

PELO DIREITO DE PARIR: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

Cristiane Achilles Guedes¹
Luiza Nogueira Borges²

RESUMO: Este artigo tem como objetivo conscientizar as mulheres sobre os seus direitos no pré-parto, parto e puerpério, bem como sobre as medidas que podem (e devem) ser adotadas caso venham a ser vítimas de violência obstétrica. Com isso, busca-se evitar que novos casos se repitam, além da responsabilização – civil e/ou penal – do profissional de saúde e/ou estabelecimento médico-hospitalar, assim como a reparação dos danos causados, sejam eles morais, materiais ou estéticos.

PALAVRAS-CHAVE: Mulher. Violência Obstétrica. Humanização. Parto Respeitoso. Empoderamento.

SUMÁRIO: 1 Introdução. 2 A Violência Contra a Mulher e os Tratados Internacionais. 3 O Conceito Internacional De Violência Obstétrica. 3.1 As Formas De Violência Obstétrica. 4 A Parturiente Como Sujeito De Direitos. 4.1 Do Direito Ao Acompanhante (Lei Nº 11.108/2005). 4.2 Do Direito À Doula (“Lei Das Doulas”). 4.3 Do Direito À Informação. 4.4 Do Direito À Intimidade E Privacidade. 4.5 Do Direito Ao Atendimento Digno. 4.6 Do Direito Ao Atendimento Baseado Em Evidências Científicas. 4.7 Do Direito Ao Planejamento Familiar. 4.8 Do Direito À Vinculação A Uma Maternidade. 5 A Declaração Da Oms Para Prevenção E Eliminação De Abusos, Desrespeito E Maus-Tratos Durante O Parto Em Instituições De Saúde. 6 O Emblemático Caso De Adelir Carmem Lemos De Goés E O Projeto De Lei Nº 7633/2014. 7 Da Responsabilidade Civil No Caso De Violência Obstétrica. 8 Da Responsabilidade Penal Nos Casos De Violência Obstétrica. 9 Das Medidas A Serem Adotadas No Caso De Violência Obstétrica. 10 Considerações Finais. 11 Referências.

¹ Defensora Pública na Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Enfermeira Obstetra no Instituto Nascir – Belo Horizonte/MG. Bacharel em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte, Campus Coração Eucarístico. Especialização em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário UNA em parceria com o Hospital Sofia Feldman.

1 INTRODUÇÃO

O nascimento é, historicamente, um evento natural, representando um acontecimento muito importante na vida das mulheres; um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel: o de ser mãe (TEDESCO *et al.*, 2004). As primeiras civilizações agregaram a esse acontecimento inúmeros significados culturais, que, com o passar dos anos, sofreram transformações (WOLFF, MOURA, 2004).

Segundo Wolff e Moura (2004), o parto foi, durante muito tempo, um evento privado, íntimo e feminino, uma forte experiência corporal e emocional que possibilitava às mulheres se subjetivarem e resgatarem sua individualidade, passando a ser vivido de maneira pública e institucionalizada ao se deslocar para as instituições de saúde. A mudança do parto doméstico, assistido por parteiras, para o parto hospitalar, conduzido por médicos, conferiu à assistência obstétrica novos significados. De evento fisiológico, feminino, familiar e social, o parto e o nascimento transformaram-se em um ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se tornou a regra, e não a exceção.

Instaurou-se, assim, um modelo tecnocrático de assistência ao parto com as seguintes características: a) a eliminação da mulher como sujeito do parto, cabendo ao médico a autoridade, a responsabilidade e a condução ativa do processo; b) o não reconhecimento de situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; c) a atuação intervencionista do médico; d) a supervalorização da utilização de tecnologias; e) a alienação da parturiente em relação ao profissional e f) o direcionamento do sistema obstétrico ao lucro (MAIA, 2010).

Para Maia (2010), a assistência ao parto e o nascimento no Brasil apresentam aspectos bastante próprios. O modelo tecnocrático hegemônico é responsável por resultados maternos e perinatais piores que os encontrados em outros países com igual ou, até mesmo, menores índices de desenvolvimento socioeconômico. Os dados oficiais revelam que as taxas de cesariana nos serviços privados são superiores a 80%, número sem correspondente em qualquer outro lugar do planeta. As taxas de mortalidade materna ainda são desproporcionalmente elevadas, considerando-se que, nas últimas décadas, houve melhoria de inúmeros outros indicadores de saúde das mulheres. Da mesma forma, a mortalidade neonatal precoce,

que reflete, em grande parte, a qualidade de assistência obstétrica, é o componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos.

Embora as práticas violentas da assistência ao parto já estivessem em discussão no Brasil desde as décadas de 1980 e de 1990, especialmente promovidas pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, foi apenas entre 2007 e 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser utilizado no país, com seus conteúdos e circunstâncias associadas ainda permanecendo em grande invisibilidade e/ou sendo naturalizadas por grande parte das gestantes, profissionais da saúde, gestores e população em geral (SENA & TESSER, 2017).

O presente artigo busca dar visibilidade ao tema, evidenciando as diferentes dimensões da violência na assistência ao parto e ao nascimento, e desnaturalizando diversos procedimentos comuns na prática obstétrica. O objetivo é conscientizar as mulheres sobre os seus direitos no pré-parto, parto e puerpério, bem como as medidas que podem (e devem) ser adotadas caso venham a ser vítimas de violência obstétrica, evitando, assim, que novos casos se repitam.

O tema se mostra pertinente, tendo em vista pesquisa realizada, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, intitulada “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, na qual se constatou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto.

Ademais, a Declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 'Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde', publicada em 2014, legitimou a violência obstétrica como um problema de saúde pública e incentivou a criação de ações inovadoras voltadas para visibilizar, prevenir e remediar essa forma de violência.

2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E OS TRATADOS INTERNACIONAIS

A Constituição Federal prevê a igualdade de direitos entre homens e mulheres. No entanto, as mulheres ainda sofrem diversos tipos de discriminações, sendo vítimas das mais variadas formas de violência. Tal cenário tem como pano de fundo a chamada ‘cultura do machismo’, tão fortemente enraizada na sociedade atual, dominada por valores que priorizam o masculino.

A partir dos anos de 1970, houve um crescimento significativo dos movimentos feministas que lutam pelo empoderamento da mulher e a igualdade de gênero. Como frutos desses movimentos, foram firmados diversos tratados internacionais como, por exemplo, a Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, mais conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994).

Segundo a Convenção de Belém do Pará, adotada em 1994 pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) e ratificada pelo Brasil em 1995, a violência contra a mulher é qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado³.

A referida Convenção determinou que os Estados Partes se empenhassem em incorporar na legislação interna normas necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, promovendo, assim, a igualdade de gênero. O Estado brasileiro, dando cumprimento aos acordos internacionais previstos na Convenção de Belém do Pará, publicou, no dia 7 de agosto de 2006, a Lei nº 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha. A Lei nº 11.340/2006 criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Um dos seus avanços foi a conceituação, em um rol não taxativo, das diversas formas de violências sofridas pelas mulheres, veja-se:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I – **a violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II – **a violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de

³ “Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.” (art. 1º da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher).

ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III – **a violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV – **a violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V – **a violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

No Brasil, não existe norma que tipifique o conceito de violência obstétrica. No entanto, países como Argentina e Venezuela a consideram como umas das formas de violência de gênero contra as mulheres, devendo ser prevenida, punida e erradicada.

3 O CONCEITO INTERNACIONAL DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (VENTURI *et al.*, 2010).

A Venezuela foi o primeiro país latino-americano a adotar, por meio da lei de 2007, a expressão “violência obstétrica”, como fruto de reivindicações de parte do movimento feminista local e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público (SOUZA, 2013).

Na lei venezuelana, a violência obstétrica é definida em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissio-

nais da saúde, podendo ser expressa por: tratamento desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com conseqüente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher, veja-se:

Artículo 15. Formas de violencia. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: [...] 13. Violencia obstétrica: Es la apropiación del cuerpo y sexualidad reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Ley Orgánica Sobre el Derecho de Las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia)⁴.

De acordo com D'Gregorio (2010), a violência obstétrica está presente nas seguintes práticas: proibir a mulher de ser acompanhada por seu parceiro ou outra pessoa de sua família ou círculo social; realizar qualquer procedimento sem prévia explicação do que é ou do motivo de estar sendo realizado; realizar qualquer procedimento sem anuência prévia da mulher; realizar procedimentos dolorosos ou constrangedores sem real necessidade, tais como: enema, tricotomia, permanência na posição litotômica, impedimento de movimentação, ausência de privacidade; tratar a mulher em trabalho de parto de maneira agressiva, rude, sem empatia, ou como alvo de piadas; separar o bebê saudável de sua mãe após o nascimento sem qualquer necessidade clínica justificável.

A violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, de intervenções e de procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas (D'OLIVEIRA, 2002).

⁴ "Formas de violência. Se consideran formas de violencia de género contra as mulheres as seguintes (...) Violência obstétrica: É apropriação do corpo e processo reprodutivo das mulheres por profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na vida das mulheres." (Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência).

Segundo Diniz e D'Oliveira (1998), muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos.

3.1 AS FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, seja por meio da violência física, psicológica, sexual ou institucional.

A violência física ocorre por meio de ações que incidam sobre o corpo da mulher, causando dor ou dano físico, sem recomendação baseada em evidências científicas. Como exemplos, pode-se citar a aplicação da ocitocina sintética a fim de contrair artificialmente o útero; a privação da anestesia quando necessária e reivindicada pela mulher; os exames de toques indesejados e/ou realizados por diferentes pessoas; a ruptura artificial da bolsa sem o consentimento da mulher; a manobra de Kristeller, que ocorre quando o profissional de saúde pressiona a barriga da gestante, forçando-a para baixo; a episiotomia desnecessária, que consiste no corte feito na região do períneo, localizada entre a vagina e o ânus da mãe; a sutura da episiotomia maior que a necessária para fechar o corte a fim de estreitar a vagina e oferecer maior prazer sexual ao parceiro (“ponto do marido”); a imposição de cesárias sem a real indicação clínica, a privação de movimentos das gestantes durante o trabalho de parto; o não fornecimento de líquidos e alimentos à gestante; a privação de métodos naturais para alívio da dor, dentre diversos outros.

Por sua vez, a violência psicológica ocorre por meio de ações verbais ou comportamentais que causem na mulher sentimentos de inferioridade, diminuição da autoestima, vulnerabilidade, medo, insegurança ou instabilidade emocional. Como exemplos, pode-se citar todo tipo de humilhação, tortura psicológica, ameaças, chacotas e ofensas. Frases como: “Na hora de fazer, você gostou, né?”; “Reclama agora, mas ano que vem está aqui de novo!”; “Faz força, você é muito mole! Preguiçosa!”; “Você vai parir deitada porque você não é índia”; “Cala a boca e faz força direito! Você quer matar seu filho?!” são muito comuns, porém, não devem ser encaradas como nor-

mais ou aceitáveis. Todas as mulheres têm direito ao acolhimento respeitoso nos serviços de saúde, livre de qualquer discriminação ou violência.

Já a violência sexual ocorre por meio de ações que buscam controlar a sexualidade da mulher por meio do abuso de poder. Como exemplo, pode-se citar os contatos físicos forçados por meio dos exames de toques desnecessários que, muitas vezes, são realizados por diversas pessoas sem a devida apresentação e sem os esclarecimentos sobre a necessidade do exame; os comentários referentes à relação sexual durante o exame de toque: “Assim dói? O do seu marido não é maior?”; as laqueaduras (esterilização feminina) sem aviso prévio, sem esclarecimento e sem consentimento, dentre outros.

Por fim, a violência institucional ocorre por meio de ações ou formas de organização que dificultam ou impeçam o acesso das mulheres aos serviços, sejam eles de natureza pública ou privada, além do descumprimento da legislação vigente que assegura diversos direitos às parturientes. Como exemplo, pode-se citar a falta de vagas em hospitais e a omissão de encaminhamento adequado para outras instituições de saúde; a não permissão de entrada de um acompanhante escolhido livremente pela mulher; a cobrança de valores indevidos para a permissão de entrada do acompanhante, o impedimento de entrada das doulas para acompanhar o pré-parto, parto e puerpério, dentre outros.

4 A PARTURIENTE COMO SUJEITO DE DIREITOS

Diante desse cenário, iniciou-se um movimento contra a violência obstétrica no Brasil, derivado das crescentes críticas a respeito da assistência ao parto no país. Tal movimento busca a participação ativa da mulher, o seu empoderamento e o seu protagonismo durante o processo de parto, bem como a conscientização sobre os seus direitos durante a gestação, o parto e o pós-parto. Como frutos desses movimentos, foram reconhecidos diversos direitos à parturiente, que serão tratados a seguir.

4.1 DO DIREITO AO ACOMPANHANTE (LEI Nº 11.108/2005)

A Lei Federal nº 11.108, mais conhecida como Lei do Acompanhante, publicada no dia 7 de abril de 2005, garante à parturiente a presença de um acompanhante de sua livre escolha, durante todo o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto, veja-se:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Vale pontuar que o artigo 19-L da Lei do Acompanhante tinha a seguinte redação:

O descumprimento do disposto no art. 19-J e em seu regulamento constitui crime de responsabilidade e sujeita o infrator diretamente responsável às penalidades previstas na legislação.

No entanto, foi vetado por violação ao artigo 85 da Constituição Federal, pois não se enquadrava em nenhuma das hipóteses constitucionais de crimes de responsabilidade. Ademais, violava o princípio da legalidade, eis que não definia com clareza a conduta a ser incriminada, nem tampouco o preceito secundário, descumprindo, assim, a garantia constitucional dos cidadãos de não serem punidos por crimes cuja descrição seja vaga e imprecisa e de não serem castigados com penas cuja espécie e quantidade não são determinadas previamente. Em razão do veto, a Lei nº 11.108/2005 deixou de prever as sanções cabíveis caso a mulher seja impedida de ter um acompanhante durante todo o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto, o que, de certa forma, esvazia a eficácia do instrumento legal.

Para regulamentar essa lei, conforme determinação do parágrafo 2º, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 2.418, publicada no dia 2 de dezembro de 2005, que definiu como período de pós-parto imediato àquele compreendido nos dez dias posteriores ao parto e autorizou a cobrança das despesas do acompanhante, de acordo com a tabela do SUS, pelo gestor.

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Por sua vez, a Resolução Normativa nº 387 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), publicada no dia 28 de outubro de 2015, considera ilegal a cobrança de despesas do acompanhante para planos de saúde que contemplem o atendimento hospitalar com obstetrícia.

Art. 23. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 22 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

Apesar de estar em vigor desde 2005, o direito ao acompanhante vem sendo frequentemente desrespeitado pelas instituições e profissionais de saúde, que, não raras vezes, impedem ou dificultam a entrada do acompanhante nas salas de parto, caracterizando, assim, uma das formas de violência obstétrica (violência institucionalizada).

4.2 DO DIREITO À DOULA (“LEI DAS DOULAS”)

Além da presença do acompanhante, vem crescendo o movimento feminista, que busca, entre outras demandas, garantir a presença de doulas durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto. A palavra ‘doula’ tem origem grega e significa ‘mulher que serve’. Refere-se à mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a parturiente no trabalho de parto e nos cuidados com o bebê. ‘Doular’ nada mais é do que uma mulher cuidar de outra que está parindo. Segundo Ruth Rodrigues Ferreira:

A doula é uma profissional escolhida livremente pela gestante e capacitada para oferecer cuidado físico, psíquico e emocional à mulher especialmente durante o trabalho de parto e o parto, fazendo uso de meios não farmacológicos para alívio da dor, auxiliando na busca de posições que propiciem conforto e a evolução do trabalho de parto, cuidando da alimentação e hidratação da parturiente. Ela deve passar por uma formação certificada para atuar e seu ofício é, inclusive, previsto na Classificação Brasileira de Ocupação – CBO 3221-35. Sua atuação pode se dar desde a gestação até o pós-parto. Diversas pesquisas têm trazido evidências científicas sobre os benefícios da presença da doula no trabalho de parto, entre eles: maior chance de parto vaginal espontâneo, menor necessidade de analgesia farmacológica, menor índice de insatisfação no parto, trabalho de parto mais curto, menor índice de cirurgia cesariana ou uso de instrumentos no parto, e menores chances de bebês nascidos com condições difíceis de vitalidade⁵.

O ofício das doulas é um dos mais antigos, assim como o das parteiras, existindo desde que o parto pertencia estritamente ao universo feminino e acontecia somente entre mulheres. Apesar de sua importância, é comum que sua presença seja impedida nos estabelecimentos de saúde. A justificativa apresentada por estas instituições é que a Lei nº 11.108/2005,

⁵ Disponível em: <<http://ataldapolitica.tk/index.php/2016/06/08/lei-das-doulas-mais-um-direito-ser-conquistado-pelas-mulheres-de-campinas/>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

mais conhecida como Lei do Acompanhante, permite que a mulher tenha apenas um único acompanhante durante o trabalho de parto. Portanto, não seria possível a presença do acompanhante e da doula, em conjunto, na sala de parto. No entanto, os papéis exercidos pelo acompanhante e pela doula são distintos e não podem ser confundidos. A doula tem um trabalho a ser realizado na atenção ao parto, oferecendo conforto, encorajamento, tranquilidade e suporte emocional e físico à parturiente. É o resgate de uma prática existente antes da institucionalização e medicalização da assistência ao parto, e que passa a ser incentivada agora com respaldo científico. Isso porque a presença de doulas vem reduzindo as intervenções e complicações obstétricas, bem como facilitando o vínculo entre mãe e bebê no pós-parto.

Em razão das dificuldades enfrentadas no acesso das doulas às instituições de saúde, alguns Estados e Municípios aprovaram as chamadas “Leis das Doulas”, que regulamentam a presença de doulas nas referidas instituições, sejam elas públicas ou privadas. Tais leis consistem em inegável avanço na defesa dos direitos das mulheres, pois contribuem para o fim da violência obstétrica. Além disso, determinam que as instituições não podem realizar nenhuma cobrança adicional referente à presença da doula na sala de parto. Permitem, ainda, que as doulas entrem nos estabelecimentos de saúde com seus respectivos materiais de trabalhos, tais como bolas de fisioterapia, massageadores, bolsa de água quente, óleos para massagens, banqueta auxiliar para parto, bem como demais materiais considerados indispensáveis na assistência do período de trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Como exemplos de Estados e Municípios que já aprovaram a chamada ‘Lei das Doulas’, pode-se citar: Blumenau/SC (Lei Municipal nº 7.946/2014), João Pessoa/PB (Lei Municipal nº 907/2015), Santos/SP (Lei Municipal nº 3134/2015), Sorocaba/SP (Lei Municipal nº 11.128/2015), Distrito Federal (Lei Distrital nº 5.534/2015), Rondônia (Lei Estadual nº 3657/2015), Jundiá/SP (Lei Municipal nº 8490/2015), Poços de Caldas/MG (Lei Municipal nº 9.065/2015), Rondonópolis/MT (Lei Municipal nº 8.228/2014), Amazonas (Lei Estadual nº 4072/2014), São Paulo/SP (Lei Municipal nº 16602/2016), Santa Catarina (Lei Estadual nº 16.869/2016), Belo Horizonte/Minas Gerais (Lei Municipal nº 10.914/2016), Pernambuco (Lei Estadual nº 15.880/2016), Teresinha/PI (Lei Municipal nº 4935/2016), Rio de Janeiro (Lei Estadual nº 7314/2016), Curitiba/PR (Lei Municipal nº 14.824/2016).

4.3 DO DIREITO À INFORMAÇÃO

O direito à informação está previsto no art. 5, inciso XIV, da Constituição Federal como um direito fundamental⁶. Envolve o direito de informar, o direito de se informar e o direito de ser informado. O direito de informar consiste na liberdade de transmitir informações a outrem, sem qualquer impedimento pelo Poder Público, pois a todos é concedido o direito à manifestação do pensamento, à criação, à expressão e à informação, sob qualquer forma, processo ou veículo, sem qualquer restrição, observado o disposto na Constituição (art. 220, *caput*, CF⁷). Já o direito de se informar consiste no direito de todos ao acesso à informação. Portanto, é possível exigir a informação de quem a detém, desde que sejam respeitadas a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. Por fim, o direito de ser informado nasce, sempre, do dever que alguém tem de informar.

Sobre o direito de ser informado, o Código de Ética Médica estabelece, no artigo 34, ser vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.” Portanto, os médicos possuem o dever legal de informar e, por consequência, o paciente possui o direito de ser informado.

Em razão do exposto, as parturientes possuem o direito de receber informações sobre o seu estado de saúde e sobre os procedimentos indicados, devendo o profissional de saúde explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, assim como os riscos e as alternativas disponíveis. Com base nessas informações, a mulher tem o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, o que se chama direito à recusa informada. A mulher gestante ou parturiente apenas pode decidir sobre algo se foi devidamente informada, do contrário ter-se-á um vício em sua vontade, uma violência.

Desta feita, se a gestante é submetida a uma cirurgia cesárea quando o parto normal era cientificamente possível e não ocorreu em virtude de um dado omitido ou adulterado por seu médico, é possível a responsabilização civil do profissional da saúde. Nesse sentido, o artigo 31 do Código de

⁶ “É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.” (art. 5º, XIV, CF).

⁷ “A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição.” (art. 220, *caput*, CF).

Ética dispõe ser vedado ao médico “decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

A violação ao dever de informação também pode ocorrer no parto normal. É muito comum a utilização de ocitocina sintética para acelerar as contrações sem o consentimento ou, até mesmo, sem o conhecimento da mulher. Ademais, não raras as vezes, é realizada a episiotomia, isto é, o corte da região do períneo, sem informar a mulher sobre sua real necessidade. Caso tais práticas sejam realizadas sem a informação e concordância da paciente, o médico deverá ser responsabilizado pelos eventuais danos físicos, morais e estéticos causados à gestante.

4.4 DO DIREITO À INTIMIDADE E PRIVACIDADE

Os direitos à intimidade e à privacidade também se inserem entre os direitos fundamentais⁸. No direito à privacidade estão abrangidos os direitos à intimidade, à honra e à imagem das pessoas. Portanto, privacidade é gênero, e intimidade é espécie.

Segundo José Afonso da Silva, a intimidade integra a esfera íntima da pessoa, os seus pensamentos, desejos e convicções, enquanto a vida privada significa o direito do indivíduo de ser e de viver a própria vida, relacionando-se com quem bem entender. A Carta Magna, ao proteger a vida privada, se refere à vida interior “como conjunto do modo de ser e viver, como direito de o indivíduo viver a própria vida”, e não à vida exterior, que envolve a pessoa nas relações sociais e nas atividades públicas⁹.

As gestantes possuem o direito à privacidade no parto e à confidencialidade das informações pessoais, assegurando, assim, o respeito aos seus valores éticos, culturais e religiosos. Portanto, é fundamental que seja garantido às mulheres o direito à intimidade, à privacidade e ao sigilo no atendimento pelos profissionais de saúde ao longo dos períodos de pré-parto, parto e pós-parto.

⁸ “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.” (art. 5º, inciso X, CF).

⁹ SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo, 8ª ed., São Paulo: Malheiros Editores, 1992. p. 205-206.

4.5 DO DIREITO AO ATENDIMENTO DIGNO

A dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil¹⁰, constituindo em fundamento axiológico para todos os outros direitos fundamentais. A dignidade é essencialmente um atributo da pessoa humana pelo simples fato de alguém “ser humano”, se tornando, automaticamente, merecedor de respeito e proteção, não importando sua origem, raça, sexo, idade, estado civil ou condição socioeconômica.

No dia 01 de junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da publicação da Portaria nº 569/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante o parto. Na cartilha de apresentação do PHPN, o Ministério da Saúde trouxe os seguintes objetivos e fundamentos do Programa:

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. *A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.* O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos¹¹.

¹⁰ “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) a dignidade da pessoa humana.” (art. 1º, inciso III, CF).

¹¹ Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

Dentre os princípios estruturantes do Programa está o direito que toda gestante possui ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, bem como uma assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura. Busca-se, assim, reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país, bem como a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Desta feita, a humanização do parto e o atendimento digno, respeitoso e sem qualquer tipo de violência são direitos conquistados para que todas as mulheres sejam respeitadas no pré-natal, parto e pós-parto. A atenção humanizada é direito de toda mulher e dever de todo profissional de saúde.

4.6 DO DIREITO AO ATENDIMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde não recomendam a realização de diversos procedimentos comuns na prática obstétrica, ante a ausência de evidências científicas quanto à sua segurança e efetividade. No entanto, as mulheres ainda continuam sendo submetidas a procedimentos dolorosos e potencialmente danosos sem que haja qualquer benefício para a sua saúde ou a de seus bebês. Muito pelo contrário, alguns desses procedimentos violam a integridade física e psicológica da mulher, caracterizando, assim, atos de violência obstétrica. Como exemplos, pode-se citar a episiotomia, a manobra de Kristeller, a aplicação de ocitocina sintética e a proibição de a mulher se movimentar livremente durante o trabalho de parto.

A episiotomia consiste no corte na região do períneo feito com a intenção de facilitar a saída do bebê, visando a reduzir a probabilidade de lacerações graves no períneo e minimizar o risco de trauma fetal, reduzindo a duração do período expulsivo. No entanto, não há evidências de que esses benefícios realmente aconteçam. Ademais, estudos demonstram que a episiotomia traz diversas consequências negativas para a vida sexual da mulher, pois pode ocasionar a dispareunia, ou seja, dor nas relações sexuais, interferindo na excitação sexual e no orgasmo da mulher.

A manobra de Kristeller consiste em pressionar a parte superior do útero para facilitar (e acelerar) a saída do bebê, o que pode causar lesões

graves, como deslocamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos. Essa prática é perigosa tanto para a mãe quanto para o bebê, e não há evidências científicas de sua utilidade.

A aplicação de soro com ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto é outro procedimento comum na prática obstétrica, mas que deve ser evitado. A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher, preparando o feto para o parto, aumentando a resistência dos tecidos à falta de oxigênio e ao trauma do nascimento. No entanto, a aplicação de ocitocina sintética aumenta o risco de hemorragia pós-parto e as fortes dores causadas pela sua utilização acabam, muitas vezes, por desencadear mais intervenções, como o pedido de analgesia para superar as dores, a necessidade de um fórceps e até mesmo uma cesárea para abreviar o parto.

Ainda, é comum que, durante o trabalho de parto, a mulher seja colocada deitada de barriga para cima, sendo impedida de se movimentar livremente. No entanto, essa é a posição mais desconfortável para a mulher, além de dificultar o trabalho de parto, aumentando a intensidade da dor durante as contrações. As posições verticais, como ficar em pé, de cócoras, de quatro apoios ou deitada de lado facilitam o nascimento.

Esses procedimentos, apesar de rotineiros, são alguns exemplos de violência obstétrica que podem causar diversos danos às mulheres, sejam eles físicos, psicológicos ou estéticos, e aos bebês.

4.7 DO DIREITO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Constituição Federal e o Código Civil tratam sobre o direito ao planejamento familiar nos seguintes termos:

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 educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (art. 226, § 7º, CF)

O planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito, vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições privadas ou públicas. (art. 1.565, § 2º, CC/02)

A Lei nº 9.263/96 veio regulamentar o parágrafo 7º do artigo 226 do texto constitucional, dispondo que o planejamento familiar consiste em um “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”. Ademais, a referida lei prevê o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, puerpério e neonato pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos seus níveis.

Com base no princípio do planejamento familiar, a mulher tem o direito constitucionalmente consagrado de decidir, livre de qualquer coação ou discriminação, sobre se quer ou não ter filhos, o momento mais adequado de tê-los e quantos filhos deseja ter. Essas são decisões que competem à mulher, ao homem ou ao casal, sendo vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições públicas ou privadas. Nesse sentido, o artigo 10, §2º, da Lei nº 9.263/96 proíbe a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Inclusive, prevê pena de dois a oito anos de reclusão e multa caso a esterilização cirúrgica seja realizada em desacordo com a lei. Prevê, ainda, o aumento de um terço da pena caso a esterilização seja praticada durante os períodos de parto ou aborto, salvo em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por duas testemunhas (art. 15, § único, I, c/c art. 10, II, ambos da Lei 9.263/96).

Vale pontuar que a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, vigente na Venezuela desde 2007, prevê expressamente em seu texto a esterilização forçada como sendo umas das formas de violência de gênero contra a mulher.

Artículo 15. Formas de violencia. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: [...] 14.- Esterilización forzada: Se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva¹².

¹² “Artigo 15. Formas de violência. Consideram-se formas de violência de gênero contra a mulher as seguintes (...) 14 - Esterilização forçada: Se entende por esterilização forçada realizar ou causar intencionalmente à mulher, sem dar a devida informação, sem o seu consentimento voluntário e informado, e sem que haja justificação, um tratamento médico ou cirúrgico ou outro ato que tenha como resultado sua esterilização ou a privação de sua capacidade biológica e reprodutiva.”

Assim, caso a mulher seja submetida à esterilização forçada, sem o seu consentimento, durante o parto, restará caracterizada a violência obstétrica, em razão da agressão à sua integridade física e ao cerceamento de seu direito de escolha e planejamento reprodutivo.

4.8 DO DIREITO À VINCULAÇÃO A UMA MATERNIDADE

A Lei nº 11.634, publicada no dia 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos seguintes termos:

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

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

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

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

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

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

As gestantes possuem, portanto, o direito de saber, desde o ato de inscrição no programa de assistência pré-natal, em qual maternidade realizará o parto e em qual maternidade será atendida nos casos de intercorrên-

cias. Assim, buscou-se acabar com a indefinição a respeito da maternidade até momentos antes do nascimento da criança, o que ocasionava total insegurança para os pais, demonstrando falta de planejamento e de organização dos serviços de saúde.

Em que pese a previsão legal, é comum a falta de vagas em hospitais e a omissão de encaminhamento adequado para outras instituições de saúde, o que ocasiona longas esperas de gestantes nos corredores de hospitais, colocando em risco a saúde da mãe e do bebê.

5 A DECLARAÇÃO DA OMS PARA PREVENÇÃO E ELIMINAÇÃO DE ABUSOS, DESRESPEITO E MAUS-TRATOS DURANTE O PARTO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou uma pesquisa em trinta e quatro países, na qual foi constatada que as mulheres sofrem diversos tipos de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Diante desse quadro, a OMS publicou a Declaração para Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus Tratos Durante o Trabalho de Parto em Instituições de Saúde, determinando a adoção de cinco medidas para evitar e eliminar os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto.

Dentre elas, está o maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e a ação contra o desrespeito e os maus tratos, bem como a produção de dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e com apoio significativo aos profissionais.

Nos últimos anos, pesquisas primárias e revisões desses estudos têm mostrado a relevância, a urgência e as lacunas no conhecimento de tema tão emergente. Um dos desafios atuais, portanto, consiste em desenvolver indicadores para o estudo da incidência da violência obstétrica, assim como recursos para a mensuração dos efeitos das intervenções. Essas medidas devem incluir o monitoramento da mudança das práticas, das rotinas e das ambiências (IFGO, 2015).

Outra medida que deve ser adotada, segundo a OMS, é a criação, o apoio e a manutenção de programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência. Nesse senti-

do, a implementação do Fórum Perinatal busca promover o diálogo entre os atores envolvidos na assistência perinatal, incluindo os gestores do SUS e do setor suplementar, os profissionais diretamente ligados à assistência, usuárias e grupos organizados, representações do controle social, aparelho formador, universidade, pesquisadores, Defensoria Pública, Ministério Público, conselhos profissionais, entre outros. A criação do Fórum Perinatal é uma vitória, diante da grande resistência ao diálogo e à mudança, e sua implementação e seu fortalecimento como arena de debate e de estabelecimento de pactos têm se mostrado muito potentes na produção de mudanças na assistência ao parto (LANSKY, 2010).

Ainda, segundo a OMS, devem ser adotadas medidas que enfatizem os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, bem como promover o envolvimento de todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

É de extrema importância, portanto, visibilizar o problema e responsabilizar atores. Nessa esteira, várias instituições, dentre elas a Defensoria Pública e o Ministério Público, têm assumido a responsabilidade de enfrentar a cultura de desconhecimento dos direitos das mulheres nos serviços, compilando denúncias e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias. Tais iniciativas foram decisivas para promover um clima de reconhecimento dos direitos, até então inédito na sociedade brasileira.

6 O EMBLEMÁTICO CASO DE ADELIR CARMEM LEMOS DE GOÉS E O PROJETO DE LEI Nº 7633/2014

No Brasil, um dos casos mais emblemáticos de violência obstétrica ocorreu na cidade de Torres, no estado do Rio Grande do Sul, envolvendo a gaúcha Adelir Carmem Lemos de Goés. No dia 01 de abril de 2014, Adelir foi obrigada, por decisão judicial, a dar à luz por cesárea.

Queixando-se de dores lombares, a mãe procurou o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, em Torres (RS), e, durante o atendimento, foi informada que, como a criança estava em posição pélvica (sentada) e ela já tinha feito duas cesarianas, precisava se submeter, de imediato, a mais um procedimento cirúrgico. Segundo a plantonista médica, se não o fizesse, haveria risco de romper a cicatriz, causando a morte dela e do bebê. No entanto, inexistem evidências científicas nesse sentido.

Adelir, sabendo que muitas mulheres, na mesma situação, tiveram seus filhos por parto normal, e que os exames realizados até ali não indicavam nenhum risco à sua vida e nem à de seu filho, assinou termo de responsabilidade e foi para casa. No entanto, foi surpreendida quando oficiais de justiça, acompanhados de policiais militares, foram até a sua residência para cumprir a ordem judicial expedida pela juíza titular da Vara Criminal de Torres, Liniane Mog da Silva, que determinou encaminhamento da gestante ao hospital local para realização de parto por meio de cirurgia cesariana. Adelir foi, então, levada à força ao hospital e submetida ao parto cirúrgico contra a sua vontade, tendo sido seu marido impedido de assistir ao nascimento de seu filho.

Após a cesária, que ocorreu sem que houvesse qualquer intercorrência que confirmasse prévio sofrimento fetal a justificar o nascimento pela cirurgia cesariana, houve o nascimento do bebê.

O caso teve enorme repercussão, tanto em âmbito nacional quanto internacional, reacendendo o debate do direito da mulher decidir a respeito do próprio parto.

Neste cenário, o Deputado Federal Jean Wyllys começou um movimento dentro da Câmara dos Deputados para fomentar a discussão sobre a temática, tendo sido realizada audiência pública na Comissão de Direitos Humanos e Minorias. Posteriormente, como desdobramento da audiência, foi protocolado, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº 7633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal.

O referido projeto define a violência obstétrica e busca garantir o direito ao parto respeitoso e digno à gestante, conforme sua vontade, bem como o acompanhamento e a correta informação sobre os procedimentos e os seus direitos. Estabelece, ainda, os direitos do neonato, como, por exemplo, o nascimento digno e seguro, o contato com a mãe logo no primeiro momento de vida quando não houver impedimento médico, dentre outros.

7 DA RESPONSABILIDADE CIVIL NO CASO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A responsabilidade civil tem como fundamento o fato de que ninguém pode lesar interesse ou direito de outrem. Caso haja lesão, haverá a obrigação de reparar o dano causado, seja ele proveniente de uma ação ou omissão. O Código Civil assim dispõe:

Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito. (art. 186, CC/02)

Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. (art. 927, CC/02)

A doutrina divide a responsabilidade civil em subjetiva ou objetiva. A responsabilidade civil subjetiva ocorre quando o agente, por meio de uma conduta culposa *lato sensu*, lesa interesse ou direito de outrem. A culpa *lato sensu* engloba a culpa *stricto sensu*, que se caracteriza quando o agente causador do dano pratica o ato com negligência, imprudência ou imperícia, e o dolo, que é a vontade conscientemente dirigida à produção do resultado ilícito. Por sua vez, a responsabilidade civil objetiva prescinde da culpa *lato sensu*, isto é, o agente responderá pelo prejuízo causado independentemente de ter agido com culpa *stricto sensu* ou dolo. A responsabilidade será objetiva nos casos previstos em lei e quando a atividade for de risco, veja-se:

Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. (art. 927, parágrafo único, CC/02)

Pois bem, para que haja a responsabilidade civil, a doutrina elenca alguns pressupostos essenciais, quais sejam: a) conduta humana; b) nexo de causalidade e c) dano. A conduta humana é o ato da pessoa, seja ele omissivo ou comissivo, que gera dano a outrem. Já o nexo de causalidade é uma relação de causa e efeito entre a conduta e o dano, isto é, o liame que une a conduta do agente ao dano. Por sua vez, o dano é a lesão ou prejuízo sofrido. Pode ser material, moral ou estético. O dano material atinge a esfera patrimonial de alguém; o moral atinge os direitos da personalidade da vítima; e o estético produz uma alteração morfológica da pessoa natural, tendo como parâmetro a medicina estética. Conforme entendimento já pacificado pelo STJ, é possível a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral¹³.

Vale pontuar que nos casos em que a responsabilidade for subjetiva é necessário que haja mais um pressuposto, qual seja, a culpa *lato sensu*,

¹³ É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral." (Súmula 387, STJ).

que é dividida em culpa *stricto sensu* e dolo. Como visto, a culpa *stricto sensu* ocorre quando o causador do dano não tinha a intenção de provocá-lo, mas por imprudência, negligência ou imperícia causa o dano. O dolo, por sua vez, ocorre quando o agente tinha a intenção de causar o dano.

Há controvérsias na doutrina no caso de responsabilidade civil por erro médico. Em regra, a responsabilidade será subjetiva (art. 14, § 4º, CDC), eis que a obrigação do médico, na maioria das vezes, é de meio. No entanto, caso a obrigação seja de resultado, a responsabilidade será objetiva. A obrigação de meio ocorre quando o profissional não está obrigado a um resultado específico e determinado. Em outras palavras, há obrigação de meio quando a prestação exige que o agente empregue determinados meios na consecução de um resultado, sem obrigá-lo, contudo, a garanti-lo. Isso porque, muitas vezes, o resultado dependerá, além da técnica médica, de outros fatores, como a resposta do paciente à medicação, o tipo de doença, entre outros. Nesse caso, a responsabilidade é subjetiva. Por sua vez, haverá obrigação de resultado quando o médico assume o compromisso de obter determinado resultado, portanto, sua obrigação só será adimplida quando determinado resultado for alcançado. Ocorre, por exemplo, nas cirurgias plásticas embelezadoras, nas quais o médico promete determinado resultado. Aqui, a responsabilidade é objetiva, isto é, prescinde da culpa do agente.

A violência obstétrica pode ser cometida tanto pelos agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar quanto pelos estabelecimentos de saúde. Para a apuração da responsabilidade civil dos médicos e enfermeiros, deve haver a verificação da culpa *latu sensu*, assim, só haverá responsabilização caso comprovados a negligência, a imprudência, a imperícia ou o dolo do profissional de saúde. Isso porque a obrigação é de meio. Já os estabelecimentos de saúde possuem responsabilidade civil objetiva, por força do art. 932, III, do Código Civil:

Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;

Ainda, a Constituição Federal, em seu artigo 37, parágrafo 6º, dispõe que as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos atos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros. Portanto, os estabelecimentos privados, ao prestarem serviços de saúde, também responderão objetivamente.

As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa (art. 37, § 6º, CR/88)

O Egrégio Tribunal do Estado do Rio Grande do Sul possui alguns julgados que reconhecem o direito de indenização da mulher vítima de violência obstétrica, especialmente nos casos em que a episiotomia é realizada de forma desnecessária e prejudicial à integridade física da mulher. Para tanto, deve estar comprovada a culpa do profissional de saúde que realizou tal procedimento, eis que a responsabilidade é subjetiva. Já o hospital responde objetivamente, veja-se:

APELAÇÕES CÍVEIS. RESPONSABILIDADE CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E ESTÉTICOS. PARTO NORMAL. FALHA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS. EPISIOTOMIA. LESÃO DO CANAL ANAL. FÍSTULA RETOVAGINAL. DANOS CARACTERIZADOS. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. INDEFERIMENTO. PREQUESTIONAMENTO. 1. *Quanto aos atos comissivos, responde o nosocômio de forma objetiva pelos danos causados a terceiros. Inteligência do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor.* 2. *O conjunto fático-probatório da demanda apontou que os danos suportados pela parte autora decorreram de falha no atendimento médico prestado pelo réu, que causou lesão no canal anal da paciente durante a realização de parto normal, razão pela qual justa e legal a condenação do nosocômio ao pagamento de indenização por danos morais e estéticos.* 3. *A quantificação da indenização deve levar em conta o tempo de duração da ilicitude, a situação econômico/financeira e coletiva do ofensor e ofendido, a repercussão do fato ilícito na vida do ofendido, a existência ou não de outras circunstâncias em favor ou em desfavor do ofendido, dentre outros, razão pela qual o quantum indenizatório fixado vai mantido.* 4. *Os juros moratórios de 1% ao mês, por se tratar de responsabilidade civil contratual, devem incidir desde a data da citação, conforme artigos 405 e 406 do Código Civil e 161, §1º, do Código Tributário Nacional.* 5. *A justa remuneração do advogado vem ao encontro da sua indispensabilidade à administração da Justiça, conforme o art. 133 da CF e como tal há de ser considerada. Verba honorária mantida.* 6. *Ainda que em se tratando a ré de entidade filantrópica, sem fins lucrativos, para a concessão da Assistência Judiciária Gratuita faz-se necessária a comprovação nos autos das dificuldades financeiras em arcar com as custas judiciais e honorários advocatícios. Assistência Judiciária Gratuita não*

concedida. 7. PREQUESTIONAMENTO. O magistrado não está obrigado a esgotar exaustivamente todos os argumentos e normas legais invocadas pelas partes, quando o julgado houver sido proferido com substancial fundamentação. APELOS DESPROVIDOS. (Apelação Cível nº 70047647755, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Gelson Rolim Stocker, Julgado em 25/07/2012)

O Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) também possuem julgados que reconhecem o direito de indenização à mulher vítima de violência obstétrica. Nesse sentido:

ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL. *RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR. PARTO QUE RESULTOU EM SEQUELAS AO MENOR. PARALISIA CEREBRAL. USO DE FÓRCEPS (MANOBRA DE KRISTELLER). NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL NÃO CONFIGURADA. DEVER DE INDENIZAR CARACTERIZADO. DANOS MORAIS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ.* (AgRg no AREsp 628542/RJ, Ministro Relator Sérgio Kukina, Primeira Turma, STJ, julgamento realizado em 05/02/2015)

RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO PODER PÚBLICO – ELEMENTOS ESTRUTURAIIS – PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO – HOSPITAL PÚBLICO QUE INTEGRAVA, À ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – *RESPONSABILIDADE CIVIL DA PESSOA ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE, DA INFLIÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO – LESÃO ESFINCTERIANA OBSTÉTRICA GRAVE – FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISIOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO – OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO – DANOS MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS – RESSARCIBILIDADE – DOUTRINA – JURISPRUDÊNCIA – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO.* (AI 852237 AgR / RS, Relator(a): Min.CELSO DE MELLO. Julgamento: 25/06/2013. Órgão Julgador: Segunda Turma, STF)

Percebe-se, no entanto, que em nenhum dos julgados analisados foi utilizada a expressão ‘violência obstétrica’, o que demonstra a falta de conhecimento dos agentes do sistema de justiça sobre a temática. Apesar da possibilidade de responsabilização, faz-se necessário que, de fato, a violên-

cia obstétrica seja reconhecida pelos agentes de justiça e seja mencionada nos julgados, pois os processos devem ser analisados em uma perspectiva de gênero.

8 DA RESPONSABILIDADE PENAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Diferentemente de países como Argentina e Venezuela, no Brasil não existe uma norma que tipifique a conduta de violência obstétrica. Embora não haja lei específica, a violência obstétrica pode ser enquadrada em diversos tipos penais, como, por exemplo, constrangimento ilegal (art. 146, CP), ameaça (art. 147, CP), calúnia (art. 138, CP), difamação (art. 139, CP), injúria (art. 140), homicídio (art. 121, CP), lesão corporal (art. 129, CP) e maus tratos (art. 136, CP).

O Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul possui um julgado de 2013 no qual houve a condenação de um médico pela prática de homicídio culposo. Segundo o julgado, após a realização do parto com episiotomia, deixou o médico de fazer o procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando em infecção generalizada e morte da vítima, veja-se:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO). PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Crime nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013)

Quanto ao crime de lesão corporal, a doutrina afirma que a lesão pode ser de natureza leve (art. 129, caput, do CP), grave (art. 129, § 1º, CP) ou gravíssima (art. 129, § 2º, CP). O art. 129, § 1º, inciso V, diz ser lesão corporal de natureza grave caso resulte aceleração de parto. Acelerar o parto é antecipar o nascimento do bebê antes do termo final da gravidez. No entanto, a criança deve nascer com vida. Caso contrário, haverá aborto e a lesão será gravíssima (art. 129, § 2º, V, CP). Vale pontuar que em ambas as situações, para que seja configurado crime, deve haver a comprovação do nexo causal, por meio de perícia, entre a agressão e a expulsão.

Ainda, o Código Penal prevê uma agravante genérica caso o crime seja praticado contra mulher grávida (art. 61, II, “h”, CP), em razão da situação de fragilidade em que se encontra, o que, além de facilitar a prática delitiva, demonstra uma maior insensibilidade por parte do agente. Porém, para que incida essa agravante, é necessário que o agente tenha ciência da gravidez, isto é, precisa saber que a vítima está grávida. Caso contrário, haveria a responsabilização penal objetiva, que é vedada em nosso ordenamento jurídico.

Diante do exposto, percebe-se que, não obstante a inexistência de uma legislação específica que tipifique a violência obstétrica no Brasil, é possível que haja a responsabilização penal dos profissionais de saúde, com base nos tipos penais já existentes.

9 DAS MEDIDAS A SEREM ADOTADAS NO CASO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ainda não existem mecanismos próprios para identificar e notificar a violência obstétrica. Os serviços que funcionam atualmente não estão preparados para receber denúncias de violência no atendimento obstétrico. No entanto, as mulheres vítimas desse tipo de violência não podem ficar silentes. É importante que sejam tomadas medidas para evitar que outros casos se repitam.

Uma das medidas cabíveis é o acesso ao sistema de justiça para buscar a reparação dos danos sofridos, sejam eles físicos, morais ou estéticos, bem como eventual responsabilização criminal do profissional de saúde. É de extrema importância que os casos de violência obstétrica cheguem ao Judiciário, incentivando, assim, a discussão jurídica sobre o tema. Conforme pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, uma em

cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência no atendimento ao parto. No entanto, são raros os casos que chegam até o Judiciário, o que colabora para que esse problema continue sendo “invisível” para a sociedade. Caso a mulher não tenha condições de contratar um advogado, deverá procurar a Defensoria Pública para obter assistência jurídica gratuita, independentemente se usou o serviço público ou privado.

Além de medidas judiciais, a mulher vítima de violência obstétrica deverá realizar denúncias nos respectivos Conselhos de Classes. O Conselho Federal de Medicina possui a Resolução nº 1.931/09 (Código de Ética Médica), que trata, no Capítulo III, da responsabilidade profissional, dispondo ser vedado ao médico “praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País” (artigo 14). Já no Capítulo IV, traz uma regulamentação destinada à proteção dos Direitos Humanos e diz ser vedado ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” (artigo 22), bem como “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (artigo 24). Mais adiante, no Capítulo V, que trata da relação com pacientes e familiares, veda ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (artigo 31). Portanto, caso a parturiente seja submetida a atos médicos desnecessários e/ou não autorizados, restará caracterizada a violência obstétrica, sendo de extrema importância a denúncia no respectivo Conselho de Classe para buscar a responsabilização administrativa do profissional de saúde.

Outra opção é denunciar os casos de violência obstétrica na Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - Ligue 180, que consiste em um serviço nacional e gratuito oferecido, desde 2005, pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. A Central funciona 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semanas e feriados e tem como objetivo receber denúncias de violência, reclamações sobre os serviços da rede de atendimento à mulher e orientar as mulheres sobre seus direitos, encaminhando-as para outros serviços quando necessário.

Também poderá ser feita denúncia no Ministério da Saúde, por meio do Disque Saúde 136, para que sejam apuradas eventuais irregularidades no atendimento por entidades públicas ou privadas. O Disque Saúde fun-

ciona 24 horas com atendimento eletrônico, de segunda a sexta-feira, das 7h às 22h, e aos sábados e domingos, das 8h às 18h. A ligação é gratuita e pode ser originada de telefones fixos, públicos ou celulares, de qualquer local do país¹⁴.

Nos casos de atendimento particular ou atendimento realizado por meio de plano de saúde, a mulher vítima de violência obstétrica também deverá acionar o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON).

Poderá, ainda, oferecer denúncia no Ministério Público exigindo que sejam tomadas as devidas providências, com a devida responsabilização das instituições e dos profissionais de saúde.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário obstétrico brasileiro atual, constata-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública complexo e multifatorial, de crescente importância e grande repercussão sobre a saúde de mães e recém-nascidos. A prevenção e a superação dessa forma de violência demanda o engajamento de todos os envolvidos com a assistência, por exigir a necessária coragem para a incorporação de abordagens inovadoras.

Ademais, é preciso mudar a formação acadêmica dos profissionais de saúde, resgatando valores como o protagonismo, a individualidade, a privacidade e a autonomia da mulher. Com isso, busca-se a promoção de partos saudáveis e a eliminação de intervenções desnecessárias, utilizando-se de outras comprovadamente mais benéficas.

O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, pressupõe a mínima utilização de intervenções no processo fisiológico de nascimento, de forma a ressignificar o parto como uma experiência corporal e emocional, possibilitando às mulheres se subjetivarem e resgatarem sua individualidade.

11 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2016.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de To-

¹⁴ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/fale-com-o-ministerio-da-saude>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

das as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília (DF); 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF); 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.418 de 02 de dezembro de 2005 da Organização Mundial de Saúde (OMS). Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF), 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRASIL. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000 da Organização Mundial de Saúde (OMS). Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília(DF); 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRASIL. Programa Humanização do Parto. Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRASIL. Resolução nº 1931 do Conselho Federal de Medicina 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRASIL. Resolução Normativa nº 387 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de 28 de outubro de 2015. 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, contrata-

dos a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da outras providências. Brasília (DF); 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>> Acesso em: 01 abr. 2017.

D’GREGORIO RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **Int J Gynaecol Obstet**, 111(3):201-2, 2010.

D’OLIVEIRA AFPL, DINIZ SG, SCHRAIBER LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, 359(9318):1681-5, 2002.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre Violência Obstétrica**; 2015. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

DINIZ SG, D’OLIVEIRA AF. Gender violence and reproductive health. **Int J Gynaecol Obstet**, 63 Suppl 1: S33-42, 1998.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. International Confederation of Midwives. White Ribbon Alliance. International Pediatric Association. World Health Organization. Mother"baby friendly birthing facilities. **Int J Gynecol Obstet**, 128(2):95-99, 2015. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>>.

LANSKY S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH/: a experiência da comissão perinatal. **Rev Tempus Actas Saúde Coletiva**, 4(4): 191-9, 2010.

GALLO RBS , SANTANA LS, MARCOLLIN AC, FERREIRA CHJ, DUARTE A, QUINTANA SM. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, 39(1):41-8. 2. 2011.

MAIA MB. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

OEA. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher; 1994. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

SOUZA SA. Leis de combate a violência contra a mulher na América Latina: uma breve abordagem histórica [Internet]. In: **Anais do 27º Simpósio Na-**

cional de História; 2013; Natal. Natal: Associação Nacional de História; 2013 [citado 1 mar. 2017]. Disponível em: <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371348947_ARQUIVO_TextoAnpuhNatalSuellen.pdf>.

TEDESCO RP, MAIA NLF, MATHIAS L, BENEZ AL, CASTRO VCL, BOURROUL GM, *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 26(10): 791-8, nov.-dez. 2004.

VASCONCELOS, S. D. D. **Dominação e autonomia**: os elementos básicos da enfermagem obstétrica. 2001. 161p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita Serra. **Reflexos da Responsabilidade Civil e Penal nos Casos de Violência Obstétrica**. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito; 2016. Disponível em: <<http://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/1048>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

VENEZUELA. **Ley Orgánica Sobre el Derecho de Las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia**, 2007. Disponível em: <http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2017.

VENTURI W, BOKANY V, DIAS G, ALBA D, ROSAS W, FIGUEIREDO N. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet]. 2010 [citado 2013 mar 21]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf>.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 279-285, ago. 2004.