



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

**BEATRIZ RIBEIRO DE ARGOLO AZEVEDO**

**AUTONOMIA DA GESTANTE E LIBERDADE  
REPRODUTIVA: DESCORTINANDO OS PARÂMETROS  
PARA AFERIÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**Salvador**

**2020**

**BEATRIZ RIBEIRO DE ARGOLO AZEVEDO**

**AUTONOMIA DA GESTANTE E LIBERDADE  
REPRODUTIVA: DESCORTINANDO OS PARÂMETROS  
PARA AFERIÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

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

Orientadora: Profa. Ana Thereza Meirelles

**Salvador**

**2020**

## TERMO DE APROVAÇÃO

**BEATRIZ RIBEIRO DE ARGOLO AZEVEDO**

### **AUTONOMIA DA GESTANTE E LIBERDADE REPRODUTIVA: DESCORTINANDO OS PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter guiado o meu caminhar até aqui e ter me dado discernimento perante as dificuldades. sem Ele nada disso seria possível.

Agradeço a todas as mulheres que fizeram parte do meu crescimento, em especial à minha mãe, por todo amor, por ser minha força, meu maior exemplo de resiliência, coragem e honestidade. Ao meu pai, por ser sempre presente e por ter me criado de maneira forte para a vida e sempre demonstrar um amor incondicional por mim. Serei eternamente grata por tudo o que vocês fizeram por mim.

Ao meu padrasto Wellington, por todo amor, apoio e parceria. Eu amo você e sou imensamente grata a Deus por tê-lo colocado em nossas vidas.

A Eduardo, por todo amor, cuidado e compreensão, por ser meu equilíbrio em momentos difíceis e por me lembrar o quanto eu sou capaz. Obrigada, meu amor, você faz minha caminhada ser mais leve. A todos meus amigos, pela torcida e compreensão durante todos os anos da graduação. E aos amigos especiais que a Baiana me deu: Mari, Ana Cláudia, Alice, Matheus, Julia e Nanda, vocês foram essenciais nesta caminhada.

À minha orientadora, Professora Ana Thereza, por ter aceitado o meu convite e por ter me dado todo apoio e incentivo.

“Quando uma mulher está para dar à luz, ela fica triste porque chegou sua hora de sofrer. Mas, depois que a criança nasce, a mulher fica tão alegre, que nem lembra mais do seu sofrimento”.

João 16:21

## RESUMO

Este trabalho tem como propósito demonstrar a relevância e a (in)eficácia de "técnicas" e procedimentos aplicados e, até mesmo, de normas nos partos de todo o território nacional, visando, dessa maneira, aperfeiçoá-los, com o decorrer do tempo e das necessidades demandadas pela saúde, bem-estar, crença e cultura no momento do parto. Esse conceito vem sendo progressivamente acolhido, reconhecido e implantado por vários hospitais, médicos e principalmente gestantes. Ressalta-se que, no parto, seja ele normal (natural ou não) ou cesárea, é inegável que diversos sentimentos são manifestados, mas que apesar disso, o Ministério da Saúde, o Judiciário e o Conselho Federal de Medicina são relativamente incapacitados para enfrentar tais problemáticas e, conseqüentemente, introduzir alguns métodos – considerados alternativos -, como instrumentos de auxílio para melhorar não só o acesso às escolhas e preferências de partos, como também, o procedimento de acordo com as necessidades físicas e emocionais da gestante. Desta forma, o presente Trabalho de Conclusão de Curso interpelará os complexos obstáculos dos partos, como: a escolha mais adequada, os recentes conceitos e a exposição das prováveis técnicas e procedimentos, como o parto com caráter mais humanizado. Apesar de portar extremo valor, essas questões não dispõem de tantas representações em Legislação, todavia, demonstram resultados significativos, que visam a diminuição da violência obstétrica. Busca-se, dessa maneira, a expansão, o conhecimento da sociedade sobre os métodos, as técnicas e um real parto protegido pelo Direito.

**Palavras-chave:** Parto; Violência; Mulher; Humanizado.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CPN	Centro de Parto Normal
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1	A segunda e a terceira ilustração correspondem de forma respectiva à posição transversal e pélvica.....	29
Figura 2	Horários de nascimento por partos normais e partos cesarianas.....	48
Figura 3	Dias da semana em que nascem por meio do parto normal.....	49
Figura 4	Dias da semana em que nascem por meio do parto cesárea.....	49
Figura 5	Partos cesarianas por dia do ano.....	50
Figura 6	Partos normais por dia do ano.....	50

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 AUTONOMIA E DIREITOS REPRODUTIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 A RELAÇÃO TÊNUE ENTRE GÊNERO E PATRIARCADO.....	15
2.2 NOTAS CONCEITUAIS SOBRE AUTONOMIA NO DIREITO.....	19
2.3 DIREITOS REPRODUTIVOS.....	21
<b>2.3.1 Livre planejamento familiar.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.2 Liberdade sobre o próprio corpo.....</b>	<b>23</b>
2.4 O HISTÓRICO DO PARTO NO BRASIL.....	24
2.5 OS TIPOS DE PARTO.....	27
<b>2.5.1 Parto cesariana, parto de cócoras e parto de Leboyer.....</b>	<b>28</b>
<b>2.5.2 Parto normal, parto dentro d'água, parto a fórceps.....</b>	<b>30</b>
2.6 DIREITOS DA PARTURIENTE.....	31
<b>2.6.1 Direito à analgesia e direito à caderneta de gestante.....</b>	<b>31</b>
<b>2.6.2 A presença do acompanhante.....</b>	<b>32</b>
<b>2.6.3 A presença de doula.....</b>	<b>33</b>
<b>3 A PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>36</b>
3.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	36
3.2 A SEXUALIDADE.....	37
3.3 ASPECTOS FÍSICOS.....	37
<b>3.3.1 Violência obstétrica no abortamento, omissão de informações e falta de consentimento da paciente.....</b>	<b>40</b>
<b>3.3.2 Episiotomia, Manobra de Kristeller e Posição licotômica.....</b>	<b>41</b>
<b>3.3.3 Posição licotômica e uso indiscriminado da ocitocina.....</b>	<b>44</b>
<b>3.3.4 Falta de atendimento digno e amniotomia.....</b>	<b>45</b>
3.4 MERCANTILIZAÇÃO DO PARTO.....	47
3.5 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	52
<b>4 NORMATIVA E COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA-JURÍDICA.....</b>	<b>58</b>
4.1 NORMATIVA JURÍDICA DO PARTO.....	58
<b>4.1.1 Violação aos direitos humanos universais.....</b>	<b>60</b>
<b>4.1.2 A política nacional de humanização da atenção obstétrica e neonatal.....</b>	<b>63</b>

<b>4.1.3 Legislação afrontada.....</b>	<b>64</b>
4.2 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	67
4.3 AUTONOMIA PARA DECIDIR.....	70
4.4 PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	73
<b>4.4.1 A educação como instrumento.....</b>	<b>73</b>
<b>4.4.2 A formação médica nas faculdades.....</b>	<b>74</b>
4.5 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS HOSPITAIS PÚBLICOS.....	76
<b>4.5.1 Hospital de Minas Gerais.....</b>	<b>77</b>
<b>4.5.2 Rede Cegonha.....</b>	<b>78</b>
<b>4.5.3 Plano de parto.....</b>	<b>80</b>
4.6 JURISPRUDÊNCIA E LEI MODELO.....	81
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>

## **REFERÊNCIAS**

## 1 INTRODUÇÃO

Diante do exposto a seguir, considerando a extrema importância do tema, houve uma análise das evidências científicas sobre as mulheres vítimas de violência obstétrica seja no trabalho de parto ou, até mesmo, no pós-parto, compreendendo os principais aspectos capazes de gerar tal violência. Há, portanto, uma grande importância em demonstrar, a partir desse trabalho, que a violência obstétrica lamentavelmente é uma realidade nos estabelecimentos de saúde, sejam esses públicos ou privados.

O Estudo do tema somente se tornou possível a partir de uma mudança sociocultural, que culminou em um momento de empoderamento feminino, dando origem a um início de visibilidade a este assunto, logo, à busca da efetivação destes direitos e garantias das mulheres gestantes. A violência obstétrica traz à tona o reflexo de um histórico cultural da sociedade que há anos, vêm sendo pautado na subjugação e inferiorização da mulher. Neste sentido, pode-se dizer que ao ser praticada este tipo de violência, não se trata apenas de um erro médico, mas sim de uma violência de gênero.

O presente trabalho tem como objetivo de analisar a violência obstétrica, bem como demonstrar às práticas que resultam nesta violência e realizar um estudo acerca dos mecanismos existentes para proteção dos direitos das mulheres vítimas desse tipo de violência. A presente discussão se mostra necessária para o âmbito jurídico, tendo em vista que, apesar das grandes conquistas acerca das garantias e direitos no que concerne à mulher, há ainda, presente no ordenamento jurídico brasileiro fortes assimetrias na justiça de gênero. No que tange a área obstetrícia, o padrão adotado no Brasil, é pautado, em intervenções demasiadas e desnecessárias, falta de informações e consentimento, culminando, no cerceamento da autonomia autodeterminação da parturiente.

Quanto ao método de pesquisa foi utilizado no presente estudo o hipotético-dedutivo, tendo em vista que esse foi o procedimento considerado mais adequado para a presente pesquisa, uma vez que, as hipóteses serão falseadas e sua abordagem será qualitativa. A presente pesquisa, é exclusivamente bibliográfica e terá como base diversas fontes, como periódicos, livros, artigos, jurisprudência e lei.

Inicia-se nossa pesquisa, no segundo capítulo, analisando os direitos reprodutivos e a autonomia no Direito, a fim de dar uma base jurídica aos direitos reprodutivos da mulher, principalmente

tendo em vista os Princípios da Autonomia e da Liberdade, sempre sob a proteção do Princípio da Dignidade Humana.

Na sequência, ainda no segundo capítulo, antes de adentrar à prática da violência obstétrica, consideramos importante retomar toda a evolução (ou retrocesso) da história do parto no Brasil, a fim de traçar a problemática e construir firmes alicerces da necessidade de melhoria e de efetiva regulamentação jurídica dos partos em todo o país, à luz do Humanismo. Identificou conveniente, ainda, ao corte epistemológico pretendido, discorrer sobre os tipos de parto existentes e mais realizados comumente. Por último, discorreu-se sobre alguns dos direitos inerentes à parturiente, destacando a regulamentação já disponível sobre os direitos das mulheres na gestação.

No terceiro capítulo, fora dedicado, um capítulo à problemática da violência obstétrica em si, discorrendo posteriormente sobre a relação médico-paciente e analisando essa violência sob os aspectos psicológicos, sexuais e físicos, de modo a considerar tal ato como um desrespeito à figura da mulher como sujeito de direitos, como protagonista de seu parto e dotada de necessidades individuais e de liberdade de escolha. De fato, a violência obstétrica possui inúmeros aspectos a serem analisados e, por conseguinte, respeitados, seja com o objetivo de resguardar um direito físico, psicológico, ou até mesmo um direito à sexualidade.

Uma vez fixadas as premissas dos direitos da mulher parturiente, do tratamento histórico que vem recebendo a mulher no parto e do diagnóstico das violências obstétricas a que essa mulher está sujeita, ainda sob o viés da problematização do objeto estudado, foi trazido à tona, ainda no terceiro, a questão da mercantilização do parto, a fim de investigar se tal fenômeno – comum a tantas searas da vida na sociedade de massa e de consumo em que vivemos – é causa, efeito ou ambos dessa desumanização recorrente no atendimento da mulher nesse momento sublime do milagre de dar a vida a outra pessoa. Cabe salientar, desde já, que uma das causas do elevado número de violências contra as mulheres no período do pré-parto, parto e pós-parto está relacionada ao sistema de saúde mercantilizado, que comanda de certa forma todo o atendimento médico ideal e necessário à parturiente.

Realizado o recorte epistemológico do objeto a ser juridicamente tutelado, parte-se, finalmente, no quarto e último capítulo deste trabalho, à análise da normativa jurídica do parto, no plano internacional e nacional, e dos meios de combate à violência obstétrica.

Apontou-se, inicialmente, as violações aos Direitos Humanos Universais que significam as violências obstétricas e, já no plano nacional, infraconstitucional, foi tratado sobre a *Política*

*Nacional de Humanização da Atenção Obstétrica e Neonatal* e sobre todo o ordenamento jurídico brasileiro afrontado. Discorreu-se sobre a importância da humanização da relação médico-paciente, enfatizando, posteriormente, que é imprescindível que a parturiente tenha autonomia para decidir. Fora dedicado também neste quarto capítulo, as formas de prevenção da violência obstétrica, com destaque para alguns exemplos de conscientização e efetivação de políticas públicas voltadas aos hospitais públicos, como a chamada Rede Cegonha, e ao direito a um Plano de Parto protegido e garantido por diversas legislações locais.

Por fim, foi comparada e analisada alguma jurisprudência encontrada a respeito dos direitos da mulher parturiente, com o fim de arrematar este estudo com a posição do Poder Judiciário, *ultima ratio* do Direito, investigando se a jurisdição tem garantido de maneira efetiva os direitos das mulheres parturientes de forma contundente e/ou suficiente.

## 2 AUTONOMIA E DIREITOS REPRODUTIVOS

Direitos reprodutivos e direitos sexuais são compreensões recentes, advindos da análise de estudos teóricos sobre os direitos individuais e coletivos realizados por movimentos feministas e pelo movimento homossexual<sup>1</sup>. Por direito reprodutivo, compreende-se um “conjunto dos direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana”. Isso teve início a partir do século XVIII, quando começou uma luta das mulheres que reivindicavam seus direitos como cidadã e participação igualitária na comunidade em que viviam, denunciando a latente desigualdade na sociedade<sup>2</sup>.

Um dos importantes marcos nessa trajetória foi a Convenção de Cairo em 1994. A partir dela, estabeleceu-se uma nova linguagem para os direitos reprodutivos e sexuais, legitimando, assim, a existência destes e estendendo os seus sujeitos de direito para os adolescentes, homens, mulheres solteiras e pessoas da 3ª idade de modo a abordar ainda a necessidade de investimento na saúde reprodutiva<sup>3</sup>.

Adotando os conceitos elencados em documentos internacionais de proteção dos direitos humanos, temos como exemplo de direitos reprodutivos:

- a) o direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coerção ou violência;
- b) o direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos;
- c) o direito de ter acesso a informações de métodos anticoncepcionais e meios seguros (serviços), disponíveis, acessíveis e;
- d) o direito de acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva<sup>4</sup>.

Dessa forma, os direitos reprodutivos que correspondem à liberdade e à igualdade no que tange a vida reprodutiva precisam não somente serem reconhecidos, como também respeitados.

---

<sup>1</sup> SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, abr./2007, p. 126. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/12.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2020.

<sup>2</sup> BUGLIONE, Samantha. Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. **Portal Jus**. Fev. 2001. p. 01-02. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/1855/reproducao-e-sexualidade-uma-questao-de-justica>. Acesso em: 02 maio 2020.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

<sup>4</sup> CHIAROTTI, Susana. MATUS, Veronica. **Guia para capacitação: dos direitos humanos aos direitos das humanas**. São Paulo: Instituto para Promoção da Equidade – IPÊ, 1997, p. 45.

Sendo assim, é dever do Estado promover ações e programas que viabilizem principalmente o acesso livre, pela comunidade, às informações referentes à vida reprodutiva<sup>5</sup>.

Além disso, importa salientar que os direitos reprodutivos estão intrinsecamente ligados à autonomia, uma vez que, por meio da liberdade sexual, a mulher tem o poder de decidir sobre sua vida reprodutiva e possui “o direito de ter o controle de decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva livre de coação, discriminação e violência”<sup>6</sup>.

## 2.1 A RELAÇÃO TÊNUE ENTRE GÊNERO E PATRIARCADO

A Constituição Federal de 1988 representa a vontade popular em sua estrutura, com a proposta de um novo Estado: o Estado Democrático de Direito, caracterizado pela “Constituição Cidadã”. Segundo Ulisses Guimarães<sup>7</sup>, esta começa com o homem, foi escrita pelo homem, o homem é o seu fim, e sua esperança é a Constituição Cidadã.

Vale ressaltar que os direitos fundamentais passam por condições históricas, interessadas a uma classe de poder e é isso que a Carta realizou por intermédio de um marco, pois consolidou os direitos humanos jamais adotados. Parte disso veio de uma promulgação constitucional com a participação da mulher, que possibilitou e possibilita ainda hoje a obtenção de conquistas no âmbito constitucional dessa classe.

Ficando evidente, além dos outros enriquecimentos trazidos pela Constituição Federal de 1988, a participação da mulher, que antes era notada como pura e simplesmente uma propriedade do homem.

Nesse processo de luta pela restauração da democracia, o movimento das mulheres foi marcante, pois cuidou de demandas relativas ao seu processo de exclusão, lutando pela inclusão dos seus direitos.

O artigo 5º, inciso I da Constituição Federal disciplina *in verbis*:

---

<sup>5</sup> ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, set./2003, p. 467. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

<sup>6</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Set./1995, p. 33. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf). Acesso em: 02 maio 2020.

<sup>7</sup> LIMA, Francisco Meton Marques de. **Manual de Direito Constitucional**. São Paulo: Editora Ltr, 2005, p. 78.

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

Além desse, o artigo 226, parágrafo 5º da Constituição Federal de 1988 disciplina que “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.”.

Foram esses dois artigos que garantiram a condição de equidade de gênero e contribuíram na proteção dos direitos humanos das mulheres na República Brasileira. Além disso, esse movimento de mulheres possibilitou e ampliou o protagonismo no final dos anos setenta, fortalecido pela criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985 pela participação no processo constituinte de 1988, no marco da história dos direitos básicos das mulheres e ainda na fortificação da democracia de forma participativa<sup>8</sup>.

Nesse Conselho, chamado de Lobby do Batom, havia ativistas feministas e 26 deputadas federais constituintes, as quais obtiveram importantíssimos avanços na Constituição Federal, garantindo a igualdade de direitos e obrigações entre homens e mulheres perante a lei<sup>9</sup>.

Atualmente, as mulheres vivenciam uma realidade em que o discurso que tem como bandeira a igualdade entre homem e mulher se sobrepõe aos moldes ultrapassados de uma sociedade marcada pela extrema desigualdade de gênero. Porém, quando analisados os índices de violência contra mulheres, o acesso a direitos, a desigualdade de salário, a taxa de escolaridade, dentre outras evidências, verifica-se um abismo entre esse discurso e a realidade<sup>10</sup>.

As desigualdades entre homens e mulheres estão enraizadas no patriarcado, que nada mais é do que uma forma de opressão e exploração de mulheres, revelada na ideia de controle e submissão dos homens sobre elas. Essa discrepância entre gêneros gerou fortes marcas na vida das mulheres, podendo ser vislumbrado, por exemplo, no afastamento das mulheres nos espaços de

---

<sup>8</sup> PRÁ, Jussara Reis; EPPING, Léa. Cidadania e Feminismo no Reconhecimento dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, abr./2012, p. 43. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v20n1/a03v20n1.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

<sup>9</sup> LIMA, Caroline Araújo Florêncio de. **A Participação das Mulheres na Elaboração da Constituição Federal de 1988: o lobby do batom**. Monografia (Graduação em Direito). Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, Rio Grande do Norte, 2016, p. 12. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/3293>. Acesso em: 05 maio 2020.

<sup>10</sup> Segundo o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, o recebimento de denúncias nos primeiros seis meses de 2019 no Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher) obteve um aumento de 10,93% em relação ao mesmo período do ano anterior.

escolaridade básica, que além de ser um direito fundamental, possibilitaria a elas uma formação pautada na liberdade e autonomia<sup>11</sup>.

Esse modelo de organização social originou-se na Roma Antiga, onde se tinha o homem como a principal figura da relação familiar, restando à mulher um papel de submissão e obediência ao homem. Dessa forma, sua liberdade e autonomia de escolha eram renunciadas.

O patriarca tinha sob seu poder a mulher, os filhos, os escravos e os vassallos, além do direito de vida e de morte sobre todos eles. A autoridade do pater familiae sobre os filhos prevalecia até mesmo sobre a autoridade do Estado e duraria até a morte do patriarca, que poderia, inclusive, transformar seu filho em escravo e vendê-lo<sup>12</sup>.

Segundo J. Scott, o patriarcado seria uma forma de organização social, regido por dois princípios basilares que partem da ideia da existência de uma submissão hierárquica das mulheres aos homens e dos jovens aos homens mais velhos. Embora essa organização social tenha se iniciado há muitos anos e novas formas de organizações diferentes dele tenham surgido, vê-se que muitas relações familiares são ainda reguladas pelos seus padrões impostos. Também são nítidas na atualidade as marcas deixadas pelos valores que foram constituídos pelo patriarcalismo em outras tantas relações, nas quais há privilégios, oportunidades e direitos aos homens em detrimento das mulheres<sup>13</sup>.

Atravessando a história do Brasil, percebe-se grande influência e dominação do sistema patriarcal desde a colonização. A mulher era tida apenas como uma coadjuvante em sua relação familiar e nas mais diversas formas de participação na sociedade como cidadã. Diante disso, não gozava de certas garantias e direitos quando comparadas aos homens. Houveram mudanças no Brasil, ainda que lentas, referentes aos direitos e garantias das mulheres. Atualmente, a Constituição instituiu o princípio da igualdade entre homens e mulher, entretanto, essa não é a realidade vivida pela maioria das mulheres na sociedade, pois, muito embora tenha havido diversas conquistas de vários direitos civis e políticos, as mulheres ainda desconhecem seus direitos<sup>14</sup>.

Percebe-se que existem muitas relações na sociedade que são marcadas pela opressão e exploração das mulheres. Mesmo com todas as mudanças legais, constitucionais e culturais, vê-

---

<sup>11</sup> NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e Patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, abr./2006, p. 51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a07v18n1.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

<sup>12</sup> XAVIER, Elódia. **Declínio do Patriarcado**: a família no imaginário feminino. Rio de Janeiro: Record, 1998, p. 92.

<sup>13</sup> SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, jul./1995, p. 83. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 05 maio 2020.

<sup>14</sup> STREY, Marlene Neves. Será o século XXI o século das mulheres? In: STREY, Marlene Neves *et al.* **Construções e Perspectivas em Gênero**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2000, p. 14.

se valores antigos e ultrapassados enraizados nas diversas relações humanas, o quais, a todo momento, ferem a máxima da igualdade entre homens e mulheres. Essas adversidades violam os direitos das mulheres, colocando-as em posição inferior em relação aos homens, seja no seu seio familiar, na falta de equidade de salários em funções exercidas igualmente, na falta de oportunidade no mercado de trabalho ou em tantas outras situações que só revelam uma realidade de violência e negação aos direitos e garantia das mulheres.

Em relação ao termo “gênero”, existem atribuições e possibilidades diferentes de significado. A exemplo disso, tem-se a definição trazida pelo movimento feminista, utilizando a palavra “gênero” como forma de tratar a organização social da relação entre os sexos<sup>15</sup>. Assim, gênero é considerado um termo neutro, como uma tentativa de impedir qualquer tipo de favorecimento do homem em relação à mulher, uma vez que seria um termo usado para ambos, sem distinção.

Scott conceituava o termo “gênero” de duas maneiras:

Minha definição de gênero tem duas partes e várias sub-partes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder<sup>16</sup>.

Dessa forma, a atribuição ao termo gênero trazida pelas feministas, ressalta ainda mais a existência de uma história baseada na sobreposição da figura masculina sobre a mulher e reforça as dificuldades enfrentadas até a atualidade, numa sociedade marcada pelo patriarcalismo.

Um elemento importante nas lutas das mulheres é baseado na intenção de que haja uma paridade de gênero no direito, portanto, precisa haver mudanças legislativas para que tal feito aconteça. Por mais que tenha acontecido um avanço legislativo, como exclusões de normas de cunho discriminatório em relação ao gênero, há ainda muito o que ser conquistado em relação aos Direitos Humanos das mulheres.

Dessa forma, em razão dessa desigualdade ainda presente no ordenamento jurídico brasileiro, pode-se afirmar que, numa análise sob a perspectiva de gênero, o Direito ainda contribui para uma cultura de interiorização da mulher, conseqüentemente violando os Direitos Humanos das mulheres. Por essa razão, atualmente, há uma luta feminista contra a violência obstétrica, a qual se fundamenta na busca de garantias efetivas sexuais e reprodutivas<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> SCOTT, Joan. *Op.cit.*, p. 93.

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 85.

<sup>17</sup> GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência Contra a Mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, ago./2015, p.

## 2.2 NOTAS CONCEITUAIS SOBRE AUTONOMIA NO DIREITO

O significado da palavra “autonomia” advém do grego *autos* (próprio) e *nomos* (governo ou lei). Esse termo foi primeiramente usado para se referir o autogoverno das cidades-estados gregas independentes. Posteriormente, seu significado ampliou-se a novos sujeitos, entendendo-se também aos cidadãos, significando que o homem tem autonomia para se auto legislar, se autogovernar e pertencer a si mesmo.<sup>18</sup>

Para Kant, em consonância com o imperativo categórico, a autonomia consiste em:

A autonomia é aquela sua propriedade graças à qual ela é para si mesma a sua lei (independentemente da natureza dos objetos do querer). O princípio da autonomia é, portanto, não escolher não de modo que as máximas da escolha estejam incluídas, simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal.<sup>19</sup>

Portanto, a autonomia consiste em ter o domínio de si, de se autogovernar. A autonomia está ligada intrinsecamente à liberdade, o que oportuniza ao sujeito legislar sobre si, sem estar submetido a imposições externas, quando este estiver guiado pela razão.<sup>20</sup> Nessa linha de pensamento, o princípio que rege a autonomia de vontade está estritamente coadunado aos direitos fundamentais do sujeito, uma vez que é imprescindível que haja respeito à vontade deste e, assim, seu direito de liberdade de escolha deve ser garantido e pautado naquilo que julga ser melhor para si.

De acordo com Maria Helena Diniz, o princípio da autonomia da vontade é “o poder de estipular livremente, como melhor lhes convier, mediante acordo de vontade, a disciplina de seus interesses, suscitando efeitos tutelados pela ordem jurídica”<sup>21</sup>.

Esse princípio da autonomia da vontade é reflexo de uma ideologia liberal que defendia que o homem era o centro e que suas decisões e vontades deveriam ser respeitadas pelo Estado. Assim, define Eurico Pina Cabral autonomia da vontade como sendo um “fenômeno interior e

---

257. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

<sup>18</sup> BEAUCHAMP, Tom Lamar; CHILDRESS, James Franklin. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002, p. 56

<sup>19</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Sumaré: Editora Martin Claret, 2019, p. 85

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 72.

<sup>21</sup> DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: teoria das obrigações contratuais e extracontratuais**. 27 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2011, p. 40.

psicológico gerador da ação finalística contida no âmbito da autonomia privada, capaz produzir efeitos jurídicos particulares nos limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico”<sup>22</sup>.

O indivíduo, independente dos seus planos e vontades, é visto pelo direito de maneira igualitária, uma vez que, ele passa a ser visto com um sujeito que tem liberdade para construir projetos, ter suas próprias opiniões e concepções, tomar decisões em sua própria vida, bem como, ser responsabilizado pelas escolhas tomadas. O direito à liberdade é um pressuposto para que o indivíduo de forma digna, tendo suas singularidades respeitadas.<sup>23</sup>

De acordo com Wilson Steinmetz, a autonomia privada pode ser definida “como o poder conferido pela lei aos particulares para que, livres e soberanamente, auto regulamentem os próprios interesses.”<sup>24</sup> Dessa forma, a autonomia privada compreende-se como uma forma de autodeterminação e de auto vinculação das partes, que podem e devem legislar sobre seus próprios interesses. Nesse sentido, importa reafirmar que o pressuposto dessa autonomia é a liberdade seja para que os particulares criem direitos e/ou deveres para interesse próprio, nos limites conferidos pela ordem jurídica.

Na Constituição de 1988, o sujeito passa a ser amparado em sua totalidade e em suas individualidades, principalmente em situações jurídicas existenciais, tendo o Estado o dever de garantir a autonomia privada do sujeito, a fim de que suas decisões particulares sejam protegidas. Por situações jurídicas existenciais, entende-se que o seu objetivo “é a realização direta da dignidade, conforme as próprias aspirações, valores e *modus vivendi*; têm como função imanente a livre realização da personalidade, segundo o estilo de vida individual.”<sup>25</sup>

De acordo com Ana Carolina Brochado, a pessoa humana que passa ter a centralidade no ordenamento, precisa ser considerada o motivo da existência da situação jurídica, tendo a sua singularidade protegida, conseqüentemente, lhes sendo garantido e efetivado os direitos fundamentais.<sup>26</sup> Neste sentido, é imprescindível que o direito à liberdade seja efetivo e promovido ao indivíduo, sem que haja interferências externas, como atitudes do Estado, família e etc., pois a decisão do homem precisa ser livre de coação, individual e racional. A CF/88

---

<sup>22</sup> CABRAL, Érico de Pina. A Autonomia no Direito Privado. **Revista de Direito Privado**, v. 5, n. 19, set. 2004, p. 87. Disponível em: [http://biblioteca2.senado.gov.br:8991/F/?func=item-global&doc\\_library=SEN01&doc\\_number=000723364](http://biblioteca2.senado.gov.br:8991/F/?func=item-global&doc_library=SEN01&doc_number=000723364). Acesso em: 07 jul. 2020.

<sup>23</sup> TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia Existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, v. 16, jun./2018, p. 03. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232/214>. Acesso em: 26 jun. 2020.

<sup>24</sup> STEINMETZ, Wilson. **A vinculação dos particulares a direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Malheiros, 2005, p. 190.

<sup>25</sup> TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Op.cit.*, p. 13.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 12.

admite, por meio do catálogo de direitos fundamentais, que o indivíduo exerça os seus direitos de forma efetiva, inclusive o direito à liberdade, autodeterminando sobre a sua vida.<sup>27</sup>

Neste sentido, no que tange à mulher parturiente, a autonomia precisa ser efetiva e promovida. É necessário que a gestante decida com base naquilo que entender ser melhor para si, para o bebê, para o seu corpo, considerando, sobretudo, as suas individualidades e sendo responsável por suas decisões. Corroborando a este pensamento, os artigos 24 e 31 do Código de Ética Médica, se referem ao princípio da autonomia, prevendo a vedação dos profissionais de saúde de interferir nas escolhas dos pacientes ou de quem os representa.

De acordo com Mauricio Requião de Sant' Ana, a autonomia “é essencial para o desenvolvimento da personalidade do sujeito, para sua dignidade, para a realização da sua vida enquanto ser humano autônomo.”<sup>28</sup>Tendo isso em vista, as decisões não podem ser tomadas por um terceiro, uma vez que, o direito à liberdade é conferido como um direito fundamental e é intrínseco da existência da pessoa humana. Além disso, de acordo com o princípio da dignidade da pessoa humana, todos os indivíduos precisam ser respeitados em suas individualidades e suas liberdades, a fim de que, eles possam, de forma autônoma decidir livremente, de acordo com suas percepções e valores.

### 2.3 DIREITOS REPRODUTIVOS

De acordo com a Conferência da População do Cairo, em 1994, os direitos reprodutivos são compreendidos como o “direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos”. Para que isso aconteça de forma efetiva, é necessário que sejam garantidas as devidas informações e um direcionamento de como fazê-lo. Para além disso, é direito do indivíduo usufruir de um padrão elevado de saúde reprodutiva e sexual, sendo livre de toda e qualquer violência, discriminação ou coerção.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> *Ibidem*, p. 16.

<sup>28</sup> SANT'ANA, Maurício Requião de. **Autonomia, incapacidade e transtorno mental**: propostas pela promoção da dignidade. 2015. Monografia (Especialização em Direito). Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015, p. 16.

<sup>29</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. 1994, p. 36. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

Os direitos reprodutivos tiveram reconhecimento parcial por meio da Constituição Federal de 1988, no art. 226 § 7º. Nele é reconhecido o direito ao planejamento familiar, ou seja, a partir dessa norma, estava garantindo aos sujeitos da relação, o poder de decidir sobre ter filhos ou não, de aumentar a sua prole ou não, tendo o Estado o dever de assegurar meios para a efetivação desse direito<sup>30</sup>.

Posteriormente, essa referida norma foi regulamentada pela Lei nº. 9.263/96, definindo em seu art. 2º que, por planejamento familiar, entende-se “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” A lei em comento, em seu art. 3º, também impõe que seja garantido aos indivíduos, pelo Sistema único de Saúde, acesso às ações de planejamento familiar.

Portanto, é possível vislumbrar que os direitos reprodutivos têm sido consagrados tanto no plano internacional como no plano nacional, além de considerados como direitos humanos que devem estar pautados nos princípios da autonomia e do direito à saúde.<sup>31</sup>

### 2.3.1 Livre planejamento familiar

A constituição Federal, no art. 226, § 7º, expressa o significado do planejamento familiar e o dever do Estado em garantir o exercício eficaz desse direito. Temos, então:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”<sup>32</sup>.

Dessa forma, com o objetivo de regulamentar o planejamento familiar, foi sancionada no Brasil a Lei n.º 9.263/96, que definiu o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela

---

<sup>30</sup> PIMENTEL, Silvia Carlos da Silva. *Direitos Reprodutivos e Ordenamento Jurídico Brasileiro: subsídios a uma ação jurídico-política transformadora. Folha de São Paulo*. São Paulo, São Paulo, 1993.

<sup>31</sup> VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. 3 ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009, p. 17. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf). Acesso em: 07 jul. 2020.

<sup>32</sup> BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF. 05 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 jun. 2020.

mulher, pelo homem ou pelo casal.”<sup>33</sup> Por essa lei, compreende-se que todo cidadão tem o direito de realizar o planejamento familiar de forma livre, sem imposições externas, como da sociedade e do Estado.

A política do planejamento familiar vem sendo elaborada e trabalhada pelo Ministério da Saúde em conjunto com os estados e municípios, com o objetivo de garantir a mulheres, homens e adolescentes o direito à saúde integral. Em consonância, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, dentre as ações recomendadas, estava o planejamento familiar<sup>34</sup>.

A referida lei que trata do planejamento familiar regula e promove a implementação de ações públicas, como a “elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas”, a “capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência da mulher”, a “ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS”, entre outras<sup>35</sup>.

Pelo fato de o planejamento familiar ser entendido como um direito fundamental, o Estado tem o dever de garantir e investir em ações e programas que garantam o livre exercício desse direito e dos demais que os seguem, como o direito à liberdade, à vida e à dignidade da pessoa humana.

### 2.3.2 Liberdade sobre o próprio corpo

O direito à liberdade é um gênero do direito fundamental, podendo esse ser classificado como: interno e externo. Aquele se entende como o livre arbítrio, por meio da sua manifestação de vontade, chamada também de liberdade subjetiva, moral ou psicológica. Ou seja, o livre arbítrio que permite a manifestação da vontade do interior para o exterior. Contudo, essa escolha subjetiva deve observar as questões objetivas para que aquela atue de acordo com essa<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup> BRASIL. Congresso. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF. 12 jan. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm). Acesso em: 10 jun. 2020.

<sup>34</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. 1 ed. Brasília, DF. 2005, p. 23. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf). Acesso em: 08 maio 2020.

<sup>35</sup> *Ibidem*, p. 13.

<sup>36</sup> SAFATLE, Vladimir. A Forma Institucional da Negação: Hegel, liberdade e os fundamentos do estado moderno. **Kriterion: Revista de Filosofia**, v. 53, n. 125, jun./2012, p. 154. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/kr/v53n125/08.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

e então, se entende como direito à liberdade externa, ou à chamada liberdade objetiva, a expressão colocada na forma externa do querer individual – ou podemos dizer dada liberdade subjetiva. Esta provoca certas restrições, observando, dessa maneira, a chamada liberdade pública e política<sup>37</sup>.

Considera-se a princípio que a liberdade é a ação em geral decorrente do artigo 5º, II da Carta Constitucional, nos seguintes termos:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

O texto constitucional traz a ideia de liberdade de fazer, a liberdade de agir e de atuar. Ou seja, todos tem liberdade no sentido de fazer ou deixar de fazer aquilo que bem quiser, desde que tal conduta não esteja prevista de forma diversa nos termos da Lei, Lei essa vislumbrada no sistema coativo do ordenamento jurídico.

Nesse sentido, por ser um direito fundamental, a mulher possui autonomia para dispor do seu corpo da forma que lhe convir, estando submissa apenas aos limites previstos na lei. Entretanto, naquilo que for permitido, é preciso que haja a garantia da efetivação do direito da liberdade da mulher em decidir sobre o seu corpo.

Pode-se entender que o artigo citado compreende o significado de liberdade de ação e ainda detém o fundamento jurídico, tendo em vista a relação que há entre a igualdade e a legalidade. Por isso, a liberdade individual é considerada a primeira forma de liberdade do ser humano, sendo reconhecida a todas as pessoas donas de suas vontades, como a liberdade de locomoção, de intimidade e de segurança individual.

## 2.4 O HISTÓRICO DO PARTO NO BRASIL

É importante tratar neste trabalho que tanto a gravidez quanto o parto são passagens marcantes na vida de uma mulher. Além disso, ainda que as mulheres tenham o corpo preparado para a reprodução, com o passar dos tempos, os métodos e também os costumes de parto são modificados, conforme a base cultural. Isso pode ser notado quando analisamos as diversas

---

<sup>37</sup> ALMEIDA, Guido Antônio de. Sobre o princípio e a lei universal em Kant. **Kriterion: Revista de Filosofia**, v. 47, n. 114, dez./2006, p. 213. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/kr/v47n114/a0247114.pdf>. Acesso em: 11 maio 2020.

práticas de parto que variam de acordo com os países e, conseqüentemente, suas culturas enraizadas.

O que podemos ver no histórico do parto é que, independentemente do país e da cultura, as mulheres, durante o período de trabalho de parto, sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas que, no início, eram do sexo feminino, como amigas, parentes e/ou parteiras. Só posteriormente, já no ambiente hospitalar, surgiu a figura do obstetra, com uma formação médica, além da presença e auxílio de enfermeiras e técnicas de enfermagem<sup>38</sup>.

Ou seja, os partos no Brasil, a princípio, eram realizados por parteiras-leigas, chamadas de aparadeiras ou comadres. Guiadas por um conhecimento empírico, davam assistência às mulheres mesmo que de maneira domiciliar durante a gestação, o parto propriamente dito e o período de puerpério. Elas esclareciam dúvidas sobre o cuidado com o corpo, possíveis doenças venéreas e a prática de aborto, pois detinham certa confiança da gestante/parturiente<sup>39</sup>.

Até o século XVII, o parto era considerado única e exclusivamente um assunto de mulheres. Era tratado de maneira caseira, pessoal, apenas com a presença de uma parteira considerada experiente como narrado.

Nessas situações, o parto tinha um caráter de apresentação, podendo ser observado na época Imperial, uma vez que, nesse momento, a medicina não possuía muito conhecimento em relação ao parto e, como resultado, as parteiras eram as que representavam a melhor opção<sup>40</sup>.

Fazia-se necessária a presença do médico apenas em casos de partos dificultosos, mas ainda assim, todo o poder de decisão permanecia nas mãos da mulher, da sua família e/ou amigas que a acompanhavam nesse momento<sup>41</sup>. Foi a partir de tais dificuldades no decorrer dos partos que a Medicina incorporou essa prática como atribuição, denominando o médico que realizasse essa atividade “parteiro”.

Esse processo teve início no continente europeu, entre os séculos XVII e XVIII, chegando ao Brasil após a inauguração das escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, por volta de 1808. Iniciou-se nesse período não apenas a experiência clínica obstétrica, mas também

---

<sup>38</sup> VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A História do Parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*, v. 16, n. 1, jan./2015, p. 97. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 11 maio 2020.

<sup>39</sup> BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil no Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 7, jun. 1991, p. 135. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002). Acesso em: 11 maio 2020.

<sup>40</sup> VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. *Op.cit.*, p. 97.

<sup>41</sup> *Ibidem*.

a introdução da figura masculina nesse ramo. Nesse momento marcou uma grande transformação na estrutura obstetrícia, já que foram introduzidos cirurgiões no parto, quando ainda não existia a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica naquele momento<sup>42</sup>.

Ademais, o estudo anatomopatológico, além de focar no parto, posteriormente, focou na gravidez e também abrangeu a parte biológica por influência da anatomia patológica, que permitia as interrupções de gravidez, realizadas pelo parteiro, desde que estive presente a indicação de risco de morte à mulher.

Observava-se, diante disso, que o aborto passou a ser indicado quando houvesse imperfeição na formação na bacia congênita ou falhas adquiridas como: raquitismo, deslocação irreductível do útero, ruptura uterina, lesões orgânicas do pulmão, alienação mental, vômitos, vícios que diminuem o diâmetro da bacia, entre outras<sup>43</sup>.

Por estarem despreparados e desconhecerem certos fenômenos fisiológicos, os cirurgiões foram formados para apenas intervir, resolvendo complicações e, conseqüentemente, impondo o que deveria ser feito. Logo, o parto passou a ser olhado como uma cirurgia e a mulher em trabalho de parto como “paciente”. Assim, por ser tratada como doente, era impedida de escolher posições, por exemplo.

A era do parto médico deixa de considerar a parturiente como protagonista do parto, pois os papéis se invertem e o médico obstetra passa a ter o controle de todos os passos do trabalho de parto, obrigando-a a se deitar em posição desconfortável, vedando comentários de escolha e a participação no nascimento do próprio filho.

Assim, por volta de 1880, os médicos passaram a ser mais aceitos e as mulheres das mais diversas classes sociais começaram a procurar a maternidade (ambiente hospitalar) quando entendiam ser casos mais complexos, sentindo-se mais seguras do que nos partos possivelmente realizados em seus domicílios<sup>44</sup>.

Essa transformação só foi possível, pois a forma de atenção ao parto e ao nascimento foi alterada tanto pelos médicos como por suas clientes/pacientes, que entendiam ser mais seguro o parto hospitalar. Além disso, o hospital aparentava ser habilitado para promover atenção tanto à

---

<sup>42</sup> BRENES, Anayansi Correa. *Op.cit.*, p. 135.

<sup>43</sup> *Ibidem*, p. 136.

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 141.

parturiente quanto ao bebê, já que oferecia uma internação durante um período considerado suficiente para que a recuperação fosse ainda melhor<sup>45</sup>.

Esse modelo de parto, todavia, deu início a uma institucionalização, resultado de um processo de urbanização que ocorria na época. Deixou-se, então, de ser um evento familiar, particular e fisiológico para um procedimento médico corriqueiro e cotidiano<sup>46</sup>.

Desse modo, suprimiu-se algo íntimo e o parto passou a ser um momento público, comportando a presença de diversos profissionais desconhecidos no período do pré-natal, potencializando o cunho apenas profissional e temporal da equipe médica, ou seja, sem nenhum vínculo<sup>47</sup>.

## 2.5 OS TIPOS DE PARTO

A classificação dos “tipos” de parto somente ocorreu após os partos passarem a ser dentro dos hospitais, há mais ou menos 70 anos. Assim, inicialmente, eram realizados por médicos e numa mesma posição sempre, a ginecológica. Nessa época, não havia outras opções ou denominações das vias de parto. Eram somente duas: parto normal ou cesárea. A mulher, então, deveria ter o bebê naquelas condições impostas pelo médico<sup>48</sup>.

As condições dos partos naquela época eram geralmente difíceis e dolorosas para mulher. Tinham que ficar longe do seu cônjuge, não podiam escolher a posição mais favorável e confortável para parir, além de serem utilizadas muitas intervenções para acelerar o parto, como corte no períneo e pressões na barriga realizadas por profissionais, práticas, infelizmente, ainda comuns nos dias atuais.

Após a Segunda Guerra Mundial, com o início do movimento hippie, mulheres e profissionais de saúde começaram a questionar os procedimentos e condições do parto. Começaram as lutas e movimentos por um parto digno, sem o excesso de intervenções e melhorias das condições. Nessa ocasião, começaram a surgir os “tipos” de parto, com mais possibilidades para gerar o bebê.

---

<sup>45</sup> *Ibidem*, p. 137.

<sup>46</sup> *Ibidem*, p. 139.

<sup>47</sup> EQUIPE HANAMI (org.). **A História do Parto**. [20--?]. Disponível em: [www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/](http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/). Acesso em: 11 maio 2020.

<sup>48</sup> MORAES. Eleonora. Tipos de Parto? Que Classificação é Essa? **Despertar do parto**. Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/tipos-de-parto-que-classificacao-eh-essa.html>. Acesso: em 21 jul. 2020

### 2.5.1 Parto cesariana, parto de cócoras e parto de Leboyer

A cesariana tem como definição um parto de um feto por meio de uma cirurgia abdominal, que requer a cissura por meio da parede uterina. A ideia principal seria que, caso a mulher viesse a falecer durante o trabalho de parto, o feto deveria ser retirado por meio da incisão abdominal. Há, porém, outra significação sugerida pelo verbo latino *caedere*, que significa cortar.

Todavia, com o aperfeiçoamento das técnicas, a cesariana começou o processo de substituição do fórceps e as taxas tornaram-se de realização se elevaram devido ao número de indicações pélvicas e de cesarianas iterativas realizadas quando a paciente já possui um antecedente de duas ou mais cesarianas<sup>49</sup>.

Além disso, só são consideradas indicações reais de cesariana, por meio de evidências científicas, quando:<sup>50</sup>

Houver prolapso de cordão, caso em que o cordão umbilical vem antes do bebê, ou seja, quando o cordão é esticado, pois sofre com o peso do próprio bebê e ocorre nesse momento uma falta de oxigênio. Assim, o profissional dá causa, nesse caso, por meio do rompimento da bolsa; quando houver o descolamento prematuro de placenta, normalmente devido à hipertensão; quando há placenta prévia, parcial ou total, inserida no canal de expulsão. Na maioria dos ultrassons no início da gestação não tem como identificar essa situação, todavia, ao fim da gestação, já é possível visualizar essa situação no exame. Nesse caso, a mulher não pode sequer entrar no trabalho de parto ativo, pois, se o colo dilata, a placenta começa a sangrar e o bebê começa a ficar sem oxigênio; quando a apresentação fetal está de forma transversal ou pélvica, conforme demonstrado na seguinte ilustração:

---

<sup>49</sup> FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A Operação Cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, jun./1991, p. 159. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

<sup>50</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério Lança Protocolo com Diretrizes para Parto Cesariana**. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>. Acesso em: 14 maio 2020.

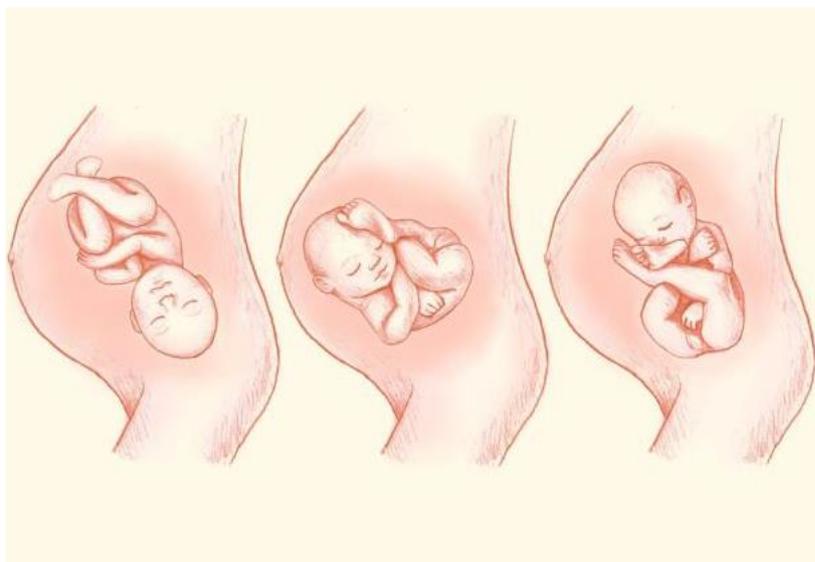


Figura 1 - A segunda e a terceira ilustração correspondem de forma respectiva à posição transversal e pélvica.<sup>51</sup>

Quando há herpes genital com lesão ativa no trabalho de parto para evitar a cegueira neonatal.<sup>52</sup>

Por sua vez, o parto de cócoras é aquele em que a parturiente se agacha no momento das contrações com o objetivo de alívio das dores causadas por essas. Há também a opção de permanecer sentada durante o trabalho de parto<sup>53</sup>.

Nesse tipo de parto, a principal vantagem é a possibilidade de deixar o osso sacro mais leve para viabilizar os movimentos, facilitando a passagem do feto, além da diminuição das chances de ruptura do períneo e a contribuição para a expulsão do bebê, pois usa-se a força da gravidade a favor da parturiente. É recomendável para esse tipo de parto a realização de atividades físicas supervisionadas no pré-natal, para que sejam fortalecidas a bacia e as pernas<sup>54</sup>.

Já o parto de Leboyer tem como característica um ambiente aquecido, conversas sussurradas e acompanhamento pela parturiente do parto por meio de um aparelho oferecido.

<sup>51</sup> LEONARDI, Carla. Entenda as posições em que o bebê pode estar na hora do parto. **Bebê.com.br**. 28 out. 2016. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/entenda-as-posicoes-em-que-o-bebe-pode-estar-na-hora-do-parto/>. Acesso em: 03 jul. 2020.

<sup>52</sup> VARELLA, Drauzio. Herpes Genital na Gravidez. **UOL**. 21 nov. 2016. Disponível em: [https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/herpes-genital-na-gravidez-artigo/#:~:text=Em%20casos%20de%20herpes%20genital,\(HSV\)%20tem%20consequ%C3%A2ncias%20graves](https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/herpes-genital-na-gravidez-artigo/#:~:text=Em%20casos%20de%20herpes%20genital,(HSV)%20tem%20consequ%C3%A2ncias%20graves.). Acesso em: 14 maio 2020.

<sup>53</sup> MOREIRA FILHO, Alonso Augusto; OLIVEIRA, Vandenise Krepker de. Parto de Cócoras: como é? Quais as vantagens e desvantagens? Como evolui? **ABC MED**. 04 ago. 2014. Disponível em: [https://www.abc.med.br/p/gravidez/558952/parto-de-cocoras-como-e-quais-as-vantagens-e-desvantagens-como-evolui.htm#:~:text=O%20parto%20de%20c%C3%B3coras%2C%20ou,usual%20mant%C3%A9m%20se%20de%20c%C3%B3coras](https://www.abc.med.br/p/gravidez/558952/parto-de-cocoras-como-e-quais-as-vantagens-e-desvantagens-como-evolui.htm#:~:text=O%20parto%20de%20c%C3%B3coras%2C%20ou,usual%20mant%C3%A9m%20se%20de%20c%C3%B3coras.). Acesso em: 14 maio 2020.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

O bebê é acolhido com afeto, sem técnicas e movimentos bruscos e o cordão umbilical é conservado enquanto se mantiver com pulsão. Em seguida, o bebê é levado a um banho quente, aparentando as peculiaridades do útero e, se possível, é levado para sugar as primeiras gotas de leite. É importante ressaltar que essas técnicas são as únicas que podem ser utilizadas nos demais tipos de partos<sup>55</sup>.

### 2.5.2 Parto normal, parto dentro d'água, parto a fórceps

O parto normal, por sua vez, é aquele em que a chegada do bebê ocorre de maneira natural e é o mais recomendado, pois se dá por meio das contrações que a auxiliam na expulsão do útero e na saída pelo canal vaginal. Todavia, geralmente é realizado em hospitais ou maternidades. É possível a indicação e aplicação de pequenas doses de anestesia e/ou de analgésicos para que a parturiente possa aguentar as dores. Tal parto é considerado muitas vezes devido à sua recuperação ser mais rápida, possibilitando um retorno mais ágil da mulher às suas atividades<sup>56</sup>.

Já o parto dentro d'água, é considerado o mais natural pelo fato de o feto, desde a sua geração e durante toda a gravidez, viver no ambiente líquido. Além disso, o bebê, após essa suposta transição, não corre risco de se afogar, já que no momento do nascimento ainda respira por meio do cordão umbilical por pelo menos 20 segundos.

É ainda relevante, nesse tipo de parto, a temperatura da água, que deve ser aquecida aproximadamente a 36°C, atenuando, dessa maneira, a dor sentida nas contrações pela parturiente. Inclusive, na maioria dos casos, pode ser desnecessário o uso de qualquer tipo de anestesia<sup>57</sup>.

O parto a fórceps é realizado quando é extremamente necessário para salvar a vida da mãe e do bebê, e é feito, em sua maioria, em maternidades públicas em que o médico tenta agilizar a chegada do bebê e, ainda assim, utilizar do parto normal. É importante ressaltar que o fórceps

---

<sup>55</sup> FIEL, Luciana; MORAIS, Jershon. **Da Gestação ao Nascimento do Bebê**. Viçosa: Centro de Produções Técnicas, 2001, p. 51.

<sup>56</sup> SILVA, Rafaela Camila Freitas da *et al.* Satisfação no Parto Normal: encontro consigo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, out./2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100450](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100450). Acesso em: 17 maio 2020.

<sup>57</sup> FIEL, Luciana; MORAIS, Jershon. *Op.cit.*, p. 52.

é um instrumento capaz de encaixar o bebê por meio de uma ventosa, para puxá-lo do ventre materno, “facilitando” assim sua expulsão<sup>58</sup>.

## 2.6 DIREITOS DA PARTURIENTE

Há inúmeros direitos da parturiente a serem observados, destacam-se entre eles:

### 2.6.1 Direito à analgesia e direito à caderneta de gestante

O direito à analgesia, disposto na Resolução 36/2008 da ANVISA, determina que todos os estabelecimentos de saúde tenham disponível o material analgésico para parto normal e ainda maneiras não farmacológicas para obter o alívio da dor solicitado pela parturiente<sup>59</sup>.

O direito à caderneta da gestante corresponde à assistência realizada no Sistema Único de Saúde, que consiste em boas práticas no pré-natal, parto e nascimento de acordo com a *Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher*<sup>60</sup>.

A caderneta é um meio informativo, descritivo e explicativo, que traz as devidas orientações e também esclarecimentos de possíveis dúvidas gerais entre as gestantes, como cuidados com a gestação, parto e puerpério, amamentação, planejamento reprodutivo, informações sobre o que é um atendimento humanizado no pré-natal, acolhimento hospitalar, além de direitos civis e trabalhistas da gestante<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. O Fórcepe Ainda é Necessário? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 4, dez./2002, p. 37. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302002000400025](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400025). Acesso em: 17 maio 2020.

<sup>59</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 03 jun. 2008. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 10 jun. 2020.

<sup>60</sup> BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF. 2004, p. 62. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 17 maio 2020.

<sup>61</sup> SANTOS NETO, Edson Theodoro dos *et al.* O Que os Cartões de Pré-natal das Gestantes Revelam Sobre a Assistência nos Serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, set./2012, p. 1650. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 17 maio 2020.

Acompanha também um cartão de acompanhamento do pré-natal que registra todas as consultas clínicas e odontológicas realizadas, os resultados de exames, a carteira de vacinas, entre outras informações relevantes<sup>62</sup>.

Ela se torna, portanto, um dispositivo de apoio para o acompanhamento das consultas pelo profissional de saúde, devendo dessa maneira, ser utilizada por todos. Seu uso facilita uma combinação entre esses profissionais e a gestante, até mesmo por meio de textos simplificados e figuras que exemplifiquem e aproximem tal relação.

### 2.6.2 A presença de acompanhante

A Lei 11.108/2005<sup>63</sup> dispõe que toda mulher tem direito a um acompanhante, indicado por ela, em todos os estabelecimentos de saúde - seja ele público ou complementar -, considerando o disposto na Lei 8.080/1995, que trata do atendimento no Sistema Único de Saúde e também a ordem denegada pela Agência Nacional de Saúde (RDC 36/2008), aplicada nos hospitais particulares ou de planos de saúde. Logo, não se pode negar esse direito em um hospital público ou ainda cobrar o pagamento além do previsto para usufruir dele.

Além disso, o acompanhante é escolhido de forma livre pela mulher, independentemente do sexo, sendo admitido tanto nos partos normais como também nas cesarianas. Além disso, esse acompanhamento pode ocorrer durante todo o processo dentro do hospital, inclusive até 10 dias após o parto. Cabe destacar que a possível falta de instalações no estabelecimento de saúde não pode ser empregada como justificativa a denegar o direito ao acompanhante. Ademais, a presença de um acompanhante da confiança da mulher previne e inibe a violência obstétrica e pode ser exigida em hospitais públicos, privados, militares, civis e inclusive em hospitais-escola<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> SANTOS NETO, Edson Theodoro dos *et al.* *Op.cit.*, p. 1650.

<sup>63</sup> BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF. 07 abr. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 12 maio 2020.

<sup>64</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília. 2001, p. 65. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

### 2.6.3 A presença de doula

Conforme citado, existe a Lei nº 11.108/2005, que garante a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e pós-parto, todavia, a defesa da presença da doula durante o trabalho de parto ocorre em vários estados. Há diversos projetos de lei sendo sancionados para que maneirasse garanta mais um direito às parturientes.

A grande dificuldade pode ser observada quando os médicos pregam para as pacientes que a Lei do Acompanhante permite apenas 01 (um) acompanhante por gestante, no entanto, a doula não pode ser enquadrada como acompanhante, pois, conforme notado nos projetos de Lei dos estados de São Paulo, João Pessoa, Rio de Janeiro, assim como na Lei municipal de Blumenau e a Lei distrital do Distrito Federal, a doula não se confunde com o a figura do acompanhante previsto na Lei 11.108/2005<sup>65</sup>.

A doula é, sim, uma acompanhante de parto, todavia, treinada para isso e ainda é conceituada como profissão de acordo com a previsão na Classificação Brasileira de Ocupação, código 3221-35. Cumpre também um papel fundamental no momento do pré-parto, auxiliando nas pesquisas, nas dúvidas, apoiando a mulher psicologicamente durante toda a gestação e, durante o trabalho de parto, traz a segurança que outro acompanhante não é capaz de prover. O contrário também é válido, pois cada um tem um papel relevante, questão que os profissionais da saúde precisam compreender<sup>66</sup>.

Se for levado em consideração o significado de doula, que é “aquela que serve”, tal compreensão fica mais simples, pois ela atende a gestante e também a família durante toda a gestação, o parto e o puerpério, acompanhando a recuperação e passando dicas e orientações.

Com essa relevância, algumas leis foram aprovadas, como por exemplo: a Lei nº 7.946 de 6 de fevereiro de 2014, que prevê a presença da doula e aplicação de sanções administrativas no caso de descumprimento, que vão desde a advertência até multas que podem chegar a R\$ 2.000,00 (dois mil reais) em Blumenau-SC; o Projeto de Lei nº 907/2015 que foi aprovado na Câmara Municipal de João Pessoa-PB no dia 16/09/2015, que prevê a presença das doulas em hospitais públicos e particulares; o Projeto de Lei nº 250/2013 que também foi aprovado na cidade de

---

<sup>65</sup> SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na Assistência ao Parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, set./2009, p. 583. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300018](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300018). Acesso em: 20 maio 2020.

<sup>66</sup> *Ibidem*, p. 587.

São Paulo, SP; a Lei nº 11.128/2015 do município de Sorocaba-SP; a Lei nº 5.534/2015, do Distrito Federal-DF, que criou o Estatuto do Parto Humanizado e garante o direito não só à doula, como também ao tratamento humanizado no pré-parto, parto e pós parto, em concordância com o que prevê a Rede Cegonha; a Lei nº 3.657 de 09 de novembro de 2015 de Rondônia-RO, que dispõe sobre a presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado; a Lei nº 8.490/2015 de 30 de setembro de 2015 de Jundiá-SP, que permite, nas condições que especifica, acesso de doulas em estabelecimentos onde se realizam partos e serviços correlatos; a Lei nº 9.065 de 22 julho 2015 de Poços de Caldas-MG; a Lei nº 8.228, de 19 de setembro de 2014 de Rondonópolis-MT; a Lei nº 4.072 de 04 de agosto de 2014 do Estado do Amazonas e, por fim, da Lei nº 3.134/201544 no município de Santos-SP.

Dessa maneira, a violação da lei acarreta sanções administrativas conforme o disposto nos textos legais, como também processo de indenização por violência obstétrica. Além disso, a presença da doula reduz o tempo do trabalho de parto, o uso de fórceps ou vácuo-extrator, as demandas de analgesia, as cesáreas e aumenta os resultados favoráveis em partos<sup>67</sup>.

Incluir a doula, que é uma acompanhante de parto treinada para dar suporte físico e emocional necessário à mulher, reduz as complicações no trabalho de parto e, conseqüentemente, as possíveis intervenções que possam prejudicar a autonomia e as funções fisiológicas da parturiente. Todavia, a inclusão desse tipo de profissional no cenário obstétrico submete-se a iniciativas legislativas que ainda são poucas perto do caráter de urgência resultado dos registros de violência reportados<sup>68</sup>.

Outra questão a ser discutida e cuidadosamente analisada são as chances de haver possíveis “vendas casadas” entre um médico particular ou um hospital de saúde complementar tendo em vista a presença de uma doula. Cria-se, então, uma ideia de falsa humanização, pois pode-se até, em tese, garantir a presença da doula, todavia, somente se um determinado profissional de saúde ou estabelecimento venha a ser contratado. Isso traz também, de certa forma, um conceito

---

<sup>67</sup> FERREIRA, Ruth Rodrigues. **A Lei do Acompanhante e a Presença da Doula**: temos que falar sobre isso. 14 jan. 2016, p. 02. Disponível em: <https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2016/01/14/a-lei-do-acompanhante-e-a-presenca-da-doula/>. Acesso em: 20 maio 2020.

<sup>68</sup> *Ibidem*.

de humanização viciado, uma vez que a pura e simples presença da doula, sem que possua autênticas condições de contribuir com o trabalho de parto, não possui valor<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. *Op.cit.*, p. 585.

### 3 A PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica se caracteriza pela apropriação do corpo da mulher, pelos médicos e enfermeiros ou aqueles que prestam serviços obstétricos, por meio de negação de atendimento, omissões de informações, procedimentos sem o seu consentimento, abuso de medicações e/ou utilização de remédios inadequados, em um momento de completa desvantagem da parturiente. Esta, por sua vez, tem sua autonomia, liberdade de escolha e controle do seu corpo e da sua sexualidade suprimidos, gerando traumas físicos e psicológicos para a vida inteira<sup>70</sup>.

Nesse sentido, a violência obstétrica pode ser dividida em: violência psicológica, gerada pela agressão física ou lesão corporal, por exemplo; violência sexual, quando alguma ação viola a integridade e a intimidade da parturiente; e violência física, por meio de condutas violentas que causem danos à mulher e ao feto.

#### 3.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

O aspecto psicológico pode ser tanto resultado das consequências geradas pela agressão física ou lesão corporal, quanto devido aos maus tratos e xingamentos praticados pelos profissionais de saúde, como: comandos para que fique calada, para que não se mexa ou ainda que não expresse sua dor. Também se incluem os inúmeros exames de toque que são realizados repetitivamente por vários profissionais, a proibição de ingerir líquidos e ainda, a proibição da presença de um acompanhante garantido, todas maneiras de prejudicar a saúde psíquica da parturiente<sup>71</sup>.

Essas são condutas que, ainda que de forma verbal ou comportamental, causam na mulher sentimentos de inferioridade, abandono, insegurança, vulnerabilidade, entre outros. Tais atitudes podem ainda causar aversão a profissionais da saúde, hospitais e até mesmo inibi-las

---

<sup>70</sup> VENEZUELA. **Lei nº 38.668**, de 23 de abril de 2007. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 23 maio 2020.

<sup>71</sup> LANSKY, Sônia *et al.* Violência Obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, ago./2019, p. 2811. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802811](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811). Acesso em: 23 maio 2020.

quanto aos atos da vida sexual, pois há uma grande manipulação da parte íntima durante o trabalho de parto.

### 3.2 A SEXUALIDADE

Há violência sexual toda vez que uma ação é imposta à mulher de modo a violar sua intimidade e afetar seu senso de integridade sexual e reprodutiva, independentemente do acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas. Tem-se como exemplos: a famigerada episiotomia, os exames de toques invasivos desnecessários e os constantes assédios, a cesariana sem consentimento, entre outros<sup>72</sup>.

Andrade e Aggio (2014) entendem que a violência obstétrica não é ainda assumida como um ato de violência, já que no próprio momento que em ela acontece, há também momentos marcantes para as mulheres que, de alguma forma, contribuem para que elas se calem. Diante disso, é necessário tratar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, principalmente no pré-natal, para que sejam tomadas as devidas deliberações quanto ao seu corpo e que, conseqüentemente, possam alegar fatos que disponham de desrespeito<sup>73</sup>.

Considerando novamente a episiotomia, a própria federação de Obstetrícia e Ginecologia (FEBRASGO), em maio de 2009, pronunciou-se por meio de um parecer técnico e recomendou expressamente a de não realização da episiotomia nos partos normais, devido aos prejuízos físicos que o procedimento causa, tais como a perda da sensibilidade e a dispareunia (dores durante as relações sexuais)<sup>74</sup>.

### 3.3 ASPECTOS FÍSICOS

Os aspectos físicos merecem ser destacados, pois se dão por meio de condutas violentas e que geram danos, na maioria das vezes, irreversíveis, além de favorecerem o aumento de

---

<sup>72</sup> PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, mar./2008, p. 47. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eann/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

<sup>73</sup> PORTELA, Ana Rebeca Paulino; SILVA, Emanuela Nascimento. **A psicologia dialogando com a violência obstétrica e o direito da mulher**: uma revisão bibliográfica. Recife: Editora Companhia das Letras, 2010, p. 15.

<sup>74</sup> *Ibidem*, p. 17.

mortalidade materna, visto que cooperam com infecções e hemorragias. Também acarretam perda de sensibilidade, como é o caso das episiotomias, destacadas em breve.

São, então, consideradas condutas violentas: a Episiotomia, a Manobra de Kristeller, a Cirurgia Cesariana Desnecessária e a Falta de Atendimento no Abortamento<sup>75</sup>.

Quanto à Manobra de Kristeller, essa é uma prática em que um dos profissionais de saúde se coloca sobre a mulher e pressiona sua barriga empurrando o bebê para o canal vaginal para que a sua saída seja mais rápida<sup>76</sup>.

Em uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, foi constatado que a prática da manobra de Kristeller ocorre em 36% dos partos vaginais, sendo realizada também entre nascidos vivos sobreviventes (os chamados *near miss* neonatais –um evento que quase resulta na morte do recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida)<sup>77</sup> e nos óbitos neonatais, o que permite que se relacione tal procedimento a desfechos negativos perinatais.

Assim, trata-se de um procedimento desaconselhável, por força de um consenso mundial, pois causa um alto impacto negativo na mulher e no bebê, já que esse muitas vezes pode ser vítima de traumatismos graves, como clavículas ou costelas fraturadas, resultado do impacto físico causado pela manobra<sup>78</sup>. Logo, apesar de ser realizado tal procedimento, não é recomendado, visto que é fator de diversos dilemas que colocam em risco a vida do bebê e o conforto da mãe.

Quanto aos medicamentos desnecessários, é significativo destacar o uso da ocitocina, que é um hormônio que acelera o processo de contrações do útero e que, conseqüentemente, acelera o parto. Todavia, o próprio corpo é capaz de produzir tal hormônio e, se aguardado o tempo natural, não há motivo para injetá-lo na mulher. Nota-se, com isso, que o dinamismo do parto e sua industrialização estão contra os direitos da mulher no parto e sua autonomia<sup>79</sup>.

Já o popular corte no períneo, comumente realizado nos partos vaginais, chamado de episiotomia, serve para aumentar a passagem do bebê. Trata-se de um procedimento doloroso e invasivo, mas que apesar disso, é comum e ainda é tido como um agrado aos parceiros. Sua

---

<sup>75</sup> SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica**: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Editora Artemis, 2015, p. 15.

<sup>76</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Brasília, DF. 2012, p. 103. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

<sup>77</sup> SILVA, Antônio Augusto Moura da *et al.* Morbidade Neonatal *Near Miss* na Pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, jan./2014, p. 183. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300023&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 27 maio 2020.

<sup>78</sup> *Ibidem*.

<sup>79</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 96.

incidência é de 53,5% nos partos vaginais no Brasil, sendo que a recomendação da Organização Mundial da Saúde é de que não ultrapasse os 10%<sup>80</sup>.

O julgado a seguir é um exemplo de que há o emprego de paradigma em ações posteriores que possuem o mesmo sentido. Assim, perpetua-se no meio jurídico um entendimento de que o procedimento seja necessário, ao contrário do que se compreende no âmbito da saúde visto que, há um consenso sobre a ineficácia e os danos às partes fisiológica e sexual da mulher.

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. PRELIMINAR E MÉRITO. MÉDICO. ERRO MÉDICO. PARTO NORMAL. EPISIOTOMIA. POSTERIOR INCONTINÊNCIA FECAL. AUSÊNCIA DE PROVA DO NEXO CAUSAL. INEXISTÊNCIA DE CULPA MÉDICA NO PROCEDIMENTO. 1.PRELIMINAR. Não há falar em nulidade da sentença, por ofensa ao princípio da identidade física do juiz, quando substituído aquele que prolatou a sentença. Inexistente qualquer prejuízo especificado às partes. Relatividade do princípio reconhecida. 2. Na prestação indenizatória fundada em erro médico movida contra o profissional incide o art. 14, §4º, do CDC, segundo o qual ‘a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa’. 3. Na hipótese em análise, demonstrada a inexistência de falha no serviço, já que foi observada a técnica adequada, seguindo-se os procedimentos médicos recomendados, não havendo como imputar-se responsabilidade. A arte médica, no caso, autoriza e até recomenda a realização de episiotomia justamente para prevenir lacerações aleatórias no assoalho pélvico, não raras e decorrentes muitas vezes da própria gestação. Prova pericial que não estabelece nexo causal entre o procedimento e a lesão, demonstrando, ainda, que não houve incorreção. 4. Prova pericial e testemunhal confirmatórias da retidão dos procedimentos realizados, afastando de forma contundente a existência de indícios de culpa nos que se mantém. Apelação desprovida. (Apelação Cível nº 70049094063 – 9ª Câmara Cível – Comarca de Santa Cruz do Sul – TJ/RS)<sup>81</sup>.

Ademais, a episiotomia deveria ser realizada somente com a autorização expressa da parturiente, além de não ser recomendada, como mostram estudos que condenam essa prática por não ter seus benefícios comprovados. Também podem provocar mutilação genital, trazendo sequelas físicas e emocionais irreversíveis<sup>82</sup>.

Conforme o demonstrado, na maioria das vezes, esses procedimentos são executados sem o consentimento da parturiente, por se encontrarem desprovidas de informações quanto a sua real necessidade e ao risco gerado à sua saúde. Tampouco possuem a ciência da necessidade de sua autorização para que essas condutas possam ocorrer, o que demonstra o quanto a mulher tende a se esforçar para exercer de fato a sua autonomia, ainda que sobre o seu próprio corpo. Dessa maneira, é desrespeitada como cidadã, pois considera-se sua capacidade civil suspensa por força

<sup>80</sup> *Ibidem*, p. 80.

<sup>81</sup> SILVA, Antônio Augusto Moura da *et al.* *Op.cit.*, p. 183.

<sup>82</sup> BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando Sobre Violência Obstétrica**. São Paulo, SP. 2018, p. 09. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha\\_VO\\_JUL\\_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf). Acesso em 05 jun. 2020.

de todas essas condutas violentas, suprimindo, então, todas as suas garantias legais, ainda que se mantenha plenamente capaz e titular de direitos.

### **3.3.1 Violência obstétrica no abortamento, omissão de informações e falta de consentimento da paciente**

É importante frisar que a violência obstétrica não ocorre somente no trabalho de parto; no processo de abortamento também é possível observamos mulheres vítimas em seu atendimento. Muitas vezes, inclusive, este não é humanizado, ainda que seja garantido pela Norma Técnica do Ministério da Saúde<sup>83</sup>, que afasta toda forma de preconceito e discriminação que possa resultar em alguma negação, omissão ou desumanização no atendimento à mulher.

Na hipótese do aborto retido ou incompleto, o profissional de saúde deve proceder com métodos humanizados que garantam o alívio da dor física por meio de anestesia (se necessária) e da utilização do AMIU, que consiste em um aparelho de aspiração manual intrauterina, sugerido nas normas técnicas do Ministério da Saúde<sup>84</sup>.

A identificação da violência obstétrica no abortamento se observa por meio de questionamentos realizados pelo profissional de saúde, como por exemplo, sobre a causa do abortamento se o ato foi provocado ou não. Além disso, podem ser consideradas como violência obstétrica casos em que há ameaças e acusações que causam sentimento de culpa na mulher pelo o aborto ou quando o profissional estabelece algum condicionamento de atendimento por uma possível confissão de um aborto provocado. Por fim, destacam-se também a realização de procedimentos invasivos e dolorosos sem o consentimento da mulher ou com a ausência de anestesia<sup>85</sup>.

Já a omissão de informação e a falta de consentimento da parturiente nada mais é do que uma das faces da violência obstétrica. Para que a parturiente faça escolhas de forma coesa e livre de imposições que, de alguma forma, suprimam sua autonomia, é imprescindível e ideal que haja prestação de informação clara pelos médicos e enfermeiros. Entretanto, a realidade nos hospitais e nas relações médico-paciente tem sinto muito distante desse ideal, uma vez que

---

<sup>83</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília, DF. 2011, p 15. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf). Acesso em: 27 maio 2020.

<sup>84</sup> *Ibidem*, p. 30.

<sup>85</sup> BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Op.cit.*, p. 09.

médicos e enfermeiros realizam procedimentos e tomam decisões importantes sem que haja o consentimento da parturiente<sup>86</sup>.

Durante a pesquisa de campo, pudemos constatar que as pacientes não eram consultadas nas tomadas de decisão com relação à realização de qualquer procedimento cirúrgico ou acerca de quem na equipe iria executar esses procedimentos. Raramente sabiam o nome de qualquer profissional da equipe médica, muito menos se se tratava de um médico ou um estudante de medicina. Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias<sup>87</sup>.

Um fato que ratifica esse contexto vivido pelas mulheres na atualidade é a omissão de muitos hospitais e clínicas, que prestam serviços de assistência obstétrica à mulher e não possuem ou omitem da parturiente o partograma. Tal documento é de suma importância, pois permite o acompanhamento gráfico do trabalho de parto e ainda “é um instrumento de importância fundamental no diagnóstico dos desvios da normalidade”<sup>88</sup>.

Nesse sentido, é irrefutável que haja a prestação de informação clara tanto pelo médico quanto pelos órgãos de saúde do Estado à mulher para que, de fato, tenha-se uma escolha consciente no durante todo o momento gestacional.

### 3.3.2 Episiotomia, Manobra de Kristeller e Posição litotômica

A episiotomia, como apontado acima, é um corte no períneo, que se encontra entre a vagina e o ânus, normalmente realizado nos partos vaginais servindo para aumentar a passagem do bebê. No entanto, essa cirurgia é realizada deliberadamente e, em muitos casos, sem que haja necessidade, como se fosse algo próprio do parto. No Brasil, por exemplo, pesquisas indicam que a episiotomia é realizada em 94% dos partos normais<sup>89</sup>.

Esse procedimento é utilizado desde meados do século XX usualmente e como se fosse parte do processo do parto. Porém, desde 1980, já haviam estudos científicos que recomendavam e defendiam a extinção da episiotomia de forma deliberada e sem indicações. Inclusive,

<sup>86</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 101.

<sup>87</sup> HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A Formação em Obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto.** Tese (Doutorado em Medicina). Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2007, p. 276. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

<sup>88</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília. 2001, p. 44. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

<sup>89</sup> BRASIL. 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.** Brasília, DF. 2009, p. 161. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Acesso em: 30 maio 2020.

recomendava-se já nessa época que essa cirurgia fosse realidade em 10% a 15% dos partos normais, uma disparidade em relação aos índices do momento atual<sup>90</sup>.

Não obstante ao fato de que a episiotomia é ainda utilizada rotineiramente, sem que haja indicações, tem-se que, usualmente, a mulher não é informada sobre os riscos, possíveis efeitos ou outros meios alternativos. Tampouco há o consentimento da parturiente ou a autorização desta<sup>91</sup>.

Resta claro que não há fundamento para a realização da episiotomia de forma rotineira, uma vez que já fora comprovada que essa intervenção não traz benefícios para a gestante nem para o bebê, além de trazer dor e desconforto desnecessários, a vulnerabilidade a riscos e complicações no pós-parto<sup>92</sup>. Ademais, esse procedimento, por si próprio, é considerado um trauma de segundo grau<sup>93</sup>.

Na tentativa de conservar a episiotomia em algo habitual ao parto, médicos alegam que, caso esse procedimento não seja realizado, podem-se acarretar sérios danos às parturientes, como lacerações graves. Considera-se ainda que a episiotomia previne a incontinência urinária e fecal. No entanto, nenhuma dessas alegações possuem fundamentos científicos<sup>94</sup>. Inclusive, existem estudos que revelam que a realização da episiotomia acarreta implicações contrárias, como provocação da incontinência urinária, fecal e flatos<sup>95</sup>.

Não obstante esse procedimento invasivo e desnecessário, existe ainda o que se chama de “ponto do marido”, que se refere a um ponto mais apertado, durante a sutura da episiotomia. Esse ponto deixa a vagina mais “apertada” com o intuito tão somente de assegurar o prazer masculino após o parto<sup>96</sup>.

Importa ressaltar que, além de ser um procedimento invasivo e violador, em razão de muitas vezes não haver consentimento da mulher, usualmente, muitas gestantes são submetidas à

---

<sup>90</sup> DINIZ, Simone G. **Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais**: o caso da episiotomia no Brasil. out./2005, p. 01. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sdiniz.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

<sup>91</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 80.

<sup>92</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O Corte por Cima e o Corte por Baixo**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Vol. 01, n. 01, jan./2006, p. 85. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo). Acesso em: 30 maio 2020.

<sup>93</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 82.

<sup>94</sup> *Ibidem*.

<sup>95</sup> AMORIM, Melania Maria Ramos; KATZ, Leila. O Papel da Episiotomia na Obstetrícia Moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, ago./2008, p. 49.

<sup>96</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 85.

realização da episiotomia sem sequer haver o uso da anestesia, agravando ainda mais os danos físicos e psicológicos à parturiente<sup>97</sup>.

Fica evidente que as parturientes estão tendo sua integridade corporal e seus direitos sexuais e reprodutivos violados com a realização da episiotomia de rotina, em um momento tão delicado e de extrema vulnerabilidade, quando a informação clara e precisa é fundamental para um parto consciente, para a integridade física da mãe e também para a sua autonomia como mulher. Qualquer situação diferente dessa só irá acarretar traumas psicológicos e físicos à parturiente, consistindo em violência obstétrica física, psicológica e sexual<sup>98</sup>.

Já a Manobra de Kristeller é uma das mais variadas formas de violência obstétrica. Essa manobra é uma prática em que o médico ou a enfermeira se coloca sobre a mulher e pressiona sua barriga empurrando o bebê para o canal vagina ou empurrando sua barriga com o peso dos membros superiores para que a sua saída seja mais rápida<sup>99</sup>.

Em 2017, a manobra de Kristeller foi considerada contraindicada pelo Ministério da Saúde (OMS), uma vez que não há comprovação de que seja eficaz para mulher, mas apenas mais uma forma de violentar a mulher durante o parto. Além disso, profissionais da área de saúde afirmam que, além de não ter benefícios, a manobra pode causar danos para a parturiente e para o bebê, como fratura de costelas e hemorragias<sup>100</sup>.

A pressão feita durante o parto sobre o abdome da mulher, na altura do útero, é desaconselhada. Estudos demonstram que a técnica, além de não ser eficiente, pode provocar danos à mãe (fratura de costelas, hematomas, hemorragias, prolapso urogenital) e ao bebê (fratura de costelas, aumento da pressão intracraniana, hemorragias, sofrimento fetal)<sup>101</sup>.

São muitas as complicações que esse procedimento pode acarretar à mulher, como dor abdominal persistente após o parto, escoriações abdominais, ruptura de baço, ruptura de fígado, entre tantos outros<sup>102</sup>. Ainda assim é uma prática muito utilizada no Brasil e mais uma violência de caráter físico e psicológico causada à parturiente.

---

<sup>97</sup> *Ibidem*, p. 86.

<sup>98</sup> *Ibidem*, p. 82-83.

<sup>99</sup> *Ibidem*, p. 103.

<sup>100</sup> FORMENTI, Lígia; CAMBRICOLI, Fabiana. Ministério da Saúde Lança Diretrizes Contra Manobras Agressivas em Partos. Estadão **Notícias**. 06 mar. 2017. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contr-manobras-agressivas-em-partos,70001688083>. Acesso em: 03 jun. 2020.

<sup>101</sup> *Ibidem*.

<sup>102</sup> FIOCRUZ. **Deixar de fazer Manobra de Kristeller**: por que e como? 2018, p. 01. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29744/2/DEIXAR%20DE%20FAZER%20MANOBRA%20DE%20KRISTELLER.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

### 3.3.3 Posição litotômica uso indiscriminado da ocitocina

A Resolução nº 36/08 da ANVISA, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, indica que deve ser escolhida a posição que quer ficar durante o parto, reafirmando a autonomia que precisa ser conferida às mulheres durante esse momento.

9.6 na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

9.6.6 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos<sup>103</sup>.

A posição litotômica e supina são posições em que as mulheres ficam de barriga para cima, na horizontal<sup>104</sup>. Ainda que essa posição traga malefícios à mãe e ao bebê, pesquisas demonstram que 91,7% das parturientes parem nessa posição, ao passo que os estudos científicos recomendam posições verticalizadas<sup>105</sup>.

Incentivar à mulher a se movimentar durante o trabalho de parto e encorajá-la a escolher posições durante o parto é conferir à parturiente autonomia e, com isso, auxiliar o nascimento do bebê<sup>106</sup>. Além disso, estudos científicos indicam que as posições verticais facilitam e contribuem para o parto.

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto. 1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto. (BRASIL, 2001)<sup>107</sup>.

Nesse sentido, a organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda que algumas práticas sejam abolidas durante o trabalho de parto, uma vez que são prejudiciais e não possuem eficácia, como o “uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto” e o “uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto”<sup>108</sup>.

<sup>103</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 03 jun. 2008. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 10 jun. 2020.

<sup>104</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 107.

<sup>105</sup> FIOCRUZ. **Pesquisa Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2014, p. 08. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_943835885.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020.

<sup>106</sup> FORMENTI, Lígia; CAMBRICOLI, Fabiana. *Op.cit.*

<sup>107</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília. 2001, p. 125. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

<sup>108</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra: 1996, p. 41.

Portanto, é imprescindível que seja conferida à mulher autonomia durante o parto, para que ela tenha liberdade de escolher e saber se defender diante das imposições dos profissionais de saúde em um momento de extrema vulnerabilidade.

Em relação ao uso indiscriminado da ocitocina, como já citado anteriormente, trata-se da administração do hormônio sintético com a finalidade de acelerar o trabalho de parto. No entanto, o corpo da mulher já produz esse hormônio, não havendo em grande parte das vezes, a necessidade de injetá-lo em forma de medicamento para acelerar as contrações no útero.

Isso ocorre habitualmente devido à grande demanda de trabalhos de parto nos hospitais e, com esse argumento, médicos veem a necessidade de acelerar o nascimento. Assim, na busca pela realização de uma maior quantidade de partos em curto espaço de tempo, a qualidade e o direito a um parto digno são suprimidos.

O uso indiscriminado e rotineiro da ocitocina sintética pode acarretar diversos riscos à parturiente, “como a taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar inclusive a rotura uterina”. Para o feto, pode causar “o sofrimento fetal agudo, motivado pela redução da perfusão sanguínea no espaço interviloso por taquissistolia e/ou hipertonia”<sup>109</sup>.

Em vista disso, é necessário que médicos primem pelo curso natural do parto, quando assim for possível, bem como por um trabalho de parto digno, conferindo autonomia à mulher para tomar decisões em relação a ela e ao seu bebê.

### **3.3.4 Falta de atendimento digno e amniotomia**

A caracterização da violência obstétrica no atendimento à parturiente pode ser observada no momento em que médicos, enfermeiros e todos aqueles que prestam serviços obstétricos negam atendimento à gestante em qualquer estágio da gestação, seja induzindo, decidindo o tipo do parto ou até realizando procedimento sem o seu consentimento.

Outra maneira que essa violência se revela habitualmente é no momento em que as mulheres entram em trabalho de parto e, na busca por hospitais e maternidades, não encontram vagas e

---

<sup>109</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília. 2001, p. 157. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

não são encaminhadas para um local que tenha vaga para atendê-la<sup>110</sup>. Essa situação diverge do que preconiza a Resolução nº 36/08 da ANVISA:

9.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

9.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002<sup>111</sup>.

Tem-se que “a peregrinação em busca de vaga é uma das principais causas de mortalidade materna”<sup>112</sup>. Isso só corrobora a ideia de que normas como essa supracitada não estão sendo efetivas e que as mulheres continuam constantemente tendo seus direitos cerceados.

A despeito disto, gestantes negras e/ou pobres sentem-se constantemente discriminadas pelos profissionais de saúde, tendo como consequência a obstrução do acesso ao serviço de saúde, enquanto parturientes, bem como a omissão de informações necessárias sobre a gestação e o trabalho de parto<sup>113</sup>.

A amniotomia, por sua vez, assim como o uso da ocitocina sintética, é muito utilizada para induzir e acelerar o início do trabalho de parto. Consiste em uma ruptura artificial das membranas amnióticas (rompimento da bolsa d’água) utilizada há muitos anos.

Contudo, esse procedimento, quando não realizado de forma correta, pode causar sérios danos à mãe e ao feto, como “aumento do risco de infecção amniótica e risco de acidente de cordão”<sup>114</sup>.

Muito embora essa prática tenha sido classificada como inapropriada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda é muito utilizado para indução e aceleração do parto<sup>115</sup>, o que evidencia os riscos desnecessários a que as mulheres e o bebê são expostos diariamente pelos profissionais de saúde, por meio de procedimentos inadequados, prejudiciais e ineficazes.

<sup>110</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 131.

<sup>111</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 03 jun. 2008. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 10 jun. 2020.

<sup>112</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 130.

<sup>113</sup> *Ibidem*, p. 135.

<sup>114</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília. 2001, p. 125. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

<sup>115</sup> HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A Formação em Obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese (Doutorado em Medicina). Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2007, p. 241. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

### 3.4 MERCANTILIZAÇÃO DO PARTO

Em razão de o parto ter se transformado em um evento hospitalar, para 98,4% da população brasileira, o nascimento acontece dentro de clínicas e hospitais, lugares esses que, nos últimos anos, passaram a considerar como “clientes” os pacientes. Isso demonstra que a saúde está deixando de ser um direito universal e um dever do Estado para se tornar um produto<sup>116</sup>, com a intenção pura e simplesmente de lucrar, sem considerar o bem-estar da mulher. E é essa estrutura empresarial que, ao invés de impedir ou prevenir a violência obstétrica, cria um ambiente conveniente para que tais condutas ocorram e se mantenham no decorrer dos anos. Logo, essa vertente financeira repercute no atendimento nas unidades de saúde, seja particular ou pública.

Considerando as competências e valores, o empregador sustenta a ideia de rigorosa hierarquia, além dos baixos níveis salariais aos que se dedicam à atividade do cuidar. Assim, a área da saúde faz com que os profissionais cumpram um trabalho rotineiro e massivo exigindo uma atenção constante e intensa durante toda a sua jornada de trabalho. Aliás, esses profissionais cumprem, geralmente, plantões de 12 horas e, algumas vezes, nem descansam nas 36 horas subsequentes, pois, diante do nosso contexto econômico, necessitam de outra fonte de renda<sup>117</sup>.

Isso interfere no possível e esperado afeto e na relação próxima com a paciente, já que o mais importante e pregado em sua maioria é apenas oferecer o produto da maneira como foi vendido, desconsiderando a identidade pessoal das parturientes. Cabe ainda diferenciar as demandas e procedimentos administrativos no atendimento pelo Sistema Único de Saúde e pelo Convênio Particular. Logo, para enfrentar a violência obstétrica, é indispensável observar a realidade de trabalho dos profissionais e compreender que, muitas, vezes as regras contidas na Consolidação das Leis do Trabalho regulam relações que impactam de forma direta na vida de todos os pacientes e não somente dos trabalhadores que têm necessidade de proteções e garantias legais<sup>118</sup>.

---

<sup>116</sup> VALLE, Daniela. Mercantilização da saúde e violência obstétrica. **Justificando**. 26 jun. 2017. Disponível em: <http://www.justificando.com/2017/07/26/mercantilizacao-da-saude-e-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

<sup>117</sup> REGIS, Lorena Fagundes Ladeia Vitória; PORTO, Isaura Setenta. A Equipe de Enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, ago./2006, p. 565. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400018&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 06 jun. 2020.

<sup>118</sup> VALLE, Daniela. *Op.cit.*

Além disso, é significativo observarmos os dias, os horários e épocas do ano em que ocorrem os partos normais e as cesarianas:

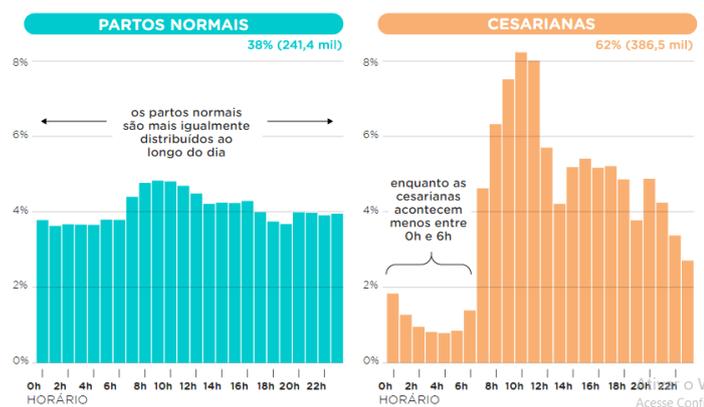


Figura 2 - Horários de nascimento por partos normais e partos cesarianas<sup>119</sup>

A partir dessa imagem, podemos observar que as cesarianas são realizadas em menos frequência durante a madrugada e que os partos normais possuem um número mais contínuo no decorrer de um dia. Esses dados podem ser completamente justificados se considerarmos as diferenças nos dinamismos do parto normal e da cesariana.

Ademais, considerando os dias da semana, os partos normais ocorrem também de maneira mais contínua se comparados com as cesarianas, conforme os dados que os gráficos a seguir apresentam:

<sup>119</sup> ALMEIDA, Rodolfo; ZANLORENSSI, Gabriel. Quais os dias e horários mais frequentes para partos normais e cesarianas. **Nexo Jornal**. 14 mar. 2018. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/grafico/2018/03/14/Quais-os-dias-e-hor%C3%A1rios-mais-frequentes-para-partos-normais-e-cesarianas>. Acesso em: 03 jul. 2020.

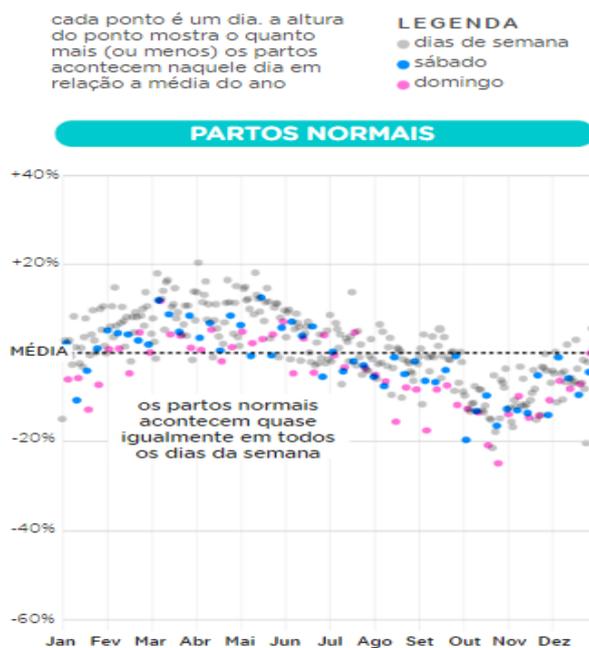


Figura 3 - Dias da semana em que nascem por meio do parto normal<sup>120</sup>

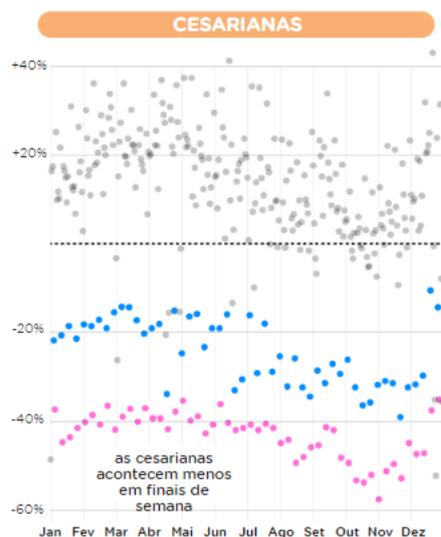


Figura 4 - dias da semana em que nascem por meio do parto cesárea<sup>121</sup>

Em as datas especiais, como feriados, também pode ser vista uma considerável diferença em relação aos números esperados em dias comuns:

<sup>120</sup> *Ibidem.*

<sup>121</sup> *Ibidem.*

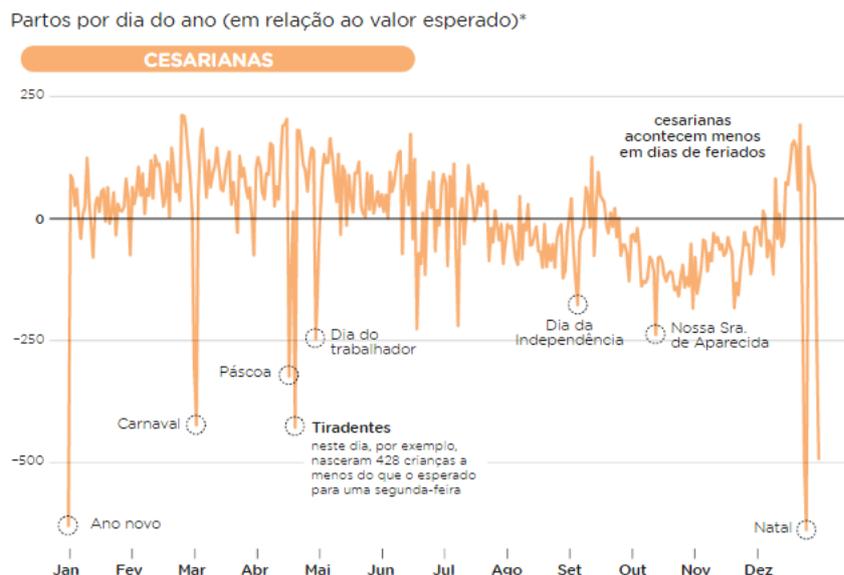


Figura 5 - Partos cesarianas por dia do ano<sup>122</sup>

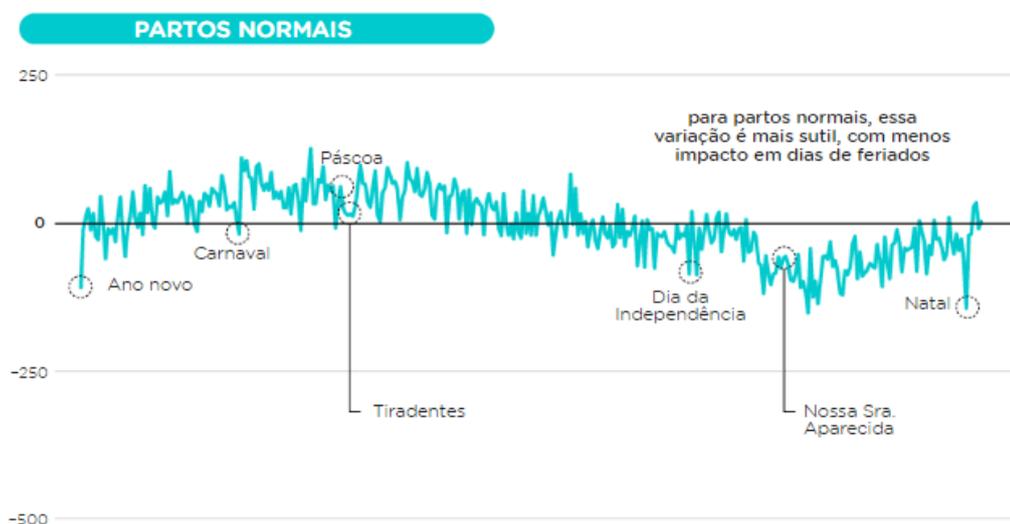


Figura 6 - Partos normais por dia do ano<sup>123</sup>

Vê-se que, em datas especiais como os feriados, o número de cesarianas passa a ser muito maior que o esperado em dias comuns, uma vez que esse tipo de procedimento é realizado com maior facilidade pelos os profissionais de saúde e que há alteração na dinâmica dos estabelecimentos hospitalares, principalmente em relação ao corpo de profissionais.

Para além disso, o alto índice de realização de cesáreas gerou uma preocupação aos órgãos de saúde, como o Ministério de Saúde (MS), que, com a finalidade de instruir as gestantes, criou em 2008 a campanha Parto Normal<sup>124</sup>. Tal iniciativa prevê que a cesariana só deve ser escolhida

<sup>122</sup> *Ibidem.*

<sup>123</sup> *Ibidem.*

<sup>124</sup> CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. **Ministério da Saúde Lança Campanha para Incentivar Parto Normal**. 07 maio 2008. p. 01. Disponível em:

nos casos em haja necessidade, devido aos inúmeros benefícios oferecidos pelo parto normal, que vão desde a melhor recuperação da mulher e redução do risco de infecção hospitalar até a menor incidência de desconforto respiratório para o bebê e sua melhor adaptação à vida extrauterina<sup>125</sup>.

Em consonância, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) afirma que “os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas”<sup>126</sup>.

Posto isso, resta claro que se deve primar sempre por uma efetiva e fundamentada autonomia da parturiente, informando-a sobre todos os riscos e benefícios de cada tipo de parto, para que a gestante possa exercer os seus direitos reprodutivos de forma consciente, conforme está expresso na Resolução CFM nº 2144/2016, em seu artigo 1º:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos<sup>127</sup>.

As indicações de cesariana são divididas em absolutas e relativas, e de acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, “falta de dilatação, cordão umbilical enrolado no pescoço, cesárea anterior, bacia estreita, nenhum desses motivos é considerado, como justificativas reais de cirurgia cesariana”. Doutor James Cadidé, da Comissão de Parto da Febrasgo ainda afirma que: “só existem duas indicações absolutas: a desproporção céfalo-pélvica e a apresentação prévia da placenta”<sup>128</sup>.

---

<https://www.crmpr.org.br/Ministerio-da-Saude-lanca-campanha-para-incentivar-parto-normal-11-2342.shtml>. Acesso em: 06 jun. 2020.

<sup>125</sup> BARCELLOS, Luiza Gonçalves; SOUZA, André Oliveira Rezende de; MACHADO, César Augusto Frantz. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, nov./2009, p. 497. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/513](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/513). Acesso em: 08 março 2020.

<sup>126</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=A06D2CA01C3D210ACFAFF28C527D4CC3?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=A06D2CA01C3D210ACFAFF28C527D4CC3?sequence=3). Acesso em: 27 maio 2020.

<sup>127</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, DF, 2016. p. 02. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

<sup>128</sup> FRANZIN, Adriana. Só há duas indicações absolutas de cesárea, diz médico da Federação de Obstetrícia. **Portal EBC**. 16 out. 2014. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2014/10/so-ha-duas-indicacoes-absolutas-de-cesarea-diz-medico-da-federacao-de>. Acesso em: 27 maio 2020.

Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina, na Resolução 2144/16 estabeleceu que a cesariana só poderá ser realizada a pedido da paciente a partir da 39ª semana de gestação<sup>129</sup>, de forma que um parto cesáreo anterior a esse momento poderia causar danos ao feto<sup>130</sup>.

Também é importante salientar que a finalidade deste trabalho não é condenar a cesariana, mas evidenciar que, em muitos casos e na maioria deles, a escolha da parturiente por esse tipo de parto é evitada de vício, pois as gestantes se submetem a vários tipos de imposições, optando pelo parto cesáreo a partir de uma falsa consciência e autonomia.

### 3.5 A RELAÇÃO MÉDICO – PACIENTE

No fim do século XIX, o médico passou a ser visto como um profissional cujo título garantia teoricamente certo conhecimento infinito sobre as coisas. Essa relação se confirma ainda mais se considerado que, muitas vezes, tal personalidade era médico da família por gerações, sendo assim, visto como conselheiro e amigo, que figurava em uma relação que não restava indagações sobre a qualidade de seus serviços ou ainda uma possível litigância. Logo, o ato médico se concentrava em um binômio caracterizado por uma relação de confiança do cliente e uma consciência e protagonismo do médico<sup>131</sup>.

Já na contemporaneidade, essa relação se encontra diferente, pois estamos diante de uma massificação das relações sociais já abordadas no histórico do parto, resultando na distância entre médico e paciente. Com isso, a própria designação dos sujeitos dessa relação foi alterada, passando a serem nomeados como usuário e prestador de serviços, visto pela perspectiva de

---

<sup>129</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, DF. 2016. p. 02. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

<sup>130</sup> “Bebês que nascem antes do tempo têm maior possibilidade de apresentar problemas respiratórios, como a síndrome do desconforto respiratório; dificuldades para manter a temperatura corporal e para se alimentar. Além disso, têm tendência a registrar altos níveis de bilirrubina, o que pode causar icterícia e, em casos severos, gerar danos cerebrais; assim como problemas de visão e audição.” (BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, DF. 2016. p. 02. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020)

<sup>131</sup> GOMES, Annatalia Meneses de Amorim *et al.* Relação Médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, ago. 2012, p. 1102. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014). Acesso em: 20 maio 2020.

uma sociedade de consumo que, progressivamente, tem ciência de seus direitos e os exige cada vez mais.

Com isso, há a alteração do aspecto da relação, visto que, antes o poder de decisão sobre tal ou qual tratamento ou procedimento a ser realizado era única e exclusivamente do médico; hoje, a decisão é, no mínimo, compartilhada (ou deveria ser) com a paciente, para que essa possa optar por uma das possibilidades expostas, alcançar, dessa maneira, suas expectativas e efetivamente ser protagonista do seu parto. Nesse sentido, a doutrina europeia tem utilizado na última década a construção dogmática do chamado “consentimento informado”, que pode levar a paciente à figura de consumidora de cuidados de saúde, por exemplo, reequilibrando a relação “consumerizada” por meio da informação<sup>132</sup>.

Ademais, se considerarmos também o Código de Nuremberg, no âmbito do Direito Médico Moderno, o direito à autodeterminação do paciente também se encontra presente, conforme disposto na súmula primeira, cuja coerência é indiscutível:

O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas submetidas a experimentos devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente.<sup>133</sup>

Todavia, ainda que estabelecidas categoricamente tais condutas no Código de Nuremberg, o consentimento que contribui com a construção da “doutrina do consentimento informado” teve início somente em 1964, com a Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial. Além disso, ainda que usado esse texto restritamente à questão do consentimento no âmbito clínico, há um caráter internacional de ética médica. Todavia, só em 1981, na Declaração de Lisboa, tal exigência sobre o consentimento informado foi ampliada para todo e qualquer âmbito de tratamento médico<sup>134</sup>.

---

<sup>132</sup> MENEZES, Rachel Aisengart. Entre Normas e Práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, dez./2011, p. 1422. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000400014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400014). Acesso em: 23 maio 2020.

<sup>133</sup> GOLDIM, José Roberto. *Código de Nuremberg*. Bioética. 1997. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>. Acesso em: 23 jul. 2020.

<sup>134</sup> BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. São Paulo: Editora Saraiva, 2013, p. 285.

Conforme já mencionado, a confiança é um elemento relevante na relação médico-paciente, pois, uma vez violada, torna-se impossível conservar a relação moldada inicialmente e que deveria ser mantida.

Logo, quando um profissional de saúde fornece certo tipo de informação à sua paciente/cliente, ao mesmo tempo em que gera nela uma expectativa, criam-se para ele certos deveres. Dessa maneira, pode haver reclamação à reparação do dano decorrente e, assim, a informação exerce um papel de baliza sobre a criação de expectativas, protegidas e baseadas por meio das evidências científicas abordadas no presente trabalho.

Considerando a relação complexa que há entre médico e paciente, que se compreende em diversos direitos, deveres, faculdades, ônus e sujeições, a informação é uma das maneiras de efetivar o direito e equilibrar a relação de consumo e confiança.

Embora uma das partes dessa relação possua mais informação técnica devido ao caráter profissional, ambas devem fornecer informações de forma recíproca, ainda mais se considerarmos que o parto é o momento de protagonismo da mulher e que o profissional de saúde está apenas e tão somente para orientá-la e preveni-la de eventuais riscos.

Contudo, para que esse tipo de cumprimento ocorra por parte do profissional de saúde, é necessário que a paciente previamente conheça os seus direitos, as possibilidades, os riscos e o métodos que poderá escolher e, só assim, possibilitar que o profissional exerça a sua função, pois esse, em tese, compreendeu as necessidades, as intenções e as expectativas da gestante formalizadas por meio do chamado “plano de parto”. O Estado de Santa Catarina, por exemplo, dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica na Lei por meio da Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017<sup>135</sup>.

Afinal, essa relação envolve direitos fundamentais que merecem um cuidado especial, pois envolvem diretamente direitos fundamentais da personalidade, tais como: à vida, à saúde, à integridade física, à integridade emocional e à liberdade. Por isso, a informação possui um papel importante de legitimidade durante toda a relação.

---

<sup>135</sup> SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 17 jan. 2017. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html#:~:text=1%C2%BA%20A%20presente%20Lei%20te m,Art..](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html#:~:text=1%C2%BA%20A%20presente%20Lei%20te m,Art..) Acesso em: 10 jun. 2020.

Se considerarmos o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 31, que trata de forma específica da informação a ser prestada por fornecedores, cabe a esses dar esclarecimentos do contrato referente aos cuidados de saúde.

Além disso, devido à qualificação técnica superior que têm em relação às pacientes, o aconselhamento é um dever desses profissionais, conforme pautado pelo princípio da transparência, disposto no artigo 4º e no artigo 6º, III, ambos do Código de Defesa do Consumidor, de acordo com o princípio da boa-fé objetiva. Nesse sentido, o Ministro Castro Meira, assinalou em um Recurso Especial que:

O direito à informação, abrigado expressamente pelo artigo 5º, XIV, da Constituição Federal, é uma das formas de expressão concreta do Princípio da Transparência, sendo também corolário do Princípio da Boa-fé Objetiva e do Princípio da Confiança, todos abraçados pelo Código de Defesa do Consumidor<sup>136</sup>.

Ainda considerando o disposto no Código de Defesa do Consumidor, a publicidade enganosa e o uso de métodos coercitivos para induzir o consumo de uma cirurgia cesariana desnecessária, incorre no artigo 6º, IV, *in verbis*: “a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços”.

Além disso, considera-se um dever a informação durante toda a fase pré-contratual e mesmo na pós-contratual. Pressupõe-se, inclusive, os esclarecimentos de novas informações conforme ocorram modificações e novos fatos, ainda que já tenha decorrido um longo período temporal.

O próprio Código de Ética Médica dispõe também que não deve praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no país, de acordo com o disposto no artigo 14. Nesse caso, é possível coadunar com a hipótese das cesáreas desnecessárias (eletivas) e da não recomendação da episiotomia, resultados de evidências científicas. Outra situação que deve ser respeitada, conforme o Código de Ética Médica, é a obtenção de consentimento da paciente ou de seu representante legal após esclarecer todo o procedimento a ser realizado, salvo em princípio de risco iminente de morte (conforme o artigo 22). Além disso, é ilegal deixar de garantir à paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre seu corpo e/ou seu bem-estar ou ainda exercer com autoritarismo todas as condutas, impedindo o poder de decisão, de acordo com o artigo 24. Por fim, considera-se também o desrespeito ao direito da paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas,

---

<sup>136</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 722.940. Relator: Ministro Carlos Meira. Data de julgamento: 24 nov. 2009.

ressalvada a hipótese iminente risco de morte. Nesse último cenário, há ainda o dilema em relação a qual vida deve ser salva pela equipe médica, diante de tal perplexidade.

Além do Código de Ética Médica, a lei nº 15.789 de 2015 do Estado de São Paulo assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado, dispondo que toda gestante tem direito a receber assistência humanizada durante o parto nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado, desde que não comprometa a segurança do processo nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido, além do direito à adoção de procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde - OMS ou de outras instituições de excelência reconhecida. Também é garantido à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor.

Além da mínima interferência por parte do médico, deve-se também dar preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais; a oportunidade de escolha dos métodos natais por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro; e o fornecimento de informação à gestante ou parturiente dos métodos e procedimentos eletivos, assim como ao pai sempre que possível. Dispõe-se também sobre a elaboração de um Plano Individual de Parto especificado posteriormente.

Todavia, com a ocorrência do erro médico, nasce a responsabilização do profissional que praticou tal resultado e, segundo Couto Filho e Souza (2004), o Código Civil de 2002, quando trata da responsabilidade médica, traz o entendimento objetivista, contrariando o Código Civil anterior. Logo, há uma tendência do Direito Moderno em adotar a teoria do risco, visando dessa maneira, um dever de indenizar advindo de um dano e de um nexo causal. Contudo, ainda que o presente Código Civil possua uma natureza objetiva, não foi afastada a responsabilidade subjetiva. Assim, ambas as responsabilidades contribuem com as relações no âmbito da responsabilidade civil.

O próprio artigo 927, parágrafo único, do Código Civil questiona se a responsabilidade médica passou a ser entendida como responsabilidade objetiva ou não e, para Couto Filho e Souza, é caso de legítima cláusula geral de responsabilidade objetiva. Entretanto, os autores concluem que não se trata de qualquer atividade para que se possa enquadrar tal disposição, sendo necessário, nesse caso, o enquadramento no sentido mais restrito, portanto, o de serviço.

Uma vez que o termo “atividade” está ligado ao serviço, o legislador teve o intuito de congrega os serviços em sentido geral, ou seja, as atividades organizadas empresarialmente com o objetivo econômico.

Além disso, a mesma doutrina compreende que o risco previsto no parágrafo único do já mencionado dispositivo seria criado pela pessoa a praticar a atividade. Assim, não se trata do risco próprio da atividade, mas do risco advindo “do exercício” da atividade desenvolvida e, consequentemente, criado pelo agente. Caso contrário, inexistiria responsabilidade objetiva.

Dessa forma, tendo em vista o entendimento desses autores, o dever de indenizar só surge se, no decorrer da atividade, houver um descaso, como uma inobservância das condutas indicadas. Nessa perspectiva, a responsabilidade dos profissionais de saúde e também a dos hospitais seria subjetiva, conforme disposto nos artigos 187 e 951 do Código Civil.

Entretanto, tal entendimento não é dominante, já que, pela doutrina majoritária, a relação entre paciente e médico é considerada consumerista conforme já citado no início desse tópico e, portanto, é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, de acordo com o citado artigo 14.

Consequentemente, a responsabilidade das pessoas jurídicas prestadoras de serviço médico/hospitalar seria, segundo o CDC, objetiva e, por isso, independente de culpa. Já os profissionais de saúde responderiam subjetivamente em razão do disposto no parágrafo 4º do citado artigo 14.

## 4 NORMATIVA E COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE BIOÉTICO-JURÍDICA

### 4.1 NORMATIVA JURÍDICA DO PARTO

Partindo do princípio de que a cultura está ligada ao aspecto biológico, a vida humana é impossível de ser tratada como apenas um fenômeno físico considerando somente o aspecto fisiológico, pois o parto e nascimento em si são eventos pertinentes aos aspectos biológicos, psicológicos, individuais, políticos e culturais<sup>137</sup>.

Devido à institucionalização do parto no ambiente hospitalar, houve necessidade de uma regularização por políticas públicas. Nesse contexto, o parto tem sido cada vez mais disputado na visão política, por meio das políticas públicas. Contudo, para isso, é necessário entender que os processos de hospitalização e medicalização do parto e do nascimento não contemplam a adesão da maioria das gestantes, que questionam a ideia da substituição do parto domiciliar pelo parto em quartos, enfermarias e até mesmo, comumente, em centros cirúrgicos<sup>138</sup>.

Além disso, é importante ressaltar que, mesmo onde o modelo é considerado hegemônico, nunca foi, entretanto, absoluto e existem reações contra o modelo, que questionam a sua legitimidade e visam renovar o significado de parto e nascimento.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto foi bem-sucedido conforme demonstrado no capítulo sobre a mercantilização do parto e, conseqüentemente, a humanização do parto, principalmente em relação ao atendimento à parturiente e ao bebê, é atualmente discutido, assim como, a luta pela garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

Diante disso, as condutas realizadas na condução dos partos pelos profissionais de saúde violam garantias constitucionais, como à vida e à saúde das mulheres e bebês, conforme dispõe a nossa Carta Magna. Nota-se também a violação do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, já

---

<sup>137</sup> BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores Culturais que Interferem nas Experiências das Mulheres Durante o Trabalho de Parto e Parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, jun./2006, p. 414. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300016&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300016&script=sci_arttext). Acesso em: 06 jun. 2020.

<sup>138</sup> NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A Institucionalização Médica do Parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set./2005, p. 651. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300021](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021). Acesso em: 06 jun. 2020.

abordado no presente trabalho e a Segurança contra a violência, conforme dispõe o artigo 6º da Constituição Federal, *in verbis*:

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

O às diretrizes de saúde no parto e nascimento pode caracterizar-se como uma violência de gênero, ferindo o direito à isonomia. Aliás, este fere também o artigo 12 da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, o qual dispõe que:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1o, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

Vale ainda destacar que a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher é um Tratado Internacional, que foi amparado pela Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979, mas ratificado pelo Brasil somente em 1º de fevereiro de 1994. O mesmo acontece com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, adotada essa pela Organização dos Estados Americanos no ano de 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995, por meio da Convenção do Pará.

Aderir a práticas desnecessárias, desaconselháveis ou até mesmo contrárias às chamadas evidências científicas e também recomendadas pela Organização Mundial da Saúde pode igualmente configurar na violação do artigo 19-Q da Lei 8.080/1990, *in verbis*:

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

Há, então, uma determinação para que os procedimentos de saúde sejam definidos por meio de evidências científicas que demonstrem sua efetividade e eficácia.

Já no âmbito da saúde suplementar (setor privado), mencionam-se os documentos técnicos relevantes que vêm sendo desconsiderados, como o Parecer Técnico da FEBRASGO de 25 de maio de 2009, que nada mais é que um documento de cunho técnico de referência que indica de forma clara os danos dos procedimentos, como: a amniotomia (ruptura precoce de membranas), a episiotomia e a cesariana eletiva. Contudo, considerando esse último

procedimento, a rede privada descumpra o artigo 3º da Resolução 338/2013, que determina a estimulação ao parto normal.

Ademais, diante de todo o histórico legislativo e o seu desenvolvimento narrado mais adiante que trata da compreensão do que constitui violência contra a mulher, ressalta-se que a assistência inadequada no momento do parto e nascimento no Brasil é uma grave violação aos direitos humanos, merecendo denúncia nas Cortes Internacionais.

Essa preocupação contribui, desse modo, com o gradativo legislativo já que é de extrema importância que a mulher adquira o controle de seu desenvolvimento, devendo o governo e a sociedade criar condições para tanto e apoiar todo esse processo. A disseminação desse assunto e as decorrentes discussões sobre ele permitem a preservação dos direitos mais fundamentais, retomando o protagonismo da mulher não só no parto, mas também nos espaços de poder. Inclusive, própria Organização Mundial de Saúde entende que a Violência Obstétrica é uma real violação de Direitos Humanos. Todavia, para lutar contra ela, é necessária a capacitação dos profissionais do Direito e um progresso legislativo que ampare tal demanda<sup>139</sup>.

#### 4.1.1 Violação aos direitos humanos universais

O direito das mulheres foi alcançado inicialmente por meio de Tratados e Convenções Internacionais, que foram enriquecendo até que se chegasse à compatibilidade na proteção das garantias e liberdades individuais. Dois documentos firmados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966 são referência nesse processo: o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos<sup>140</sup>.

Ambos foram ratificados pelo Brasil por intermédio do Decreto nº 591/1992 e 592/1992, fazendo parte, dessa maneira, do sistema jurídico brasileiro, segundo o que dispõe o artigo 5º, parágrafo 2º da Constituição Federal.

---

<sup>139</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014, p. 02. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 09 jun. 2020.

<sup>140</sup> FÁRIA, Helena Omena Lopes de; MELO, Mônica de. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher.** 1998. p. 12. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/tratado9.htm>. Acesso em: 09 jun. 2020.

No Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, é possível observar o direito da mulher à saúde física e mental em seu artigo 12, *in verbis*:

Artigo 12:

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
  - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
  - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
  - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
  - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Dessa forma, desde 1966, a preocupação com o direito das mulheres à saúde integral envolve os estados, principalmente em relação à promoção de certas condições que assegurem a assistência devida e o acesso aos serviços médicos. Tendo em vista esse entendimento, impedir uma mulher a esse acesso é uma maneira de discriminar todas as mulheres.

Por isso, anos mais tarde, devido à evolução conquistada com os Pactos de 1966, foi estabelecida na Assembleia Geral das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979 a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher*, popularmente conhecida como *CEDAW*<sup>141</sup>. Esta foi ratificada pelo Brasil com certas ressalvas pelo Decreto nº 89.460 de 20 de março de 1984 E, posteriormente suprimiu algumas ressalvas. Sua ratificação foi promulgada integralmente por meio do Decreto nº 4.377 de 13 de setembro de 2002, tornando-a parte, então, do ordenamento jurídico brasileiro.

É na CEDAW que encontramos o direito da mulher à assistência de maneira apropriada na gravidez, no parto e no período posterior a esse, de acordo com o disposto no artigo 12 item 2. No entanto, foi em 1992 que o Comitê CEDAW divulgou a Recomendação Geral nº 19, que no artigo 1º afirma que toda violência praticada contra a mulher é uma forma de discriminação que intimida a capacidade da mesma de gozar dos seus direitos a liberdade e igualdade em relação ao homem.

---

<sup>141</sup> BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF. 2004. p. 66. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 17 maio 2020.

Ainda nessa recomendação, há o entendimento de que essa discriminação restringe também o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental, conforme demonstrado em seu item 7, alínea “g”. Logo, podemos estabelecer que a prática de certa discriminação contra a mulher constitui infração ao artigo 12 do já citado Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 que trata da saúde integral.

O Comitê CEDAW elaborou também posteriormente a Recomendação nº 24, estabelecendo-a em seu artigo 11:

As medidas tendentes a eliminar a discriminação contra a mulher não se consideram apropriadas quando um sistema de atenção médica careça de serviços para prevenir, detectar e tratar enfermidades próprias da mulher. A negativa de um Estado Parte de prever a prestação de determinados serviços de saúde reprodutiva à mulher em condições legais resulta discriminatória.

Assim, uma negação à assistência médica adequada no parto e no nascimento é considerada como uma discriminação contra a mulher. Deve-se, então, esclarecer outros pontos, como a plena informação, dada essa por um profissional capacitado, sobre os possíveis efeitos dos eventuais procedimentos propostos e suas opções, além de solicitar consentimento prévio, respeitando sua dignidade, de modo a garantir sua intimidade.

Ora, se adotarmos essa concepção sobre a discriminação, podemos afirmar que as práticas médicas realizadas no Brasil são atos discriminatórios contra as mulheres e também atos de violência contra a mulher. Assim, a concepção atual dos direitos fundamentais permite entender que a violência obstétrica é certamente uma violação dos direitos humanos universais, entendimento esse efeito da *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD*, que ocorreu em 1994 no Cairo<sup>142</sup>.

Tal conferência foi ratificada pela Convenção pelo Brasil pelo Decreto nº 1.973 de 1º de agosto de 1996, a qual também motivou a promulgação da Lei Maria da Penha anos depois. Reconhece-se nela, inclusive, que “a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdade”. Cabe ainda levar em consideração o que estabelece artigo 2º da Convenção do Pará: entende-se como violência contra a mulher aquela cometida por qualquer pessoa e ocorrida em serviços de saúde.

---

<sup>142</sup> ALENCAR, Emanuela Cardoso Onofre de. Violência Obstétrica: a outra face da violência contra mulheres. **Justificando**. 2020. p. 01. Disponível em: <https://www.justificando.com/2020/05/29/violencia-obstetrica-a-outra-face-da-violencia-contra-mulheres/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

#### 4.1.2 A política nacional de humanização da atenção obstétrica e neonatal

A humanização, primeiramente, é um protocolo estabelecido pelo Governo Federal visando o atendimento a parto e nascimento no país em conformidade com o que determina a Organização Mundial da Saúde em todo o Sistema Único de Saúde, o qual é composto por estabelecimentos públicos e também por iniciativa privada, inclusas aqui a Saúde Suplementar<sup>143</sup>.

Em consonância com as prerrogativas de competências determinadas pela Constituição Federal, cabe exclusivamente ao Ministério da Saúde a atribuição de definição de protocolos e procedimentos a serem empregados por todos e quaisquer estabelecimentos que exerçam atendimento na área da saúde.

Portanto, as portarias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, sem qualquer prejuízo à legislação possivelmente aplicável, devem ser rigorosamente cumpridas e aplicadas nos estabelecimentos citados, pois constituem garantias do direito à saúde dos cidadãos do país.

Além disso, em tais portarias já há a incorporação de todas as condutas práticas obstétricas ideais e os modelos de atendimento que são instrumentos para prevenção de óbitos maternos e neonatais, ainda mais se considerarmos que ainda 98% das mortes maternas e neonatais são evitáveis.

No rol de Portarias do Ministério da Saúde, temos cronologicamente:

Portaria 985/1999 – Criação de Centros de Parto Normal (Casas de Parto); Portaria 466/2000 – Pacto pela Redução das Cesarianas; Portaria 569/2000 – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 08 de março de 2004; Portaria 1.067/2005 – Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; Portaria 399/2006 – Pacto pela Saúde; Portaria 2.669/2009 – Prioridades do Pacto pela Saúde e Pacto pela Vida para redução da mortalidade infantil e materna; Portaria 4.279/2010 – Organização da Rede de Atenção à Saúde para redução da mortalidade materna e infantil; Portaria 1.459/2011 – Rede Cegonha; Portaria 2.799/2008 – Rede Amamenta Brasil; Portaria 1.153/2014 – Critérios de habitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que

---

<sup>143</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Brasília, DF. 2013, p. 01. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/aco-es-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 09 jun. 2020.

garantem o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida e; Portaria 371/2014 – Atenção Integral e Humanizada ao Recém-Nascido.

#### 4.1.3 Legislação afrontada

As condutas realizadas de maneira equivocada no desencadeamento dos partos e nascimentos pelos profissionais de saúde no Brasil violam a garantia à Vida e à Saúde das mulheres e dos bebês, e além desses, outras garantias constitucionais, como a Dignidade da Pessoa Humana e a Segurança contra a violência, conforme já vimos até aqui. Ainda, considerando que o direito à saúde é um dever do Estado, certificado a homens e mulheres, sem qualquer distinção, a inobservância das diretrizes estabelecidas sobre a saúde no parto e nascimento alcança de maneira direta as mulheres, reproduzindo-se uma violência de gênero e ferindo diretamente o disposto no artigo 5º da Constituição Federal.

Além disso, infringe-se principalmente o já citado artigo 12 da *Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher*, bem como a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher*.

Assim, a reprodução de práticas desaconselháveis, antigas e contrárias às evidências científicas e às recomendações dispostas pela Organização Mundial da Saúde configuram também violação ao citado no artigo 19-Q da Lei 8.080/1990, *in verbis*:

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do

Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de

Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo

Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

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

Compreende-se, então, a obrigatoriedade de os procedimentos de saúde serem definidos por meio de evidências científicas que comprovam sua eficácia, efetividade e também segurança.

Já no âmbito da saúde suplementar, podemos observar documentos técnicos relevantes que são desrespeitados, como o Parecer Técnico da FEBRASGO de 25 de maio de 2009, que indica de forma clara os prejuízos dos procedimentos de amniotomia (rompimento precoce de membranas), de episiotomia e de cirurgia cesariana eletiva. Portanto, desaconselha-se a realização desses procedimentos em ambientes da saúde suplementar. Porém, se observarmos a pesquisa “Nascer no Brasil” da FioCruz, chegaremos à conclusão de que são esses os estabelecimentos que mais adotam tais procedimentos.

Isso se agrava ao notarmos que o maior índice de cesarianas na rede privada de saúde, que tem como 86% dos nascimentos na rede suplementar, viola notoriamente o artigo 3º da Resolução 428/2017 da Agência Nacional de Saúde<sup>144</sup>, o qual sugere a estimulação do parto vaginal.

Torna-se relevante, então, reafirmar a necessidade de segurança dos procedimentos no atendimento, condição obrigatória, para que sejam dignos e humanos, conforme o disposto no artigo 2º da Portaria 569/2000 do Ministério da Saúde<sup>145</sup>, órgão competente para legislar os aspectos técnicos do atendimento à saúde.

A fim de garantir esses aspectos técnicos, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA – RDC 36/2008<sup>146</sup> traz todo o regulamento de funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, definindo todos os critérios para o funcionamento adequado dos estabelecimentos de saúde e a atuação dos profissionais de saúde.

---

<sup>144</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 428**, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Brasília, DF. 07 nov. 2017. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>. Acesso em: 10 jun. 2020.

<sup>145</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 10 jun. 2020.

<sup>146</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 03 jun. 2008. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 10 jun. 2020.

Entretanto, se observada a pesquisa realizada pela FioCruz “Nascer no Brasil”, vê-se que o atendimento obstétrico e neonatal está bem longe do que compreende as diretrizes técnicas e as normas legais cabíveis<sup>147</sup>. A mesma RDC indica, por exemplo, a adoção de Partograma, o qual um melhor registro da evolução do parto, além de trazer maior agilidade em possíveis constatações de problemas e sugestões de intervenções médicas necessárias, conforme determinado pela Resolução 368/2015 da Agência Nacional de Saúde e divulgado pelo Ministério da Saúde desde 1999.

Partograma, todavia, não é utilizado na maioria dos estabelecimentos de saúde que realizam atendimento obstétrico. Apesar de ser uma diretriz técnica de caráter obrigatório e ainda servir como meio probatório de eventuais violências, é incessantemente desrespeitada por esses estabelecimentos e seus profissionais de saúde. Conseqüentemente, vê-se as elevadas taxas de quase morte (*near miss*) e de efetiva mortalidade materna e neonatal, a qual, de acordo com o disposto na pesquisa citada anteriormente, está relacionada à mortalidade neonatal de 17,6 a cada mil nascidos vivos<sup>148</sup>.

Ainda de acordo com o estudo recente realizado pelos pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP, não há um padrão a ser considerado como indicação de normalidade na progressão do parto. Logo, esses dados causam um impacto nas políticas públicas, sobretudo nas diretrizes da OMS, pois em um futuro próximo, poderá ser construído um novo padrão de avaliação quanto à progressão de parto, sugerindo uma avaliação individual a cada parturiente, o que resultará na redução do número de mortes maternas<sup>149</sup>.

Outro ponto a ser observado é que há uma considerável relação entre a falta de acompanhamento da gestante e os eventos de mortalidade materna e neonatal, mesmo que toda gestante possua o direito de ser acompanhada durante toda a sua permanência no estabelecimento de saúde por alguém de sua escolha.

Além disso, a falta de vagas nos estabelecimentos de saúde para a realização dos partos acarreta na longa jornada de gestantes em um momento em que a vulnerabilidade está presente. Essa

---

<sup>147</sup> FIOCRUZ. **Vídeo:** nascer no Brasil. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video-nascer-no-brasil#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20chance%20de,no%20Brasil%2C%20coordenada%20pela%20Fiocruz>. Acesso em: 09 jun. 2020.

<sup>148</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília. 2001, p. 45. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

<sup>149</sup> PETRONI, Maju. Estudo com a USP Faz OMS Mudar Recomendações Sobre Parto Normal. **Jornal da USP**. 2018, p. 01. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/estudo-com-usp-faz-oms-mudar-recomendacoes-sobre-parto-normal/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

espera viola o direito da mulher a uma vinculação antecedente à maternidade na qual será realizado o atendimento obstétrico, resguardado na Lei nº 11.634/2017, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A FioCruz constatou também que mães que permanecem nessa peregrinação em busca de uma assistência hospitalar dão à luz a bebês com baixos índices de Apgar, teste que analisa cinco critérios de avaliação: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, prontidão reflexa e cor da pele. De maneira individual, cada quesito pode receber notas de 0 a 2, somando um total de 10 pontos<sup>150</sup>. Essas mulheres, por conseguinte, fazem parte da população com a maior taxa de mortalidade neonatal: 32,7 para cada mil nascidos vivos<sup>151</sup>.

#### 4.2 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Segundo Miguel Reale, a dignidade da pessoa humana está como valor-fonte, sendo o fim de todo o direito. Por isso, é importante explorar seus efeitos para fundamentar interpretações, de modo a considerá-la um fundamento maior do Estado Brasileiro<sup>152</sup>.

Obriga-se, então, a centralização das atenções no indivíduo, destinatário de direitos, de modo que a humanização do sistema constitucional brasileiro receba ênfase. Ao se colocar o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento na Constituição Federal de 1988, pelo Estado democrático de direito, reconhece-se a prerrogativa de que todo ser humano deve ser considerado e respeitado como pessoa, sem que seja lesado em sua existência (seja na vida, na saúde ou no corpo).

A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa e se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida, trazendo consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas. Constitui-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações

---

<sup>150</sup> BERBERT, Susana. Teste de Apgar: o que é? **Revista Crescer**. 25 nov. 2015. p. 01. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Cuidados-com-o-recem-nascido/noticia/2015/11/teste-de-apgar-o-que-e.html>. Acesso em: 12 jun. 2020.

<sup>151</sup> *Ibidem*.

<sup>152</sup> REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 17 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1996, p. 213.

ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos<sup>153</sup>.

Considera-se, portanto, tal princípio como um valor básico de Estado Democrático de Direito e como um valor supremo e absoluto amanhado pela Constituição Federal de 1988. Por isso, deve-se tomá-lo como pressuposto de participação social do indivíduo no próprio Estado, por meio do exercício da cidadania. Corresponde esse preceito, então, a uma qualidade intrínseca de pessoa humana e, por isso, é inalienável e irrenunciável.

Para George Marmelstein, a vida digna só pode existir em um ambiente em que não há a opressão, razão pela qual os direitos fundamentais ligam-se intimamente à ideia de dignidade da pessoa humana e de limitação do poder<sup>154</sup>.

Diante disso, notava-se que a consideração pela pessoa ilumina todo o ordenamento jurídico e, por sua vez, a dignidade da pessoa humana é parâmetro para dosar a legitimidade de uma determinada ordem jurídica-constitucional.

Já Ingo Wolfgang Sarlet afirma que:

Quando se fala – no nosso sentir equivocadamente – em direito à dignidade, se está, em verdade, a considerar o direito a reconhecimento, respeito, proteção e até mesmo promoção e desenvolvimento da dignidade, podendo inclusive falar-se de um direito a uma existência digna<sup>155</sup>.

Diante disso, os direitos à vida, bem como os direitos à igualdade e à liberdade ligam-se diretamente às condições da dignidade da pessoa humana. Assim, é perceptível que os direitos sociais se estabelecem tanto no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, como saúde e educação, quanto nos princípios que regem o Estado Social de Direito, já que o que se busca verdadeiramente é uma existência digna. Portanto, antes de qualquer técnica profissional, a relação médico-paciente precisa estar pautada no princípio da dignidade da pessoa humana, conferindo-lhe um relacionamento e atendimento personalizados e humanizados.

O termo “humanização” é utilizado há muito tempo e com percepções diferentes daquilo que a humanização representa nos dias de hoje. Décadas atrás, a humanização já foi empregada para justificar procedimentos como narcose, intervenções cirúrgicas de risco e desnecessárias, que acarretam dor e sofrimento para as parturientes. A igreja Católica, por exemplo, enxergava as dores de parto como um castigo pelo pecado original. Assim, as mulheres eram submetidas a

---

<sup>153</sup> MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 12 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002, p. 96.

<sup>154</sup> MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. São Paulo: Editora Atlas, 2008, p. 09.

<sup>155</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015, p. 71.

um parto sem que houvesse uma preocupação humanitária em relação ao sofrimento da gestante e aos riscos inerentes a ela e ao bebê<sup>156</sup>.

É preciso entender, sobretudo, para progredir em relação aos Direitos Fundamentais das mulheres, que é necessário refazer a relação médico-paciente, como também importa entender que essa relação entre o obstetra e a paciente precisa ser moldada a partir de pressupostos que não podem ser afastados, como o direito de informação.

A construção dos processos de consentimento na relação médico-paciente demanda um olhar sobre a alteridade. É importante a conscientização sobre a necessidade de tratar as pessoas com respeito a sua autonomia e individualidade. Entretanto, isso não diz respeito a uma unicidade de autonomia ou a um procedimento geral e impessoal. Pelo contrário: importa saber que fenômenos identitários diferentes que compõe uma autonomia. Isso pode ser observado no artigo 2º da Lei Argentina de nº 25.929/04:

*Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:*

*b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales<sup>157</sup>.*

Portanto, para um avanço e uma concreta efetivação desses direitos inerentes às gestantes, é preciso entender que, para cada parturiente, é singular indispensável esse olhar e ciência do médico, para ele que a acompanhe de forma única e que, sobretudo, tome como máxima o respeito aos seus direitos fundamentais, a sua integridade e a sua autonomia. Deve-se compreender que cada mulher possui sua história, suas preferências e sua cultura. Cada mulher é única e merecer ser tratada de acordo com sua unicidade.

Em consonância com esse pensamento, o Ministério da Saúde, fez uma importante declaração no que tange o tratamento adequado para se ter com a mulher parturiente:

As atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado. Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu filho ou sua filha, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade. A redução da mulher a apenas um número de ficha ou leito ou chamamentos como “mãezinha”, “dona Maria” etc. devem ser evitados. Ela deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e atitudes agressivas e violentas, mesmo que sutis, são inadmissíveis. Manifestações de julgamento e censura em relação aos

<sup>156</sup> REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). *Op.cit.*, p. 11.

<sup>157</sup> “Artigo 2º - Toda mulher, em relação à gravidez, o trabalho, de parto, o parto e o pós-parto, tem os seguintes direitos: b) A ser tratada com respeito, e de modo individual e personalizado que lhe garanta a intimidade durante todo o processo assistencial e tenha em consideração seus padrões culturais”.

seus atos devem ser evitadas e ela deve ser encorajada a manifestar suas angustias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos<sup>158</sup>.

Infelizmente, não é essa a realidade vivenciada pelas mulheres. Cada vez mais, elas são acometidas por práticas violentas e, em muitas situações, não percebem, seja em razão da precariedade de informações, da baixa escolaridade ou até mesmo da naturalização desses comportamentos, frutos de uma sociedade patriarcal e que “maquiam” a violência obstétrica e as tornam habituais. Por essa razão, os profissionais que praticam tais comportamento não os veem como um tipo de violência, dada a influência de uma cultura na qual a mulher não tinha espaço e voz na sociedade.

Os médicos devem a todo momento encorajar e empoderar a mulher, incentivando a sua participação em todo processo gestacional e demonstrando que a sua opinião e desejos são respeitados, desde que não haja riscos para ela ou para o bebê. Mesmo que haja, deve-se primar sempre por informação, transferência e comprometimento de tudo que será realizado. Ademais, recomenda-se que as expressões como “mãezinha” e “dona Maria” sejam minimizadas. Deve-se sempre chamá-la pelo seu primeiro nome a fim de que não pareça que a sua imagem como mulher seja diminuída. Para além disso, é importante que os médicos a encorajem e não a reprimam, respeitando-a como ser individual e detentor de direitos e garantias<sup>159</sup>.

#### 4.3 AUTONOMIA PARA DECIDIR

A autonomia está ligada intrinsecamente à liberdade, o que oportuniza ao sujeito legislar sobre si, quando estiver guiado pela razão<sup>160</sup>. Nessa linha de pensamento, o princípio que rege a autonomia de vontade está estritamente coadunado aos direitos fundamentais das parturientes, uma vez que é indispensável o respeito à vontade da gestante, que deve ter o seu direito de liberdade de escolha garantido e pautado naquilo que julga ser o melhor para si para o seu bebê.

Nessa autonomia, não pode haver vícios que a maculem. Esse direito se torna efetivo e completo somente quando à mulher for assegurada a capacidade de autodeterminação e liberdade para decidir, mas insuficiente quando não houver a informação clara e acessível a ela.

---

<sup>158</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. 2014, p. 01. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 12 jun. 2020.

<sup>159</sup> *Ibidem*.

<sup>160</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Sumaré: Editora Martin Claret, 2019, p. 11.

Corroborando esse pensamento, Marchi (2009), afirma: “Para a ordem jurídica, a informação é o pressuposto inarredável para que o indivíduo realize suas escolhas no contexto de uma coexistência equilibrada em sociedade”<sup>161</sup>.

Ademais, têm-se que, antigamente, o parto era um tema tratado apenas por mulheres, e eram elas as protagonistas durante todo o processo de gestação. Com os adventos da tecnologia e da ciência, cada vez mais, os médicos têm-se apoderado desse momento, tornando a gestação não mais algo particular e humanizado, mas uma patologia. Em razão disso, verifica-se uma mudança drástica, haja vista que a intervenção cirúrgica se tornou uma regra em contradição com o passado, quando os procedimentos eram utilizados como um meio com a finalidade de salvar vidas.

Cabe ainda enfatizar que a violência obstétrica está intimamente ligada à perda da autonomia e da liberdade de escolha, uma vez que, em um momento de vulnerabilidade, a gestante encontra-se na total dependência do profissional de saúde, que impõe os seus desejos e decisões, com base naquilo que lhe convém, suprimindo os direitos e necessidades da parturiente<sup>162</sup>.

De todas as maneiras que a violência obstétrica se caracteriza e concretiza, há a perda da autonomia corporal da mulher e da capacidade de escolha. Isso pode ser observado desde a imposição da raspagem dos pelos na hora do parto até a aplicação desnecessária de medicamentos para acelerar o trabalho de parto. Uma das razões que justificam tais atitudes é que o parto se tornou mais uma fonte de lucratividade, em que a mulher perdeu totalmente seu espaço, sua autonomia e sua capacidade de decidir.

Em um estudo como este, é imprescindível analisar algo que se tornou uma preocupação na contemporaneidade: a real efetivação dos Direitos Humanos das mulheres, direitos esses que, apesar de consideráveis mudanças nos textos normativos, evidencia as grandes marcas de assimetrias.

O efeito da industrialização do parto, por exemplo, além de impedir a parturiente de deliberar de forma livre e autônoma sobre as suas escolhas, tem causado impactos negativos à mulher e ao recém-nascido.

---

<sup>161</sup> MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, nov./2009, p. 02. Disponível em: [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/322/390](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/322/390). Acesso em: 12 jun. 2020.

<sup>162</sup> CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. *Formas de Violencia Obstétrica Experimentada por Madres que Tuvieron un Parto Normal*. **Enfermería Global**, Múrcia, v. 16, n. 3, jun./2017, p. 07. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481>. Acesso em: 15 jun. 2020.

No tocante aos direitos e garantias da parturiente, em todo momento gestacional, a Argentina possui lei específica, retirando a mulher de uma posição que sempre foi-lhe imposta, como uma coadjuvante, de modo a torná-la protagonista, detentora de autonomia, para decidir de forma consciente sobre a seu tipo de parto, dentre outros direitos estipulados no seu artigo 2º da Lei nº 25.929/04:

*Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:*

*a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.*

*b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.*

*c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto<sup>163</sup>.*

A realização de partos cesáreas, procedimentos de rotina, uso exacerbados de medicamentos e ações que violam os direitos das mulheres estão sendo cada vez mais efetivos e estimulados, ao invés de coibidos, cerceando o direito consciente de escolha da parturiente. Tais atitudes ferem o seu direito à dignidade, posto que a autonomia e a liberdade são direitos fundamentais garantidos ao homem e aspectos da dignidade humana. Além disso, a imposição de qualquer fator externo, seja ele por parte do obstetra, da sociedade ou familiar, leva o indivíduo - nesse caso, a parturiente - a um estado de vulnerabilidade<sup>164</sup>.

Salienta-se ainda que, para a gestante tomar decisões, ter autonomia e controle sobre seu corpo e sexualidade, é preciso que lhe sejam conferidas todas as informações, conscientizando-a de todos os procedimentos que serão realizados, com o devido consentimento, sem que haja nenhum tipo de limitação que mitigue a sua autonomia.

---

<sup>163</sup> “Artigo 2º - Toda mulher, em relação à gravidez, o trabalho, de parto, o parto e o pós-parto, tem os seguintes direitos: a) A ser informada sobre as distintas intervenções médicas que podem ocorrer durante esses processos de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas b) A ser tratada com respeito, e de modo individual e personalizado que lhe garanta a intimidade durante todo o processo assistencial e tenha em consideração seus padrões culturais c) A ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como pessoa de sã, de modo que se facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto”.

<sup>164</sup> A Resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, define a vulnerabilidade como sendo: “o estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido” (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF. 10 out. 1996. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso em: 10 jun. 2020).

## 4.4 PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

### 4.4.1 A educação como instrumento

São inúmeras as dificuldades encontradas pelas gestantes durante e após o parto. Embora as mulheres estejam cada vez mais se insurgindo às práticas designadas violentas, ainda é preciso muito avanço para que existam, de fato, regulamentações para proteção da parturiente. A realidade vivenciada por essas mulheres na maternidade é uma realidade de perda de autonomia e a consequência disso é o crescimento de práticas desnecessárias e de violência obstétrica praticadas pelos profissionais de saúde.

O Ministério Mundial de Saúde (OMS) reforça essa questão, quando afirma que os abusos, maus tratos, negligências e violência física ou psicológica que as mulheres enfrentam durante a maternidade, seja por médicos ou enfermeiros, ferem os seus direitos fundamentais e ainda provocam um desestímulo na procura pelo assistencialismo obstétrico<sup>165</sup>.

A OMS elencou diversas medidas a fim de que o abuso e o desrespeito contra as mulheres pelos profissionais de saúde durante a gestação sejam evitados e eliminados, uma vez que é direito da mulher o respeito e a assistência digna em todo o período gestacional, bem como a garantia de não sofrer nenhum tipo de violência obstétrica<sup>166</sup>.

Dentre essas medidas elencadas pela OMS, quase todas envolvem investimento na educação como um instrumento para tentar erradicar e evitar os abusos e desrespeitos a que as mulheres estão expostas diariamente. Por exemplo, a primeira medida que implica um maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social seria o investimento em pesquisas a fim de que o problema seja visualizado e medido que, assim, sejam elaboradas ações de forma efetiva contra o desrespeito e os maus tratos vivenciados pela mulher tanto em instituições públicas como em instituições privadas<sup>167</sup>.

A OMS preconiza que os sistemas de saúde devem ter participação direta durante todo o período gestacional, desenvolvendo e implementando políticas sobre direitos e normas éticas, para que

---

<sup>165</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014, p. 01. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 09 jun. 2020.

<sup>166</sup> *Ibidem*, p. 02.

<sup>167</sup> *Ibidem*, p. 02.

sejam garantidos uma gestação e um parto dignos<sup>168</sup>. Assim, políticas desse tipo são de extrema importância, uma vez que promovem não só às parturientes, mas como a toda a sua família, um assistencialismo digno, assegurando a todos os seus direitos.

o Ministério da Saúde (MS) conceitua a educação como sendo um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”<sup>169</sup>. É preciso, sobretudo, que esses profissionais estejam preparados e treinados para garantirem que, em seu relacionamento com as pacientes, haja tratamento digno, respeito às suas vontades e promoção de sua participação em conjunto com seu companheiro em todas as decisões que serão tomadas durante a gestação e o parto<sup>170</sup>.

Quando há um investimento na educação, assegura-se que um determinado seguimento será beneficiado com a oferta de informações claras e precisas. Assim acontece quando se investe em educação na saúde: o conhecimento ultrapassa a formalidade do cientificismo e chega para a comunidade de forma clara e acessível a todos, de modo que seja um instrumento para conscientizar e evitar danos futuros. São diversas as formas que essas informações podem ser transmitidas. Conversas e entrega de cartilhas em salas de espera por profissionais ou estudantes de saúde são exemplos de como conferir autonomia à mulher por meio da informação<sup>171</sup>.

Posto isso, é irrefutável que a educação em saúde tem um valor inenarrável na luta pela prevenção e erradicação da violência obstétrica, uma vez que, por meio dela um maior número de mulheres é conscientizado sobre seus direitos como mulher e gestante. Além disso, confere-se a elas autonomia, autoestima e confiança, que são elementos importantes e influentes em todo período gestacional e nas decisões que serão tomadas durante o parto<sup>172</sup>.

---

<sup>168</sup> *Ibidem*, p. 03.

<sup>169</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2009, p. 12. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sgtes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf). Acesso em: 23 jun. 2020.

<sup>170</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Op.cit.*, p. 03.

<sup>171</sup> SILVA, Thamiles Sena da *et al.* A Extensão Universitária e a Prevenção da Violência Obstétrica. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, mar./2017, p. 180. Disponível em: [https://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/1589/1360](https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1589/1360). Acesso em: 20 jun. 2020.

<sup>172</sup> *Ibidem*, p. 173.

#### 4.4.2 A formação médica nas faculdades

A relação entre médico e paciente precisa ser marcada por um relacionamento de confiança e de igualdade. Entretanto, existe na área de saúde, uma “crise de confiança” que evidencia a vulnerabilidade dessa relação, uma vez que se utiliza de forma exacerbada tecnologias que, por sua vez, culminam em um atendimento frio, despersonalizado e sem a devida importância e cuidado com o paciente. Assim, é tratado como objeto de intervenção, revelando, portanto, a relação assimétrica existente entre o médico e o paciente, além da perda da autonomia desse último<sup>173</sup>.

No contexto da assistência em maternidades, a paciente é duplamente objetificada: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim - o bebê. Essa 'objetificação' traz em si aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da medicina enquanto "corpo reprodutor"<sup>174</sup>.

Essa relação assimétrica e suas consequências têm reflexo em uma cultura na qual o médico, por ter um conhecimento científico, torna-se uma autoridade e influencia o paciente. Para além disso, o médico fica condicionado a tratar somente a doença, conforme é ensinado na instituição de ensino, sem que haja um atendimento personalíssimo ao paciente, que, por sua vez, é sujeito de direito e deve ser tratado em suas individualidades.

Dessa forma, é de suma importância que, no processo de formação médica, sejam incentivados e viabilizados programas que unam o conhecimento científico e técnico adquiridos pelos alunos na instituição ensino a práticas vivenciadas na comunidade, permitindo que os alunos tenham contato com os mais diversos grupos da sociedade, suas carências existentes e individualidades<sup>175</sup>.

As ações de extensão universitária visam integrar os conhecimentos adquiridos na graduação e a assistência prestada à comunidade, e constituem-se em um processo educativo, cultural e científico que articula: ensino e pesquisa, e comunidade e academia, no qual os estudantes encontram, na comunidade, oportunidade para

<sup>173</sup> AGUIAR, Janaína Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência Institucional em Maternidades Públicas sob a Ótica das Usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, p. 79-91. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 jun. 2020.

<sup>174</sup> *Ibidem*, p. 86.

<sup>175</sup> SILVA, Thamiles Sena da *et al.* *Op.cit.*, p. 181.

construção do conhecimento que resulta do confronto entre a realidade local, o saber acadêmico e a participação comunitária nas ações da Universidade<sup>176</sup>.

Esse ensino médico pautado na experiência prática nas comunidades, além de contribuir para uma formação médica mais humana, voltada para um atendimento digno e personalizado, permite que a parturiente, no caso deste presente trabalho, tenha autonomia e confiança de decidir livremente, seja sobre o tipo de parto, sobre procedimentos e interferências ou quaisquer outros aspectos que necessitem da sua decisão e consentimento. Além disso, um atendimento humano permite o crescimento de uma confiança entre médico e paciente, e isso é um elemento relevante nessa relação, pois, uma vez violada, torna-se impossível conservar a relação moldada inicialmente e que deveria ser mantida. Portanto, é imprescindível que o ensino médico colabore para formações de profissionais que prestem um atendimento pautado no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

#### 4.5 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS HOSPITAIS PÚBLICOS

A Constituição Federal de 1998 prevê a igualdade entre homens e mulheres no tocante aos direitos e deveres e ainda lhes confere o direito à plena assistência à saúde. Dispõe o artigo 5º que: “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”. Assim, compete ao Estado não somente o dever de garantir aos cidadãos direitos e garantias, como também, como previsto outrora, o dever de coibir, prevenindo e punindo, a violência contra as mulheres, o que inclui a violência obstétrica.

Nesse sentido, no inciso II, do art. 5º da CF/88, está previsto que “ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante”, o que pode e deve ser interpretado incluindo a prática da violência obstétrica, uma vez que, como explicado anteriormente, entende-se por essa violência toda e qualquer ação ou omissão que cause à mulher dor, sofrimento, constrangimento ou dano sem causa e sem o seu consentimento.

De acordo com o Ministério de Saúde, a taxa de mortalidade materna está aumentando e esse crescimento é também consequência da prática da violência obstétrica<sup>177</sup>. Nesse sentido, é

---

<sup>176</sup> *Ibidem*.

<sup>177</sup> ONGARATTO, Sabrina. Mortalidade Materna: Brasil está cada vez mais longe da meta internacional. **Revista Crescer**. 11 jul. 2019, p. 01. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa->

imprescindível que haja aumento de promoções e efetivação das políticas públicas que, atualmente, não se mostram totalmente eficazes na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, principalmente quando observada a latente desigualdade na distribuição dos serviços nas diferentes regiões do Brasil.

Portanto, para que essas taxas de mortalidade materna e a prática da violência obstétrica decresça, é de suma importância que haja políticas públicas eficazes, com a garantia dos serviços para a totalidade do número de casos; políticas essas que abranjam igualmente as mulheres e suas famílias de todas regiões, durante o pré-natal, o parto e o puerpério e que ainda prevejam a capacitação dos profissionais.

A seguir, serão destacadas algumas políticas públicas voltadas aos hospitais públicos.

#### 4.5.1 Hospital de Minas Gerais

Muitas vezes, as mulheres de classe baixa, ainda que sabedoras da existência do direito a um parto humanizado, possuem obstáculos quando anseiam, por exemplo, um parto domiciliar. No entanto, as mulheres de Belo Horizonte - MG possuem a possibilidade de realizar o desejo desse tipo de parto, por meio do serviço prestado pelo Hospital Sofia Feldman, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os partos ocorrem no Centro de Parto Normal “David Capistrano da Costa Filho”, criado em 2001, com recursos do Ministério da Saúde, sendo, então, a primeira Casa de Parto do Estado de Minas Gerais<sup>178</sup>.

É um local com todas as garantias e segurança necessárias, com um ambiente acolhedor e, conseqüentemente, confortável para as parturientes, oferecendo um atendimento humanizado a elas e aos recém-nascidos de baixo risco.

O CPN (Centro de Parto Normal) é uma unidade intra-hospitalar com a capacidade de atender 150 partos ao mês. Além de respeitar o corpo e a fisiologia natural do parto, acolhe também as famílias e utiliza as práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. Incentiva-se

---

saber/noticia/2019/07/mortalidade-materna-brasil-esta-cada-vez-mais-longe-da-meta-internacional.html. Acesso em: 20 jul. 2020.

<sup>178</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. 2014, p. 07. Disponível em: [http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 12 jun. 2020.

também, o aleitamento materno, a presença dos familiares no momento do nascimento, no corte do cordão umbilical e o protagonismo da mulher em seu trabalho de parto<sup>179</sup>.

A equipe de assistência é formada por enfermeiras obstetras, que acompanham os partos de risco habitual, pois caso ocorram variações, a parturiente é transferida para a maternidade e o trabalho de parto passa a ser acompanhado pelo médico.

Além disso, o contato pele a pele da mãe com o seu filho e a amamentação também são práticas orientadas e estimuladas pelo CPN. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, não são realizadas a soroterapia de rotina (injeção intravenosa de ocitocina sintética), a clister (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pelos) e a episiotomia.

O Centro de Parto Normal possui ainda dois quartos destinados ao momento do parto, onde a parturiente permanece caso esse seja esse o desejo dela, acompanhada durante o período do pré-parto e parto. Aliás, há a estimulação em todo o processo para que a mulher realize caminhadas, ingira líquidos com açúcar, utilize a bola do nascimento (recurso fisioterapêutico), a escada de Ling (que permite a realização de exercícios de agachamento e de levantamento) e as massagens.

A mulher também é informada sobre a possibilidade de práticas complementares, como aurículo-acupuntura, ventosa, escalda-pés, homeopatia e florais. Todos esses métodos visam o alívio da dor de maneira não farmacológica e são oferecidos pelo Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares (parte essa anexa ao Hospital).

Já no trabalho de parto, as escolhas propostas pela parturiente são respeitadas, podendo assumir a posição mais confortável de maneira livre.

O CPN possui também três quartos para alojamento conjunto, compostos por dois leitos cada. Dessa maneira, as mulheres, seus familiares e a equipe de assistência participam dos momentos rotineiros e essa convivência ajuda a compartilhar experiências. Ademais, antes de receberem alta, é sugerido às famílias que realizem o Registro Civil do recém-nascido na própria Unidade Interligada de Registro Civil do Hospital.

---

<sup>179</sup> *Ibidem.*

A pesquisa de satisfação realizada a cada ano pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte revela que o atendimento prestado no Centro de Parto Normal é classificado como ótimo e bom, com cerca de 80% e 20% das opiniões respectivamente<sup>180</sup>.

#### 4.5.2 Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi criada como uma estratégia do Ministério da Saúde para dar estrutura e organizar a atenção à saúde da mulher no país e sua implementação se deu de forma gradativa em todo o território nacional. Tal iniciativa visa oferecer assistência desde o planejamento da família sobre a gravidez, a confirmação da gravidez, o pré-natal, o parto propriamente dito, os 28 dias pós-parto (período do puerpério), até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo isso se dá por meio do Sistema Único de Saúde, com uma estrutura composta por: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e a atenção integral à saúde da criança<sup>181</sup>.

Respeitando as diretrizes quanto ao acolhimento com o cuidado de riscos e vulnerabilidade, amplia-se o acesso e melhora-se a qualidade do pré-natal quanto à vinculação da gestante à unidade de referência para o parto; ao transporte seguro; às boas práticas de segurança e atenção ao parto e nascimento; à atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e solução e; ao acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Implanta-se, dessa maneira, um novo modelo de atenção à saúde da mulher, direcionando ao parto, ao nascimento e também ao crescimento e desenvolvimento da criança. Portanto, a rede de atenção voltada a gestante se organize e, conseqüentemente, reduz-se a mortalidade materna e infantil.

Há, então, duas formas de adesão a essa estratégia: a adesão regional e a adesão facilitada. A primeira é voltada para um conjunto de municípios das regiões de saúde priorizadas pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, por meio dos critérios epidemiológicos e populacionais. Para participar, o município deve procurar o GCE/RC do seu estado e, dessa maneira, participar das discussões regionais prioritárias a serem adotadas. Já para a adesão facilitada, é possível

---

<sup>180</sup> HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Centro de Parto Normal**. Disponível em: <https://www.sofiafeldman.org.br/por-que-o-sofia/centro-de-parto-normal>. Acesso em: 15 jun. 2020.

<sup>181</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-mulher/redecegonha#:~:text=A%20Rede%20Cegonha%20sistematiza%20e,%2C%20acad%C3%AAAmicos%2C%20antrop%C3%B3logos%2C%20soci%C3%B3logos%2C>. Acesso em: 15 jun. 2020.

programar os componentes a serem realizados no pré-natal e puerpério, além da atenção integral à saúde da criança. Tal modalidade de adesão é voltada para os municípios que estão fora da região prioritária. Para aderir, cada município deve informar seu plano de ação por meio do Sistema de Plano de Ação das Redes Temáticas.

Nesse último caso, o município fica competente por meio da sua secretaria municipal de saúde a implantar a Rede Cegonha no âmbito municipal e a coordená-la por meio do grupo condutor do município, além de contar com financiamento, contratação e avaliação do território municipal.

O Ministério da Saúde oferece, então, recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de detecção de sífilis e HIV, além de testes ágeis de gravidez. Também é possibilitada a ampliação e qualificação dos leitos de UTI adulto, UCI e UTI neonatal, para gestações consideradas de alto risco<sup>182</sup>.

Ademais, a Rede Cegonha permite e interfere de forma direta na qualidade da assistência pré-natal nos serviços do Sistema Único de Saúde, pois avalia os parâmetros que fazem parte do PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento)<sup>183</sup>.

#### 4.5.3 Plano de parto

O plano de parto é uma das formas de garantir os direitos no parto e funciona até como uma prova de que ocorreram violências durante o parto, uma vez que ele expressa uma declaração de vontade antecipada. Alguns, inclusive, são feitos em cartórios. É também recomendado pela Organização Mundial da Saúde para a melhoria das condições do parto, apesar de ser um instrumento simples e que qualquer parturiente pode realizá-lo<sup>184</sup>.

Trata-se, então, de uma lista em que a gestante menciona todos os procedimentos e vontades com os quais ela concorda ou não durante o seu trabalho de parto. Incluindo-se, nesse caso, também o pré-parto e pós-parto. Ademais, registra-se nesse documento tudo o que foi

---

<sup>182</sup> *Ibidem*.

<sup>183</sup> MARTINELLI, Katrini Guidolini *et al.* Adequação do Processo da Assistência Pré-natal Segundo os Critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Vitória, v. 36, n. 2, jan./2014, p. 60. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 18 jun. 2020.

<sup>184</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Parto**. 2017, p. 12. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao\\_em\\_saude/parto\\_adequado/projeto-parto-adequado-sap-plano-de-parto.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/projeto-parto-adequado-sap-plano-de-parto.pdf). Acesso em: 18 jun. 2020.

devidamente conversado com o profissional médico e que, dessa maneira, foi consentido pela mulher para que pudesse ser realizado.

O plano deve ser entregue no hospital eleito para o parto, bem como para o médico. Portanto, serve como comprovação de que a gestante refletiu, compreendeu e está ciente de tudo que será realizado com ela e, dessa forma, tende-se a preservar os seus direitos.

É importante ressaltar que, caso a entrega do plano seja recusada, é importante, igualmente, denunciar na ouvidoria tal situação. Caso seja um hospital particular, deve-se fazê-lo com a ouvidoria da instituição para que seja formalizada a denúncia, além de registrar uma denúncia na ANS (Agência Nacional de Saúde) e complementar no PROCON (Programa de Proteção e Defesa do Consumidor). Agora, se a instituição que descumpriu for do SUS ou conveniada, a denúncia pode ser realizada por meio do telefone 136, pelo próprio site do Ministério da Saúde, ou ainda, na Secretaria Estadual da Saúde do Estado correspondente ao local da recusa<sup>185</sup>.

#### 4.6 JURISPRUDÊNCIA E LEI MODELO

Atualmente, no nosso Judiciário, a única decisão que de fato considera o conceito mais verdadeiro de violência obstétrica e aborda o tema da maneira mais condizente com os estudos e as recomendações é a Apelação nº 0001314-07.2015.8.26.0082, que possui a seguinte emenda *in verbis*:

##### 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 têm 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, 2017, on-line)<sup>186</sup>.

---

<sup>185</sup> *Ibidem*.

<sup>186</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Processo nº 0001314-07.2015.8.26.0082. Relator: Desembargador Fábio Podestá.

Além disso, tramita um Projeto de Lei, PL nº 7.633 de 2014, do Deputado Federal Jean Wyllys, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Essa seria a lei federal ideal para compor o nosso ordenamento jurídico. Com ela, não haveria a necessidade de os municípios e estados legislarem sobre tal assunto, exceto para complementá-la conforme as necessidades da região. Contudo, enquanto isso não ocorre, continuam sendo importantes as disposições de tais estados e municípios da federação, evitando dessa maneira, maiores números de violência obstétrica e, por conseguinte, promovendo a prevenção, até que se note que o tema possui relevância nacional e necessita de uma legislação de âmbito nacional.

## 5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como se faz necessária uma implantação de cuidados e providências não só por meio do âmbito da ciência do Direito, mas também a partir da consideração da interdisciplinaridade existente no tema.

Compreende-se, portanto, como um parto humanizado aquele que respeita, acima de tudo, as vontades e liberdades da mulher, tendo em vista a sua figura de protagonista em um momento tão especial e natural da sua vida. Além disso, é importante ressaltar que o atendimento com uma vertente humanizada contribui para diminuição dos números de mortalidade materna e neonatal, garantido, dessa maneira, os direitos básicos à vida, à saúde e à informação.

Logo, se observados os inúmeros casos e exemplos de violência obstétrica em todo o território nacional, a normativa jurídica existente não é suficiente. Faz-se primordial adotar um entendimento singular, no sentido de dar um conceito à violência obstétrica e trazer todas as suas consequências, pois inexiste legislação una que considere o aspecto da definição, o modelo de atendimento - tendo em vista um modelo ideal, que preserve os direitos fundamentais da parturiente -, uma vez que as normativas existentes, além de não vigorarem em todas as unidades da federação, também não compreendem a carência do tema. Entretanto, embora exista o ordenamento nas esferas municipais e estaduais, valoroso no sentido de estimular o poder legislativo brasileiro a aprovar o Projeto de Lei Federal inerte no Congresso Nacional, conclui-se que ainda existem lacunas legislativas, devendo tal tema ser enfrentado no plano nacional.

Doravante, apesar de muitas mulheres terem conhecimento sobre violência obstétrica, a grande maioria das que já foram gestantes tiveram indicações de cesárea. Assim, a maioria das mulheres passou por uma cesariana desnecessária, capaz de causar prejuízos à própria parturiente e também ao bebê. Do mesmo modo, passam por outras situações de condutas tipificadas como violência obstétrica quando: são privadas dos movimentos na hora do parto; é aplicado soro a fim de contrair artificialmente o útero; falta liberdade para ingerir líquidos; há toques indesejados ou realizados desnecessariamente, além de sentimento de inferioridade, constrangimento e vulnerabilidade.

Posto isso, entendemos que tais condutas são alarmantes e não consideramos que há algum nível suportável ou tolerável de violência obstétrica, tendo em conta que se trata de um

problema crônico e preocupante, capaz de colocar em riscos direitos básicos e fundamentais do gênero feminino.

Embora seja importante salientar que a violência obstétrica reflete intensamente na mercantilização do parto, esta, além de uma causa, é também um efeito. De acordo com o apurado por todo o trabalho no tópico da mercantilização, a relação consumerista com a vertente financeira causa um desajuste nas horas de trabalho e nos salários dos profissionais de saúde. Conseqüentemente, tem-se um atendimento nada humanizado e, muitas vezes, massificado conforme com o período do ano, que acaba por influenciar o tipo de parto a ser realizado.

Encerrando todo o exposto, é significativo acentuar que o Judiciário, na esfera nacional, é carente de condutas pró-direito das mulheres no parto, tendo em vista que, até o momento, a maioria dos membros que compõem o Congresso Nacional visam os direitos das mulheres tão somente como uma forma de tratar do aborto. Uma das razões para isso é a bancada religiosa que segura o Projeto de Lei Federal que tem por objeto a violência obstétrica. Banaliza, então, toda a questão que envolve os direitos a um parto humanizado, marcado pelo protagonismo da mulher.

Por isso, não foi acessível encontrar jurisprudências que tratassem tão bem do conceito e não usassem meramente a relação de consumo aplicando, portanto, uma indenização quando entendesse haver culpa médica. Logo, a jurisprudência não tem sido efetiva e/ou suficiente para reparar os casos de violência obstétrica, pois não estabelece da maneira correta o conceito e as conseqüências. Falta legislação a aplicar e conhecimento por parte dos membros do Poder Judiciário, uma vez que se faz insuficiente a aplicação da normativa existente e estranha para muitos profissionais do Direito.

Com isso, ainda que exista uma normativa jurídica que proteja o assunto de maneira sucinta nas normas municipais e estaduais, além de programas do Governo Federal na esfera administrativa, se faz necessária uma revisão e adequação no modelo de atendimento obstétrico e neonatal. Mesmo que os entes da federação possuam o interesse e até mesmo normas que cuidem dos direitos das parturientes, seria ideal uma norma de âmbito federal a fim de que sejam implantados mecanismos eficazes por meio de políticas públicas e da observação necessária pelos órgãos de saúde, além de penalidades condizentes que se efetivassem com o intuito de garantir a regularização da saúde da mulher em todo o Estado brasileiro. Ademais, para que se chegue nesse ideal, é importante que sejam criadas estratégias para que tal efetivação e melhoria ocorram por meio de programas e políticas públicas internacionais e nacionais direcionadas à assistência integral quanto às boas práticas, tendo em vista: a Atenção

ao Parto, Nascimento Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 - Lei do acompanhante e também a Rede cegonha, além da aprovação do Projeto de Lei nº 7633/2014 que tramita no Congresso Nacional.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência Institucional em Maternidades Públicas sob a Ótica das Usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 jun. 2020.
- ALENCAR, Emanuela Cardoso Onofre de. Violência Obstétrica: a outra face da violência contra mulheres. **Justificando**. 2020. Disponível em: <https://www.justificando.com/2020/05/29/violencia-obstetrica-a-outra-face-da-violencia-contra-mulheres/>. Acesso em: 05 jun. 2020.
- ALMEIDA, Guido Antônio de. Sobre o princípio e a lei universal em Kant. **Kriterion: Revista de Filosofia**, v. 47, n. 114, dez./2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/kr/v47n114/a0247114.pdf>. Acesso em: 11 maio 2020.
- ALMEIDA, Rodolfo; ZANLORENSSI, Gabriel. Quais os dias e horários mais frequentes para partos normais e cesarianas. **Nexo Jornal**. 14 mar. 2018. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/03/14/Quais-os-dias-e-hor%C3%A1rios-mais-frequentes-para-partos-normais-e-cesarianas>. Acesso em: 03 jul. 2020.
- AMORIM, Melania Maria Ramos; KATZ, Leila. O Papel da Episiotomia na Obstetrícia Moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, ago./2008.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. O Fórcepe Ainda é Necessário? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 4, dez./2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302002000400025](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400025). Acesso em: 17 maio 2020.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, set./2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.
- BARCELLOS, Luiza Gonçalves; SOUZA, André Oliveira Rezende de; MACHADO, César Augusto Frantz. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, nov./2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/513](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/513). Acesso em: 08 março 2020.
- BEAUCHAMP, Tom Lamar; CHILDRESS, James Franklin. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BERBERT, Susana. Teste de Apgar: o que é? **Revista Crescer**. 25 nov. 2015. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Cuidados-com-o-recem-nascido/noticia/2015/11/teste-de-apgar-o-que-e.html>. Acesso em: 12 jun. 2020.
- BERGSTEIN, Gilberto. **A informação na relação médico-paciente**. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores Culturais que Interferem nas Experiências das Mulheres Durante o Trabalho de Parto e Parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, jun./2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300016&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300016&script=sci_arttext). Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 428**, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Brasília, DF. 07 nov. 2017. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>. Acesso em: 10 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 03 jun. 2008. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 10 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Congresso. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF. 12 jan. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm). Acesso em: 10 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, DF. 2016. P. 02. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF. 10 out. 1996. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso em: 10 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 05 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando Sobre Violência Obstétrica**. São Paulo, SP. 2018. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha\\_VO\\_JUL\\_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf). Acesso em 05 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF.

07 abr. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília, DF. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf). Acesso em: 27 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário Temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sgtes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf). Acesso em: 23 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 12 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ministério Lança Protocolo com Diretrizes para Parto Cesariana**. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>. Acesso em: 14 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília. 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

\_\_\_\_\_. 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. Brasília, DF. 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Acesso em: 30 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Parto**. 2017. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao\\_em\\_saude/parto\\_adequado/projeto-parto-adequado-sap-plano-de-parto.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/projeto-parto-adequado-sap-plano-de-parto.pdf). Acesso em: 18 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Brasília, DF. 2013. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizaus>. Acesso em: 09 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 10 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/redecegonha#:~:text=A%20Rede%20Cegonha%20sistemiza%20e,%20acad%C3%A2A%20Amigos%20antrop%C3%B3logos%20soci%C3%B3logos%20>. Acesso em: 15 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. 1 ed. Brasília, DF. 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf). Acesso em: 08 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF. 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 17 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 722.940. Relator: Ministro Carlos Meira. Data de julgamento: 24 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Processo nº 0001314-07.2015.8.26.0082. Relator: Desembargador Fábio Podestá.

BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil no Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 7, jun. 1991. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002). Acesso em: 11 maio 2020.

BUGLIONE, Samantha. Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. **Portal Jus**. Fev. 2001. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/1855/reproducao-e-sexualidade-uma-questao-de-justica>. Acesso em: 02 maio 2020.

CABRAL, Érico de Pina. A Autonomia no Direito Privado. **Revista de Direito Privado**, v. 5, n. 19, set. 2004. Disponível em: [http://biblioteca2.senado.gov.br:8991/F/?func=item-global&doc\\_library=SEN01&doc\\_number=000723364](http://biblioteca2.senado.gov.br:8991/F/?func=item-global&doc_library=SEN01&doc_number=000723364). Acesso em: 07 jul. 2020.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. *Formas de Violencia Obstétrica Experimentada por Madres que Tuvieron un Parto Normal*. **Enfermería Global**, Múrcia, v. 16, n. 3, jun./2017. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CHIAROTTI, Susana. MATUS, Veronica. **Guia para capacitação**: dos direitos humanos aos direitos das humanas. São Paulo: Instituto para Promoção da Equidade – IPÊ, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. **Ministério da Saúde Lança Campanha para Incentivar Parto Normal**. 07 maio 2008. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Ministerio-da-Saude-lanca-campanha-para-incentivar-parto-normal-11-2342.shtml>. Acesso em: 06 jun. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O Corte por Cima e o Corte por Baixo**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Vol. 01, n. 01, jan./2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo). Acesso em: 30 maio 2020.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: teoria das obrigações contratuais e extracontratuais**. 27 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

DINIZ, Simone G. **Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: o caso da episiotomia no Brasil**. out./2005. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sdiniz.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

EQUIPE HANAMI (org.). **A História do Parto**. [20--?]. Disponível em: [www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/](http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/). Acesso em: 11 maio 2020.

FARIA, Helena Omena Lopes de; MELO, Mônica de. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. 1998. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/tratado9.htm>. Acesso em: 09 jun. 2020.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A Operação Cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, jun./1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

FERREIRA, Ruth Rodrigues. **A Lei do Acompanhante e a Presença da Doula: temos que falar sobre isso**. 14 jan. 2016. Disponível em: <https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2016/01/14/a-lei-do-acompanhante-e-a-presenca-da-doula/>. Acesso em: 20 maio 2020.

FIEL, Luciana; MORAIS, Jershon. **Da Gestação ao Nascimento do Bebê**. Viçosa: Centro de Produções Técnicas, 2001.

FIOCRUZ. **Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como?** 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29744/2/DEIXAR%20DE%20FAZER%20MANO%20BRA%20DE%20KRISTELLER.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. 2014. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_943835885.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Vídeo: nascer no Brasil**. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video-nascer-no-brasil#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20chance%20de,no%20Brasil%2C%20coordenada%20pela%20Fiocruz>. Acesso em: 09 jun. 2020.

FORMENTI, Lígia; CAMBRICOLI, Fabiana. Ministério da Saúde Lança Diretrizes Contra Manobras Agressivas em Partos. **Estadão Notícias**. 06 mar. 2017. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contramanobras-agressivas-em-partos,70001688083>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FRANZIN, Adriana. Só há duas indicações absolutas de cesárea, diz médico da Federação de Obstetrícia. **Portal EBC**. 16 out. 2014. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/infantil/para->

pais/2014/10/so-ha-duas-indicacoes-absolutas-de-cesarea-diz-medico-da-federacao-de.  
Acesso em: 27 maio 2020.

GOLDIM, José Roberto. **Código de Nuremberg**. Bioética. 1997. Disponível em:  
<https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>. Acesso em: 23 jul. 2020.

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim *et al.* Relação Médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, ago. 2012. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014). Acesso em: 20 maio 2020.

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência Contra a Mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, ago./2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Centro de Parto Normal**. Disponível em:  
<https://www.sofiafeldman.org.br/por-que-o-sofia/centro-de-parto-normal>. Acesso em: 15 jun. 2020.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A Formação em Obstetrícia**: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese (Doutorado em Medicina). Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em:  
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Sumaré: Editora Martin Claret, 2019.

LANSKY, Sônia *et al.* Violência Obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, ago./2019. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802811](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811). Acesso em: 23 maio 2020.

LEITE, Júlia Campos. **Abordagem Jurídica da Violência Obstétrica**. Monografia (Graduação em Direito). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em:  
<http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-23052017-165756/publico/TCCJuliaCamposLeite.pdf>. Acesso em: 23 maio 2020.

LEONARDI, Carla. Entenda as posições em que o bebê pode estar na hora do parto. **Bebê.com.br**. 28 out. 2016. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/entenda-as-posicoes-em-que-o-bebe-pode-estar-na-hora-do-parto/>. Acesso em: 03 jul. 2020.

LIMA, Caroline Araújo Florêncio de. **A Participação das Mulheres na Elaboração da Constituição Federal de 1988**: o lobby do batom. Monografia (Graduação em Direito). Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, Rio Grande do Norte, 2016. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/3293>. Acesso em: 05 maio 2020.

LIMA, Francisco Meton Marques de. **Manual de Direito Constitucional**. São Paulo: Editora Ltr, 2005.

MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, nov./2009. Disponível em: [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/322/390](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/322/390). Acesso em: 12 jun. 2020.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MARTINELLI, Katrini Guidolini *et al.* Adequação do Processo da Assistência Pré-natal Segundo os Critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Vitória, v. 36, n. 2, jan./2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 18 jun. 2020.

MENEZES, Rachel Aisengart. Entre Normas e Práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1429-1449, dez./2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000400014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400014). Acesso em: 23 maio 2020.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 12 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MORAES, Eleonora. Tipos de Parto? Que Classificação é Essa? **Despertar do parto**. Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/tipos-de-parto-que-classificacao-eh-essa.html>. Acesso em: 21 jul. 2020.

MOREIRA FILHO, Alonso Augusto; OLIVEIRA, Vandenise Krepker de. Parto de Cócoras: como é? Quais as vantagens e desvantagens? Como evolui? **ABC MED**. 04 ago. 2014. Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/gravidez/558952/parto+de+cocoras+como+e+quais+as+vantagens+e+desvantagens+como+evolui.htm#:~:text=O%20parto%20de%20c%20c%20C3%B3coras%2C%20Oou,usual%20mant%20C3%A9m%2Dse%20de%20c%20C3%B3coras>. Acesso em: 14 maio 2020.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A Institucionalização Médica do Parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set./2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300021](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021). Acesso em: 06 jun. 2020.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e Patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, abr./2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a07v18n1.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

ONGARATTO, Sabrina. Mortalidade Materna: Brasil está cada vez mais longe da meta internacional. **Revista Crescer**. 11 jul. 2019. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2019/07/mortalidade-materna-brasil-esta-cada-vez-mais-longo-da-meta-internacional.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Set./1995. Disponível em:

[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf). Acesso em: 02 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=A06D2CA01C3D210ACFAFF28C527D4CC3?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=A06D2CA01C3D210ACFAFF28C527D4CC3?sequence=3). Acesso em: 27 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 09 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra: 1996.

PETRONI, Maju. Estudo com a USP Faz OMS Mudar Recomendações Sobre Parto Normal. **Jornal da USP**. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/estudo-com-usp-faz-oms-mudar-recomendacoes-sobre-parto-normal/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

PIMENTEL, Silvia Carlos da Silva. Direitos Reprodutivos e Ordenamento Jurídico Brasileiro: subsídios a uma ação jurídico-política transformadora. **Folha de São Paulo**. São Paulo, São Paulo, 1993.

PORTELA, Ana Rebeca Paulino; SILVA, Emanuela Nascimento. **A psicologia dialogando com a violência obstétrica e o direito da mulher: uma revisão bibliográfica**. Recife: Editora Companhia das Letras, 2010.

PRÁ, Jussara Reis; EPPING, Léa. Cidadania e Feminismo no Reconhecimento dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, abr./2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v20n1/a03v20n1.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, mar./2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 17 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1996.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Brasil). **Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Brasília, DF. 2012. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

REGIS, Lorena Fagundes Ladeia Vitória; PORTO, Isaura Setenta. A Equipe de Enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, ago./2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400018&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 06 jun. 2020.

SAFATLE, Vladimir. A Forma Institucional da Negação: Hegel, liberdade e os fundamentos do estado moderno. **Kriterion: Revista de Filosofia**, v. 53, n. 125, jun./2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/kr/v53n125/08.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 17 jan. 2017. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html#:~:text=1%C2%BA%20A%20presente%20Lei%20tem,Art..](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html#:~:text=1%C2%BA%20A%20presente%20Lei%20tem,Art..) Acesso em: 10 jun. 2020.

SANT'ANA, Maurício Requião de. **Autonomia, incapacidade e transtorno mental: propostas pela promoção da dignidade**. 2015. Monografia (Especialização em Direito). Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos *et al.* O Que os Cartões de Pré-natal das Gestantes Revelam Sobre a Assistência nos Serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, set./2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 maio 2020.

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na Assistência ao Parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, set./2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300018](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300018). Acesso em: 20 maio 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, jul./1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 05 maio 2020.

SILVA, Antônio Augusto Moura da *et al.* Morbidade Neonatal *Near Miss* na Pesquisa Nascido no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, jan./2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300023&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 27 maio 2020.

SILVA, Rafaela Camila Freitas da *et al.* Satisfação no Parto Normal: encontro consigo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, out./2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100450](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100450). Acesso em: 17 maio 2020.

SILVA, Thamiles Sena da *et al.* A Extensão Universitária e a Prevenção da Violência Obstétrica. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, mar./2017. Disponível em: [https://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/1589/1360](https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1589/1360). Acesso em: 20 jun. 2020.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento**. São Paulo: Editora Artemis, 2015.

SOUZA, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, abr./2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/12.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2020.

STEINMETZ, Wilson. **A vinculação dos particulares a direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Malheiros, 2005.

STREY, Marlene Neves. Será o século XXI o século das mulheres? *In*: STREY, Marlene Neves *et al.* **Construções e Perspectivas em Gênero**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2000.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia Existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, v. 16, jun./2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232/214>. Acesso em: 26 jun. 2020.

VALLE, Daniela. Mercantilização da saúde e violência obstétrica. **Justificando**. 26 jun. 2017. Disponível em: <http://www.justificando.com/2017/07/26/mercantilizacao-da-saude-e-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

VARELLA, Drauzio. Herpes Genital na Gravidez. **UOL**. 21 nov. 2016. Disponível em: [https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/herpes-genital-na-gravidez-artigo/#:~:text=Em%20casos%20de%20herpes%20genital,\(HSV\)%20tem%20consequ%C3%AAs%20graves](https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/herpes-genital-na-gravidez-artigo/#:~:text=Em%20casos%20de%20herpes%20genital,(HSV)%20tem%20consequ%C3%AAs%20graves). Acesso em: 14 maio 2020.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A História do Parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, v. 16, n. 1, jan./2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 11 maio 2020.

VENEZUELA. **Lei nº 38.668**, de 23 de abril de 2007. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 23 maio 2020.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3 ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf). Acesso em: 07 jul. 2020.

XAVIER, Elódia. **Declínio do Patriarcado: a família no imaginário feminino**. Rio de Janeiro: Record, 1998.