois vieses: o primeiro reforça o olhar sobre a titularidade da autonomia de cada ser humano individualmente, e a segunda determina a proteção do indivíduo cuja autonomia esteja diminuída (2010, p. 539).

A autonomia, por óbvio, não se encerra no disposto no ordenamento jurídico brasileiro acerca da capacidade civil alhures citada, porquanto poderá estar reduzida em razão da vulnerabilidade do indivíduo em determinadas

situações. Aqui se insere a vulnerabilidade decorrente, por exemplo, pela relação estabelecida entre a pessoa que necessita de cuidados médicos e o profissional de saúde, detentor do “poder da técnica” (AGUIAR, 2016, p. 350).

O surgimento do estado democrático de direito traz à baila uma horizontalização da relação entre médico e paciente, quando se passa a perceber como fundamental a superação da relação tradicional entre tais sujeitos para o alcance da maior liberdade do paciente e, conseqüentemente, a manutenção da sua dignidade. Deste modo, o paciente passa a ter autonomia para decidir sobre os procedimentos a serem realizados nele próprio (SILLMAN; VIEIRA, 2017, p. 225).

Aqui se rememora o mencionado “quatérnio bioético” descrito por Mônica Aguiar. Segundo a autora, estão em posições opostas o princípio da beneficência a ser cumprido pelo profissional de saúde, e a autonomia do paciente. Explica-se. O princípio em destaque impõe ao profissional a prática da melhor conduta para com o paciente, ou seja, aquela capaz de gerar o resultado mais benéfico. Ocorre que este princípio, embora sirva, em tese, ao benefício do paciente, pode vir a tolher-lhe a autonomia, tendo em vista a situação de vulnerabilidade em que se encontra (2016, p. 355).

Noutras palavras, a existência de um paternalismo forte¹³, num contexto em que a vulnerabilidade do indivíduo já está acentuada, poderá exacerbar a aplicação do princípio da beneficência sobre o seu direito à autonomia.

O modelo paternalista, portanto, é incompatível com a participação direta e efetiva do paciente na construção do seu próprio tratamento, uma vez que se impõe a decisão isolada do médico. Do ponto de vista ideal, sugerir-se-ia a aplicação do modelo participativo, que pressupõe a orientação médica, bem como o encorajamento à tomada de decisão livre e consciente (UGARTE; ACIOLY, 2014, p. 275). Odile Ugarte e Marcus Acioly explicam, por fim, que para a materialização da participação do paciente é imprescindível o estímulo e a boa convivência entre os atores desta relação, consubstanciada num contexto de confiança e troca de informações (2014, p. 275).

¹³ O modelo paternalista de saúde é o presente e maior proporção na medicina tradicional. Neste caso, impõe-se a participação mínima do paciente nas tomadas de decisões para os tratamentos que serão desenvolvidos, sendo a palavra médica a principal e, quase sempre, única a ser considerada, em razão do seu conhecimento técnico-científico. O paciente se vê, portanto, restringido em sua autonomia (SILLMANN, VIEIRA, 2017, p. 220).

A autonomia do indivíduo no âmbito do atendimento à saúde, portanto, garante a ele a possibilidade e o direito de deliberar sobre suas alternativas e escolhas, sendo mister, obviamente, o respeito às suas opções, uma vez que aqui se está tratando do cuidado com a sua própria vida (ROCHA; KESKE, 2017, p. 123).

A já mencionada Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reforça a ideia de respeito à autonomia das pessoas, estabelecendo a necessidade de medidas especiais para a proteção dos direitos daqueles cuja situação resulte numa autonomia diminuída¹⁴.

Ressalta-se, entretanto, quando observada a prática das ciências médicas, a seguinte comum percepção do profissional de saúde com relação à autodeterminação do paciente no que tange à escolha do seu tratamento: parece não se tratar de direito, mas de “obstáculo à prática do ato médico”, motivo pelo qual será visto como “desafiador do conhecimento científico de que o médico se diz detentor (SILVA, 2016, p. 357).

O profissional de saúde se vê, deste modo, numa posição de superioridade e poder (SILVA, 2016, p. 359).

Incide também no tocante à autonomia do paciente a já abordada técnica do profissional que, não agindo com empatia, poderá fazê-la preponderar sobre o direito do indivíduo que se encontra em situação de vulnerabilidade (SILVA, 2016, p. 359).

Conforme explica Leonor Almeida, nas áreas biomédicas, bem assim no âmbito da pesquisa, a concretização da autonomia se dá através do consentimento livre e esclarecido, sendo reafirmada a supremacia da dignidade humana (2010, p. 539).

Diante do exposto, conclui-se que a autonomia do paciente produz efeitos no âmbito da saúde, sendo exemplo dela o consentimento livre e esclarecido, que se perfaz na manifestação de vontade do paciente em relação ao tratamento a ser realizado, diante da clara e precisa disponibilização de informações por parte do profissional de saúde (DINIZ, 2011. p. 732).

De fato, percebe-se que, de forma a priorizar o respeito à autonomia da pessoa, as condutas de terceiros não devem se dar, apenas, no

¹⁴ Artigo 5º, DUBDF: “A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses”.

sentido de estabelecer a sua abstenção em relação ao exercício da autonomia do outro, mas, também, de fornecer o “apoio necessário para enfrentar insuficiências e construir essa mesma autonomia” (ALMEIDA, 2010, p. 538).

Evidente, portanto, que, sendo o paciente sujeito vulnerável, deverá o profissional de saúde cumprir com o seu dever de informar para que o direito à autonomia do primeiro não seja tolhido, mas garantido e, efetivamente, exercido.

4.3 O DEVER DE INFORMAR DO MÉDICO E A IMPOSIÇÃO DO CONSENTIMENTO COMO FORMA DE MITIGAR A VULNERABILIDADE DO PACIENTE E GARANTIR O EXERCÍCIO DA SUA AUTONOMIA

Inicialmente, importa frisar que a relação entre médico e paciente tem qualidade contratual, mais especificamente de prestação de serviços (FARIAS; ROSENVALD, 2014, p. 763). Por este motivo, os deveres de conduta, derivados da boa-fé objetiva, daquele, são, conseqüentemente, os mesmos previstos para as relações contratuais em geral, quais sejam cooperação, proteção e informação (FARIAS; ROSENVALD, p. 167).

Ultrapassando, porém, os limites da mera classificação jurídica da relação ora exposta e de suas conseqüências, impõe-se, assim como se registrou em relação aos anteriormente mencionados grupos de vulneráveis, o desenvolvimento de mecanismos capazes de reduzir a condição de vulnerabilidade do paciente.

Não há como falar em autonomia sem que ao indivíduo seja conferida a liberdade de consentir e, para isto, é preciso que ele esteja munido das informações necessárias. Ademais, o consentimento deverá ser dado por cada pessoa titular do direito no concreto, não sendo ética a tomada de decisão por terceira pessoa quando houver, na situação, a presença da capacidade plena da parte (GUIMARÃES; NOVAES, 2009, p. 427).

As autoras citadas no parágrafo anterior destacam, ainda, que “os mesmos fatores que conduzem à vulnerabilidade tralham no sentido de impedir uma escolha livre” (200, p. 2), de forma a mitigar o exercício da autonomia.

Importante perceber, nesse passo, que existe grande diferença cognitiva entre médico e paciente, cabendo ao primeiro minimizá-la através de um discurso acessível ao outro (FERRARI, 2009, p. 488).

Em lugar disso, entretanto, grande parte dos profissionais de saúde assumem a posição de poder e conhecimento na qual de fato se localizam como verdade absoluta, fato que prejudica a sua comunicação com o paciente. Em decorrência dessa postura, instaura-se o senso de que o leigo – paciente – não seria capaz de compreender de maneira satisfatória as informações concedidas para que possam prestar o consentimento (UGARTE; ACIOLY, 2014, p. 274).

Em verdade, todavia, sabe-se que a autonomia poderá ser priorizada mesmo diante de indivíduos que não possuam conhecimento técnico, uma vez que os pontos essenciais em relação ao seu tratamento e prognóstico poderão ser compartilhados, discutidos e absorvidos num contexto de esforço, acolhimento e estímulo por parte do médico (UGARTE; ACIOLY, 2014, p. 274).

Aqui é importante relembrar o já discutido princípio bioético da autonomia do paciente, segundo o qual se entende que é preciso dar ao paciente a oportunidade de deliberar acerca da sua condição e tratamento, respeitando as suas convicções e particularidades pessoais.

Sendo assim, o consentimento livre e esclarecido do paciente é, conforme afirmam Claudine Rocha e Henrique Keske, corolário do princípio da autonomia, sendo um desdobramento necessário do respeito ao diálogo e cuidado imprescindível (2017, p. 123).

Para garantir o exercício da autonomia do paciente, portanto, é necessário fornecer-lhe as informações úteis que lhe propiciarão o conhecimento básico e indispensável. Não basta, portanto, que o profissional de saúde decida conforme o seu conhecimento, mas faz-se imprescindível dividir com o paciente as informações acerca do seu estado, do prognóstico e das suas possíveis opções terapêuticas.

Conforme se discorreu, o paciente é sujeito vulnerável na relação travada com o profissional de saúde. Tal condição é estabelecida seja pelo seu estado alterado de saúde, pela sua falta de conhecimento técnico ou pela sua falta de intimidade com o ambiente no qual ora encontra-se inserido. A imposição do dever de informação ao médico busca, neste sentido, atenuar a situação de vulnerabilidade vivenciada pelo paciente.

Com esta finalidade, impõe-se aos profissionais de saúde o consentimento informado, que visa garantir o fornecimento das informações necessárias ao paciente para o efetivo exercício de sua autonomia (SILVA, 2017, p. 31). Neste sentido, a autonomia do paciente, ora concretizada na tomada de decisão livre e consciente deve ser não só oportunizada, mas incentivada (GUIMARÃES; NOVAES, 2009, p. 429).

A mitigação à vulnerabilidade do paciente através do consentimento informado garante, portanto, a sua autonomia. Neste sentido, segundo Silva (201, p. 35), busca-se favorecer a deliberação do paciente e sua autodeterminação, afastando qualquer característica coercitiva ou de manipulação da informação concedida.

O médico, então, tem a obrigação jurídica de se fazer claro e compreensível, a fim de equilibrar as partes do contrato e permitir a equidade em termos da informação (FERRARI, 2009, p. 488).

Com vistas, portanto, a respeitar a individualidade, cultura e anseios do paciente, torna-se indispensável o esclarecimento acerca da terapia preconizada, bem como das suas vantagens e riscos, para que ele decida se deseja ou não submeter-se ao tratamento (BORGES, 2001, p. 294). Conforme Cristoph Fabian (2002, p. 134), “todo ato médico, toda intervenção particular, deve ser compreendida como reflexo da decisão livre do paciente”.

Não poderá, pois, o médico impor o tratamento que entende devido à despeito da vontade do paciente, sendo indispensável que obtenha o seu consentimento. A autorização do paciente é medida que se impõe, depois de devidamente fornecidas as informações essenciais acerca dos riscos e benefícios (DINIZ, 2011, p. 704).

O Código de Ética médica buscou elevar o direito do paciente na escolha do seu tratamento e abordagem, prevendo, para o exercício deste direito, a existência da informação e do consentimento. É o que se percebe, por exemplo, da análise dos artigos 22, 24, 31 e 34, que tratam das vedações ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Mencione-se, também a portaria do Ministério da Saúde nº

1.820/2009:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: (...) IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha; XI – o direito de escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto; (...)"

Também determina a necessidade de consentimento a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, indicando em seu artigo 6º que “qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com base em informação adequada”.

Conforme recorda Maria Helena Diniz, a falta de obtenção, pelo médico, do consentimento dado pelo paciente poderá ser subsumida na conduta tipificada no artigo 146, § 3º, I, do Código Penal, caso tenha sido dolosamente negligenciada pelo médico (2011, p. 733). Trata-se de constrangimento ilegal quando a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou do representante legal não está justificada no iminente perigo de vida¹⁵.

Ademais, “a informação deficiente por ele dada ao paciente o tornará responsável pelo resultado danoso oriundo de sua intervenção” (DINIZ, 2011, p. 733).

¹⁵ Art. 146, do CP: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa; § 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo: I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

Do que até aqui se explanou, entende-se que a obtenção de consentimento do paciente é medida que se impõe, com vistas a fazer prevalecer o seu interesse e a sua autonomia. O tratamento compulsório, deste modo, apenas será legítimo nas situações em que se apresente perigo de vida no qual a intervenção seja “urgente, necessária e inadiável” (FRANÇA, 2013, p. 211). Não se trata a prescindibilidade do consentimento, nesta toada, da regra geral na relação entre o profissional de saúde e o paciente, mas de exceção que apenas deverá ser constatada dada a urgência e a relevância no momento da prestação da assistência médica.

A “superioridade de juízo” (FRANÇA 2013, p. 102) do médico fundada no monopólio do poder da técnica é, na linha aqui percorrida, inaceitável, sendo medida que se impõe a disposição da informação. Caso prevaleça a superioridade de juízo do médico em detrimento dos anseios e bem-estar do paciente de forma a obstar o consentimento livre e esclarecido, a conduta do profissional estará ignorando a dignidade da pessoa humana.

O modelo ideal na prática dos atos em saúde, em verdade, é aquele em que se observa o diálogo entre o médico e o paciente, de forma que a autonomia do paciente seja valorizada e a sua proteção seja, também, garantida (SILLMAN, VIEIRA, 2017, p. 232).

Isto posto, o que se deve buscar é a manutenção e a proteção do direito de autonomia do paciente em vistas a estabelecer o equilíbrio na relação contratual. (FABIAN, 2005, p. 140).

Em relação à gestante e parturiente, em que pese, como já elucidado, não se trate de condição patológica, insere-se, também, a necessidade de priorização da sua vontade no que tange ao seu próprio bem-estar e do seu filho, através da sua participação ativa nas escolhas sobre o parto. Aliás, sendo a gestação e o momento do parto considerados eventos biológicos – como de fato o são –, ainda maior a necessidade de respeito à autonomia da mulher, porquanto na maior parte das vezes não se observa a necessidade da tomada de decisão de forma urgente, capaz de justificar a sua falta de consentimento.

4.4 A VIOLAÇÃO DA AUTONOMIA DA MULHER NA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Relembrando o que anteriormente se consignou, com o desenvolvimento das ciências e a medicalização da saúde, a mulher, cuja personalidade sempre sofreu os mais diversos tipos de discriminação e desvalorização, passou a ser menosprezada, também, no contexto do parto.

A violência obstétrica, conforme se explanou alhures, deve ser reconhecida como violência de gênero institucionalizada e silenciosa e, por este motivo, é capaz de gerar extensos prejuízos psíquicos à mulher. Caracterizada pelos maus-tratos de ordem psicológica e física no atendimento à gestante, puérpera e parturiente, é reproduzida e considerada como procedimento natural no sistema de saúde e atendimento à paciente (BARBOZA; MOTA, 2016, p. 120).

Na prática da violência obstétrica é patente o menosprezo da mulher, principalmente no que diz respeito à sua autonomia. É que, conforme expressam Luciana Pereira Barboza e Alessivânia Mota, a mulher gestante é tratada como objeto, e não como sujeito digno de respeito na sua subjetividade (2016, p. 122).

Todo paciente tem, entretanto, direito a manifestar a sua vontade através do exercício do direito à autonomia. Para isto, conforme se esclareceu, é preciso que ele consinta, após o fornecimento de informações médicas, com as decisões que envolvem a intervenção em aspectos da sua saúde, integridade física e psíquica.

É claro, assim, que ele tem direito de saber quais terapias estão sendo preconizadas para a sua situação – direito de ser informado pelo profissional de saúde – para se opor ou aceitar tais medidas, conforme seja o caso.

De fato, a prática de violência obstétrica, em todas as suas formas, se apresenta, ao fim, como uma grande modalidade de desrespeito à autonomia da mulher.

Diante das informações expostas anteriormente acerca dos atos que compõem a violência obstétrica, percebe-se que a mulher grávida, parturiente e/ou puérpera termina por se tornar coadjuvante no processo por ela vivenciado, sem que os seus direitos e desejos sejam considerados para a tomada de decisões (WALDOW, 2015, p. 148).

Entende-se, assim, que as condutas agressivas e desrespeitosas realizadas pelos profissionais de saúde, bem como por todos os

envolvidos no atendimento à mulher grávida, em verdade, têm a finalidade de extirpar sua autonomia através da objetificação da paciente.

Diga-se, a propósito, conforme aduzido noutras linhas, que por vezes a mulher sequer consegue expor a sua vontade e, quando o faz, corre o risco de sofrer humilhações e maus-tratos.

Ora, não poderá a mulher indicar seus anseios, medos ou preferências sem que o profissional que está a atendê-la oportunize esta manifestação. Aliás, antes mesmo da oportunidade referida, é preciso que seja concedida a informação acerca do estado geral, das terapias existentes, dos métodos viáveis e do prognóstico para cada uma das alternativas possíveis. Trata-se do dever de informação do médico para a tomada de decisão livre e consciente – expressão de sua autonomia – da gestante. Na violência obstétrica, entretanto, este não é o procedimento que ocorre, observando-se uma realidade oposta, qual seja, a de ineficiência de comunicação e de informação (BARBOZA; MOTA, 2016, p. 123).

No contexto acima abordado, portanto, esclarecem Luciana Pereira Barboza e Alessivânia Mota que “é frequente a ausência de espaço para a manifestação de desagrado e insatisfação da usuária, ocorrendo uma ruptura no diálogo [...]” (2016, p. 125).

Verifica-se, pois, o mais puro significado de violação da autonomia da pessoa.

Ainda nesta senda, a tomada de decisão pela mulher no que diz respeito ao processo de gestação e parto encontra outro óbice além da absoluta falta de informação anteriormente aduzida. É que, no momento de fornecimento da informação essencial para que a paciente realize ou não o consentimento, o profissional de saúde tende a enviesar a escolha da mulher através de ameaças de abandono ou da imputação de culpa a ela por qualquer resultado advindo da sua tomada de decisão (ANDREZZO, 2016, p. 82). Frisa, ainda, a mesma autora, que, no âmbito da atenção ao parto, parece praxe que os médicos, por exemplo, façam uma “superestimação dos riscos do parto espontâneo e subestimação dos riscos da intervenção”. Por este motivo, observa-se uma “desresponsabilização do profissional pelo cuidado com o paciente” (2016, p. 82).

O fenômeno descrito, de acordo com Márcio Fabri dos Anjos, decorre de uma ocultação da vulnerabilidade, a qual legitima um “discurso de responsabilização das vítimas por suas próprias feridas” (2006, p. 182). Ou seja, a

autonomia, direito de qualquer sujeito e, especificamente neste ponto, do paciente, se torna a causa da sua vulneração, neste caso, da lesão à sua integridade física e/ou psicológica.

Destaque-se, ainda, que o profissional de saúde costuma valer-se em grande quantidade de procedimentos tecnológicos e intervenções apenas porque deles dispõem, não havendo preocupação com a vontade, bem-estar do paciente ou probabilidade de sucesso da técnica utilizada (ROCHA; KESKE, 2017, p. 130).

Para além do aspecto acima revelado, os profissionais de saúde acreditam na ineficácia da informação acerca de determinadas condutas e intervenções, bem como dos seus riscos, tais como a administração de ocitocina e a episiotomia. Isso acontece porque há a ideia de que o paciente não terá capacidade de entender o significado do que poderá ser esclarecido (ANDREZZO, 2016, p. 83), fator que foi anteriormente discutido.

É, pois, no âmbito da autonomia da mulher a maior consequência da prática da violência obstétrica. Da violação desta, pode-se dizer, derivam os danos de todos os outros direitos também lesionados. Neste sentido, concluiu Mariana da Costa Amorim, que o desrespeito da autonomia da gestante foi observado em situações de (2015, p. 75):

retenção de informação por parte da equipe médica em relação à paciente, indução ou interferências na tomada de decisões, coação, descrédito na capacidade de compreensão, análise e tomada de decisões femininas ou uso do medo dos riscos e complicações do parto como estratégia de adesão às práticas decididas pelos médicos

Assim, a mulher não foi consultada ou sequer advertida da realização da episiotomia ou da manobra de Kristeller – que, lembre-se, atualmente não contam com evidências científicas suficientes para embasa-las na maior parte dos casos –, foi impedida de exercer a sua autonomia, tendo o seu corpo violado sem que pudesse opinar a respeito. Do mesmo modo ocorre na proibição do acompanhante – embora a sua permissão seja objeto lei federal no Brasil –: tendo a mulher escolhido a pessoa que iria acompanhá-la durante todo o período do parto, a negativa por parte da instituição ou do profissional de saúde desrespeita a escolha da mulher, além de violar lei expressa nesse sentido. É o que se observa, também, nos repetidos e desnecessários exames de toque sem a comunicação da mulher, na

violência verbal e psicológica exercida quando a gestante externaliza alguma opinião, dor ou dúvida, na imposição da via e posição do parto.

Em suma, toda decisão e conduta tomada pelo médico ou profissional de saúde sem a anuência, ciência ou contra a vontade da mulher quando ela puder opinar, ou seja, estando ela apta a realizar escolhas e não se tratando de situação de emergência, caracteriza a violação da sua autonomia e a violência obstétrica (AMORIM, 2015, p. 72).

A atenção obstétrica humanizada aduzida anteriormente busca, portanto, reconhecer a liberdade da mulher e a sua autonomia para se manifestar no que tange às decisões ligadas ao parto. Aliás, não só o reconhecimento é importante, mas para se falar em humanização do parto é preciso que haja o encorajamento da mulher para exercer a sua autonomia e expor os seus desejos (ANDRADE; LIMA, 2015, p. 29-30). Para isso, é essencial que o profissional de saúde cumpra com o seu dever de informação.

4.5 O COMBATE ÀS CONDUITAS LESIVAS: DELINEANDO OS DIREITOS DA MULHER PREVISTOS EM LEI

A prática da violência obstétrica não impacta em um momento específico, apenas, mas gera consequências com as quais a mulher terá que lidar por longos períodos, sejam elas de caráter físico ou psicológico.

Para os profissionais de saúde, conforme pôde se observar da descrição dos elementos até aqui narrados, reputa-se maior importância na realização dos procedimentos que gerem redução de riscos para ele, e não para a parturiente e para o bebê. Nesta linha, observa-se que o elevado uso de tecnologia, bem assim o desencorajamento e até repressão da participação da mulher no processo do parto estão entre as maiores causas de judicialização da prática médica (ANDREZZO, 2016, p. 83).

Neste ponto, importa destacar que diversos são os fatores que podem acarretar em transtornos de ordem psíquica e depressão pós-parto, quais sejam, biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos (RODRIGUES *et al*, 2018, p. 243).

Uma das medidas que se entende essencial para o combate das intervenções obstétricas desnecessárias, bem como das situações que expõem

a mulher às experiências ofensivas, humilhantes e preconceituosas é o reforço da importância da humanização do parto e do nascimento. Desse modo, passa-se a compreender a mulher como protagonista da sua própria situação e titular dos próprios direitos.

É nesta linha que se impõe o maior diálogo entre as instituições que promovem a saúde, o Estado e os destinatários do atendimento, neste caso, o público feminino. Trata-se da ressignificação e reconstrução do atendimento à mulher gestante, parturiente e/ou puérpera, que de institucionalizado e medicalizado, deve passar a ostentar características de acolhimento e humanização (LANSKY; FIGUEREDO, 2014, p. 38).

É preciso compreender, ademais, que os esforços para a transição de modelos ora proposta apenas será viável a partir de um empenho anterior no esclarecimento da prática que aqui se condena.

Em pesquisa com mulheres grávidas e após o trabalho de parto, Mariana da Costa Amorim obteve para o questionamento acerca do que seria um “parto digno” as seguintes respostas: “tratamento acolhedor”, “respeito”, “informação”, “segurança”, “autonomia”, “direitos assegurados” e “presença de acompanhante” (2015, p. 71). Nota-se, aqui, que tudo o que é esperado pela mulher grávida não é mais do que os direitos que a ela são assegurados, em que pese a prática da violência obstétrica, como se viu, as distanciem desse cenário.

O “empoderamento do parto”, segundo Mariana da Costa Amorim, portanto, encontra duas perspectivas opostas e conflitantes, quais sejam, a dos profissionais de saúde, que após um processo histórico de desenvolvimento afirmam ser seu monopólio o controle sobre o corpo da gestante e o momento do parto, e a da mulher e dos profissionais que acreditam e praticam o parto humanizado, que entendem ser a gestação e o parto momentos biológicos e naturais, motivo pelo qual as decisões não devem ser tomadas apenas pelo médico, mas, também, pela paciente, sujeito ativo dessa relação (2015, p. 26)

Entende-se, neste sentido, que a violência obstétrica precisa ser reconhecida como forma específica de violência contra a mulher, para que seja combatida e extirpada da atenção obstétrica.

Impõe-se, para tanto, a atuação cada vez mais preocupada do poder público. É necessário que o tema seja exaustivamente abordado e publicizado para que as pessoas em geral reconheçam os atos de violência obstétrica, sua

repercussão para a saúde física e psicológica da mulher e para que a vítima saiba que pode tomar providências contra eles, bem como quais providências deverá tomar (VELOSO; SERRA, 2016, p. 34).

O que se busca, então, é o fortalecimento da mulher e a ampliação da sua informação em relação às práticas violadoras dos seus direitos e o incentivo à sua manifestação de vontade e à apropriação do seu corpo (ZANARDO *et al*, 2017, p. 4).

O esclarecimento da mulher no que toca aos atos de violência obstétrica, como a consciência de que há, efetivamente, um dano que deverá ser responsabilizado é capaz de favorecer o desencadeamento de uma reforma profunda dos moldes em que são vistas a assistência à saúde e os direitos das pacientes (ANDREZZO, 2016, p. 84).

É que, assim, uma vez vítima da violência obstétrica, a mulher poderá alcançar a real tutela dos seus direitos violados.

À propósito, acerca da reparação dos direitos femininos violados na prática da VO, destaque-se que o Direito brasileiro, em que pese careça de legislação federal específica neste sentido, poderá tutelar as necessidades femininas através da responsabilidade civil em ação indenizatória, uma vez constatada a conduta violenta (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2015, p. 12). Neste caso, poderão ser pleiteados, por exemplo, danos materiais, morais e estéticos (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2015, p. 13).

Noutro prisma, diante da ausência de legislação federal específica, observa-se a dificuldade de tutela dos direitos das mulheres neste âmbito. A falta de tratamento legal sobre o tema, inclusive, obsta ainda mais a autonomia da vítima, dificultando o acesso à reparação dos danos causados em virtude da violação dos seus direitos (ZANARDO, *et al*, 2017, p. 9).

Aliás, o esclarecimento que aqui se propôs é capaz de, especialmente, motivar a criação legislativa, uma vez que se espera a disseminação da informação para os mais diversos grupos e contextos existentes na sociedade, incluindo, aqui, o poder legislativo.

Conforme expressam Veloso e Serra, 2016, p. 34, outra consequência resultante do insuficiente esclarecimento acerca da violência obstétrica, da sua configuração e dos danos por ela provocados é a compreensão deficiente por parte dos operadores do direito, sobretudo dos magistrados, que, não

raro, têm decidido sem o completo embasamento técnico e sem a aplicação de sanções que espelhem a gravidade da situação.

Destaca-se, neste ponto, a necessidade do tratamento, em lei de alcance nacional, acerca da definição da violência obstétrica, das consequências jurídicas da sua prática (inclusive criminais), bem como dos mecanismos de tutela dos quais poderá servir-se a vítima ZANARDO *et al*, 2017, p. 8).

É mister compreender que a violência obstétrica não pode ser reconhecida sob o ponto de vista, apenas, do erro médico, mas como “violência de gênero específica” (VELOSO E SERRA, 2016, p. 35). O fato é que, no mais das vezes, ela é praticada deliberadamente com o objetivo de causar dano, ou sem a preocupação com o fato de a conduta realizada vir a causar o dano, seja ele físico, psicológico, emocional ou sexual.

5 CONCLUSÃO

A violência obstétrica é uma realidade existente no atual sistema de assistência à saúde brasileira. Trata-se de violência institucional de gênero que produz devastadores efeitos à vida, saúde e integridade física e psíquica da mulher. O termo “violência obstétrica”, no entanto, ainda não possui ampla aplicação e divulgação, motivo pelo qual, embora expressivamente presente no contexto de atenção à gestante e ao parto, não há o devido esclarecimento acerca da sua realização e consequências.

Num ambiente relacionado ao atendimento em saúde, o que se espera é o acolhimento e a preocupação com o bem-estar geral do paciente. Este é o entendimento que se extrai, inclusive, da presença, no campo da bioética, dos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Tais princípios foram abraçados pela medicina brasileira quando da criação do Código de Ética médica, que preconiza o atendimento integral e o zelo nas relações com o paciente. O tratamento mínimo necessário para a preservação da dignidade do paciente, entretanto, nem sempre é observado.

A prática da violência obstétrica se consubstancia num conjunto de atos realizados por profissionais de saúde e sujeitos, em geral, responsáveis pelo atendimento e atenção à mulher. Neste caso, trata-se da mulher grávida, parturiente ou puérpera, podendo ser, qualquer uma delas, vítima da conduta agressiva de que aqui se trata.

Fator de extrema relevância para o agravamento das situações de violência obstétrica uma ideia de superioridade do médico em relação ao paciente. Aliado a isto, o crescimento tecnológico no âmbito da saúde proporcionou uma excessiva medicalização e institucionalização do parto, fato que corroborou para a alteração da noção de naturalidade antes relacionada ao momento, trazendo, em seu lugar, a experiência patológica.

Foi deste modo que se iniciou a abordagem do momento do parto como um processo que necessitava de intervenção para o restabelecimento da saúde feminina.

A violência obstétrica é, pois, o emprego de tratamento desrespeitoso, ofensivo e/ou impessoal no atendimento à mulher grávida de forma a gerar uma objetificação da paciente.

Dentre as condutas consideradas agressivas destacam-se a episiotomia e a manobra de Kristeller – ambas consideradas desnecessária na maioria dos casos em que são aplicadas –, o emprego de ofensas verbais e ameaças para que a mulher consinta com algum tipo de tratamento ou se comporte de determinada maneira, a imposição do tipo e posição do parto e a privação do direito a acompanhante.

Constata-se, deste modo, que a autonomia da mulher é constantemente violada.

O profissional de saúde, reconhecendo em si mesmo uma soberania de poder, e aproveitando-se da situação de vulnerabilidade da paciente, desrespeita a sua autonomia, tratando-a da maneira que melhor lhe aproveita. Desconsidera-se, assim, quase que totalmente (e, por vezes, totalmente), a vontade da mulher grávida, que se vê coagida a aceitar todas as determinações médicas para que não sofra maiores retaliações no atendimento.

Atentos à realidade vivida pelas gestantes, profissionais de saúde e outros atores da sociedade passaram a se dedicar ao atendimento da gestante de forma humanizada. A abordagem humanizada, portanto, garante à paciente o efetivo exercício dos seus direitos, considerando a paciente como um todo, integrando mente e corpo. São respeitados, dessa maneira a individualidade, os anseios e as dúvidas eventualmente existentes.

Não há, no Brasil, entretanto, lei federal que cuide da problemática ora analisada, fato que agrava a situação vivida pelas mulheres grávidas. Neste contexto, com vistas a promover a saúde e os direitos femininos, foi editada a lei 11.108/2005, cujo objeto é a certificação, à paciente, do direito ao acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Trata-se, aqui, da percepção dos desrespeitos e condutas prejudiciais praticadas no parto como, de fato, agressões e violência, não se permitindo conformar com tal realidade e utilizando meios para a sua modificação.

É, também, no âmbito de respeito na assistência à saúde, que se impõe a obrigatoriedade do consentimento informado. Trata-se do instrumento capaz de materializar a vontade do paciente. A sua autonomia é, assim, priorizada e efetivamente considerada no momento da tomada de decisão.

Conforme se observou no decorrer deste trabalho, o termo “violência obstétrica”, bem como as condutas que são abrangidas, ainda não têm a

publicização necessária para que se garanta o total conhecimento e alcance dos direitos das mulheres gestantes. Este fato também pode ser percebido na jurisprudência brasileira.

Os julgados dos tribunais pátrios, quando reconhecem o ato de violência obstétrica, costumam fazê-lo através da consideração da presença de erro médico, faltando, nas decisões, a condenação de forma mais rigorosa, de modo a contemplar o real dano causado.

De fato, nota-se, ainda nos dias atuais, uma ausência de tratamento acerca do tema ora proposto. Esta lacuna acaba por enfraquecer ainda mais os direitos e a resposta da mulher à conduta violenta. Frise-se que, apesar de se sentir violada física e psiquicamente, em grande parte das situações, a mulher sequer tem consciência de que o tratamento cruel a ela dispensado é passível de reparação judicial.

O que aqui se propõe é o empoderamento da mulher para que ela possa reconhecer a violação do seu direito quando da prática da violência obstétrica. Demais disso, deve-se buscar a expansão da informação acerca do tema em todos os meios sociais, de modo que as pessoas estejam informadas e saibam identificar a agressão, bem como a alteração do modelo de assistência obstétrica atual através da modificação da consciência e do ponto de vista dos profissionais responsáveis pelo atendimento da mulher.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de. *Violência Institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese.

Orientadora: Prof^a Ana Flávia Pires Lucas D'oliveira. (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista Eletrônica Bioética*. 2010, v.18, a. 3. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

AMORIM, Mariana da Costa. *Experiências de parto e violação aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica*. Dissertação. Orientadora: Prof^a Dr^a Vanessa Santana Dalla Déa. (Pós-graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos) – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Direitos Humanos, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

ANDREZZO, Alana Faria de Aguiar. *O desafio do direito à autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS*. Dissertação. Prof^a Carmen Simone Grilo Diniz. (Pós-graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo São Paulo, 2016.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2016, v. 5, n. 1.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Coord.) *Biodireito: Ciência da Vida, os novos desafios*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 283-305.

BOYACIYAN, Krikor. Princípios Bioéticos. In: BOYACIYAN, Krikor (coord). *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2011, p. 7-12 Disponível em <
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53>. Acesso em 05 abr. 2018.

BRASIL, Senado Federal. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 2013. Disponível em: Disponível em: <
<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em 09 nov. 2017.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <
www.planalto.gov.br/cf1988>. Acesso em: 09 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Comissão de Educação. **Relatório do Projeto de Lei nº 7.633/14.**

Disponível em

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785

>. Acesso em 21 abr. 2018.

_____. Código de Ética Médica. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em 20 mai.

2018.

_____. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasília, DF, 10 jan. 2002. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em 09 nov. 2017.

BRASIL; Lei 11.108, de 07 de abril de 2005. Brasília, DF, 07 abr. 2005. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

Acesso em 09 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde; Portaria 1.820, de 13 de agosto de 2009. Brasília, DF, 13 ago. 2009. Disponível em <

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf>. Acesso em 09 nov. 2017.

CARVALHO, Priscila Cavalcante de Albuquerque. *Repensando a tesoura: compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia*. Dissertação. Orientadora: Prof^a Carmen Simone Grilo Diniz. (Pós-graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo São Paulo, 2016.

CIELLO, Cariny; CARVALHO, Cátia; KONDO, Cristiane; DELAGE, Deborah; NIY, Denise; WERNER, Lara; SANTOS, Sylvana, Karla. Dossiê de Violência Obstétrica: *Parirás com dor*, Produção Rede Parto do Princípio, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Lei n 3.268/1957. Resolução CFM n 2.144/2016. Brasília, 2016.

DAHLBERG, Linda L; KRUG, Etienne G. Violência – um problema global de saúde pública. *In*: DAHLBERG, Linda L; KRUG, Etienne G; MERCY, Anthony B. Zwi; LOZANO, Rafael (coords.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. 2002, p. 3-22. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wpcontent/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2017.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Revista Eletrônica Bioética*. 2009, v. 7, n. 2. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

Diniz, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 8 ed rev., aum. E atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

FABIAN, Christoph. *O dever de informar no direito civil*. São Paulo: Editora dos Tribunais, 2002.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Curso de direito civil: parte geral e LINDB*. 13. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2015.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Eletrônica Bioética*. 2009, v. 17, a. 2. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

FERRARI, José. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Eletrônica Bioética*. 2009, v.17, a. 3. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

FERRARI, José. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Eletrônica Bioética*. 2010, v. 17, n. 3. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

FRUTUOSO, Letícia Dermache; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. *Conhecimento sobre a Lei 11.108/05 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico*. Ver Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2013.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Novo curso de Direito Civil: parte geral*. 17. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2015.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito civil brasileiro: parte geral*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

GUILHEM, DIRCE. Bioética, Gênero e Saúde Pública. In: FORTES, Paulo Antônio Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (coords). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola. 2003, p. 80-91.

GUIMARÃES, Maria Carolina S.; NOVAES, Sylvia Caiuby. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Revista Eletrônica Bioética*. 2009, v. 7, n. 1. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento – A gramática moral dos conflitos sociais*. 2 ed., 3 reimpressão. São Paulo: Editora 34, 2009.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne,; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*. 2010, v. 18, n. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000500023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 09 nov. 2017. <http://www.ebc.com.br/noticias/colaborativo/2013/03/leia-o-relato-de-uma-mulher-que-sofreu-violencia-durante-o-parto>>. Acesso em:

<https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2018/07/23/familia-denuncia-hospital-por-violencia-obstetrica-apos-morte-de-recem-nascido-em-cuiaba.ghtml>

<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/08/23/fui-desrespeitada-e-ameacada-mulheres-denuncia-violencia-em-maternidade.htm>.

<https://oglobo.globo.com/sociedade/o-que-eu-vivi-nao-desejo-para-mulher-nenhuma-diz-bela-gil-sobre-violencia-obstetrica-21693545>

<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2017/08/ouvi-da-medica-como-uma-pessoa-gorda-como-voce-foi-engravidar.html>

<https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2017/02/01/1-em-4-mulheres-sofre-violencia-no-parto-como-patricia-poeta-veja-relatos.htm>

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/06/20/violencia-obstetrica-e-uma-realidade-cruel-dos-servicos-de-saude-apontam-debatedores>.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; THEME FILHA, Mariza Miranda; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvana Granado Nogueira. Intervenções Obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileira de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014, v. 17, n. 47.
Marmelstein

MARMELSTEIN, George. *Curso de Direitos Fundamentais*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MARTINS, Cátia Paranhos; NICLOTTI, Célia Adriana; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MELO, Renata Adjuto de. Histórico de Modelo de atenção ao parto e nascimento com que trabalhamos. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: Humanização do Parto e do nascimento no Brasil* Brasília: 2014, v. 4. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 09 nov. 2017.

MORAES, Paulo Valério Dal Pai. *Código de Defesa do Consumidor: o princípio da vulnerabilidade no contrato, na publicidade, nas demais práticas comerciais*. 1 ed. Porto Alegre: Síntese, 1999.

NAZÁRIO, Larissa; HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol. Seminário. *Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica*. XVII Seminário Internacional de Educação no MERCOSUL. Unicruz, 2015, Rio Grande do Sul.

NEVES, Maria Patrão. A fundamentação antropológica da bioética. *Revista Eletrônica Bioética*. 1996, v. 4, n. 1. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

NEVES, Maria Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Eletrônica Bioética*. 2006, v. 2, a. 2. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo de. A bioética no atual Código de Ética Médica. *Revista Eletrônica Bioética*. 2010, v. 18, n. 2. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

NUNES, Lauren de Lacerda; TRINDADE, Gabriel Garmendia da. Princípios de Ética Biomédica: a abordagem principialista de Beauchamp e Childress e a Resolução de Conflitos Morais. *Revista Eletrônica Bioética*. 2013, v. 10, n. 1. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 05 abr. 2018.

NUNES, Rizzatto. *O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Saraiva, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Genebra, 2016, 2016: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=A243156AA22DAFEE81B444F5A93E2185?sequence=3>. Acesso em 09 nov. 2017.

RAMOS, André de Carvalho. *Curso de Direitos humanos*. 2 ed. rev., atual., ampl. São Paulo: Saraiva, 2015

RATTNER, Daphne; JONES, Ricardo H., DINIZ, Renata Sousa Beltrão; LOPES, Ana Flávia Coelho; LOPES, Tatiana Coelho; SANTOS, Silvéria Maria dos. Humanização do Parto e do nascimento no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS: Humanização do Parto e do nascimento no Brasil*. Brasília: 2014, v. 4. Disponível em: Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 09 nov. 2017.

RODRIGUES, Diego Pereira; ALVES, Valdecyr Herdy; VIEIRA, Raquel Santana; LEÃO, Diva Cristina Morett Romano; DE PAULA, Enimar; PIMENTEL, Mariana Machado. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem*. 2018, v. 12, n. 1, p. 236-246. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>> Acesso em 09 nov. 2017.

SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola. *A defesa da saúde em juízo*. São Paulo: Editota Verbatim, 2009.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento*. Dissertação. Orientadora: Profª Drª Carmen Simone G. Diniz. (Pós-graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2012.

SALIM, Natália Rejane. *Contextos de nascimento: experiências, sentidos, e práticas de cuidado*. Tese. Orientadora: Profª Drª Dulce Maria Rosa Gualda. (Douramento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2014.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2015, v. 05, n. 1. Disponível em <<http://periodicos.unifap.br/index.php/estacao>>. Acesso em 20 mai. 2018.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosângela da Silva. *Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027. Acesso em 09 nov. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos Direitos Fundamentais*. 12 ed. rev., atual., ampl. Porto Alegre: Editora do Advogado, 2015.

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.

SCHREIBER, Anderson. *Direitos da Personalidade*. 3. Ed. ver. e atual. São Paulo: Atlas, 2014.

SILVA, Maristela Freitas. Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. *Revista Eletrônica Bioética*. 2017, v. 25, a. 1. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 09 nov. 2017.

SILVA, Monica Neves Aguiar da. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. *In: XXV Encontro nacional do CONPEDI – Biodireito e direitos dos animais*. Brasília, 2016.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. *Revista de Gênero Sexualidade e Direito*. 2016, v. 2, n. 1. Disponível em: <http://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/1048> Acesso em 09 nov. 2017.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc*. 2008, v. 1, n. 3.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABGZAND, Luisa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia e Sociedade*. 2016, v. 29, n. 15.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly, Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; Habizang, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Psicologia e Sociedade*. 2017, v. 29, n. 15.