



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES*

36

OBSTETRIC VIOLENCE AND PATIENTS' HUMAN RIGHTS

Luaralica Gomes Souto Maior de Oliveira
Aline Albuquerque

RESUMO

Discutem a violência obstétrica e a violação dos direitos humanos dos pacientes, uma vez que tais violações ocorrem sobretudo em ambiente hospitalar.

Analizam legislações internacionais e brasileiras abordando o direito dos pacientes e o próprio conceito de violência obstétrica, que indiquem sua incidência e se há o efetivo preparo estatal para prevenir e punir quem infringe os direitos dos pacientes no campo obstétrico/ginecológico.

PALAVRAS-CHAVE

Direitos Humanos; Direito Internacional; violência obstétrica; paciente; violação; gestante.

ABSTRACT

The authors discuss obstetric violence and violation of patients' human rights, since such violations mainly occur within a hospital environment.

They address addresses international and Brazilian legislation concerning patients' rights and the mere concept of obstetric violence that show both its prevalence and the State's dexterity in preventing and punishing violation of patients' obstetric/gynecological rights.

KEYWORDS

Human Rights; International Law; obstetric violence; patient; violation; parturient.

* Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de bacharelado em Direito da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

1 INTRODUÇÃO

O parto é um momento intenso e de extrema importância para a sociedade, na medida em que é meio de manutenção da vida humana; para a família, pois um novo membro surge e a realização dos anseios culturais e sociais se perfazem; e, evidentemente, para a mulher, pois é um momento marcante como experiência humana, biológica e psicológica.

Atualmente, o parto é um instituto de disputa entre um momento exclusivo da mulher, vista como protagonista do ato e autônoma em suas decisões procedimentais, e entre a tecnologia científica que, por meio da produção de saberes, o transforma em advento médico-hospitalar colocando a mãe na condição de paciente.

Desta forma, a violência obstétrica surge no ambiente hospitalar, exercida precipuamente pelos profissionais da área da saúde que encontram a paciente vulnerável pelo estado gravídico em que se encontra, e estabelecem uma relação de domínio violenta.

Assim, a violência obstétrica consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que se exterioriza por meio do tratamento violento, o abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que acarretam na perda de autonomia da paciente e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade de forma negativa.

A violência obstétrica pode ocorrer por meio da violência psicológica, como a discriminação: *Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!* (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012). Por meio da violência física, com ações que causem dor (exame de toque para a verificação da dilatação do períneo, quando ocorrida para fins didáticos aos estudantes da área da saúde), até a violência sexual como a episiotomia, conceituada inclusive por alguns estudiosos como mutilação genital feminina, dentre outras formas.

Na maternidade, as gestantes experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, como a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer e serem maltratadas impunemente nas maternidades públicas.

A presente pesquisa abordará a violência obstétrica e sua característica violadora de direitos humanos, mais especificamente dos direitos humanos dos pacientes.

No primeiro capítulo serão abordados o conceito de violência obstétrica, suas características e seus modos de operações diversas que descumprem as recomendações de *Boas Práticas de atenção ao Parto e ao Nascimento*, proferidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Será explicitado como a violência obstétrica elege suas vítimas, pois, apesar de incidir sobre mulheres parturientes, a atuação pode ser maior e mais intensa em razão do nível de vulnerabilidade social.

As consequências físicas e psicológicas são evidentes para as mães e seus filhos, muito embora as consequências sociais sejam muito prejudiciais, pois a mulher perde sua força e autonomia, e o nascimento do ser humano se padroniza como violento

em razão do alto nível de incidência da violência obstétrica.

A presente pesquisa será desenvolvida por meio da apresentação e análise dos Direitos Humanos dos Pacientes, aplicados especificamente a mulheres grávidas, de modo a atender as necessidades que o estado exige, para que seu reconhecimento seja um importante aliado no combate à violência obstétrica.

No segundo capítulo, serão abordados os Direitos Humanos da Mulher na condição peculiar de paciente uma vez que o parto, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ocorre em 97,85% em hospitais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS, 2010), estabelecendo-se como modelo predominante de nascer.

Na maternidade, as gestantes experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, como a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer e serem maltratadas impunemente nas maternidades públicas.

Paciente é a pessoa que se encontra em contato com serviços de cuidado em saúde, em busca de atenção às suas condições e que diverge do conceito de usuário e consumidor.

Assim, a violência obstétrica desrespeita não só os direitos humanos das mulheres e de seus filhos, estabelecidos como direitos inerentes à pessoa humana, como também os direitos humanos dos pacientes, tratando das especificidades e necessidades destes.

Importante salientar que, em que pese a importância da abordagem da violência obstétrica sob a perspectiva de gênero, ela não será proposta nesta monografia.

Os Direitos Humanos dos Pacientes são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos (ALBUQUERQUE, 2016, p. 60), na medida em que estão previstos em documentos internacionais e adotados no âmbito de organismos também internacionais, possuindo como princípio matriz a dignidade da pessoa humana.

Desta forma, o direito à vida, direito de não ser submetido a tortura e tratamento cruel ou degradante, direito ao respeito pela vida privada, direito à informação, direito a não ser discriminado e direito à saúde, serão discutidos individualmente.

No terceiro capítulo, o caso *Adelir Goés*, gestante que foi submetida a uma cirurgia cesariana forçada, por meio de decisão judicial, no Rio Grande do Sul, será analisado para estabelecer quais os direitos humanos dos pacientes, explicitados nos capítulos anteriores, foram infringidos na ocorrência da violência obstétrica.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A partir do século XVIII, o parto, que outrora era um evento adstrito às mulheres auxiliadas por parteiras, passou a ser rea-

lizado por médicos na Inglaterra. A concepção tecnicista alterou o modelo de assistência ao parto. Mulheres e filhos foram separados, e a mulher passou a se adequar a parir em função da conveniência médica. Dessa forma, tal incursão histórica desencadeou outros vários procedimentos para corrigir o corpo da mulher, tratado como incapaz de parir autonomamente (SENTIDOS DO NASCER, 2015).

O parto, então, modifica-se gradativamente até se tornar mediatizado e hospitalizado, e deixa de ser uma experiência unicamente feminina. De acordo com os dados, atualmente, 97,85% dos partos no Brasil são hospitalares (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS, 2010). Nesse novo contexto, a mulher pode ser analisada sob o enfoque do paciente, uma vez que o parto é realizado em hospitais. Os hospitais se tornaram palanque da obstetria moderna, em que a tecnologia é aplicada não só para salvar a vida das parturientes que dela necessitam, mas para otimizar o tempo do trabalho de parto e, em tese, minimizar potenciais riscos à integridade física da paciente. O parto hospitalizado responde a uma lógica industrial de produção, em que há uma série de prazos a serem cumpridos pelos profissionais, dentro de um período delimitado de tempo. Desta forma, se a mulher não concluir o trabalho de parto no tempo previsto, serão realizadas intervenções desnecessárias para que ela dê à luz no prazo determinado.

Desta forma, diariamente, milhares de gestantes e seus filhos sofrem com maus tratos praticados por profissionais da área da saúde, seja qual for a função que estes desempenham. Tal situação pode ocorrer, desde o primeiro momento em que a gestante descobre a gravidez e se prolongar até o pós-parto, justamente no período em que a gestante necessita de apoio, pois, encontra-se vulnerável.

38

[...] o que se percebe são procedimentos desnecessários e sem embasamento científico que violam os direitos da mulher, principalmente os sexuais e reprodutivos e que expõem a parturiente ao risco de morte.

As mulheres se submetem a tais procedimentos invasivos e violentos por acreditarem que existe uma real necessidade de intervenção e por confiarem que o médico e os demais profissionais da saúde que as assistem utilizam-nos para protegerem sua saúde e a do bebê.

No entanto, o que se percebe são procedimentos desnecessários e sem embasamento científico que violam os direitos da mulher, principalmente os sexuais e reprodutivos e que expõem a parturiente ao risco de morte.

No Brasil, os índices de morbidade materna e neonatal são elevados. Suas causas mais frequentes são consideradas evitáveis em 92% dos casos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), ou seja, os profissionais encarregados poderiam abster-se de realizá-los, uma vez que as causas não são relacionadas a fatores acidentais.

O conceito de morte materna define-se no óbito da parturiente, na gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com

ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A pesquisa realizada, no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, indica que, em 2016, 64.000 mulheres faleceram no Brasil em decorrência de causas relacionadas ou agravadas pela gravidez (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, [201-?]). Os dados são referentes à notificação de óbitos maternos declarados totais (com causas diretas, indiretas e não especificadas) em todo o Brasil, no ano de 2016.

Em 2000, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu formalmente uma série de objetivos com prazos a serem realizados, conhecidos como Objetivos do Milênio (ODM), dentre os quais a melhora da saúde das gestantes foi incluída (BRASIL, [201-?]).

Embora o país tenha conseguido reduzir a taxa de mortalidade materna, ainda registra, em média, 62 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, não atingindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS, que é de 35 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (ONU, 2010).

O dossiê *Violência Obstétrica: “Parirás com Dor”* (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012), elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, instaurada pelo Senado Federal, afirma que, apesar de a assistência hospitalar ao parto ser quase universal no país, tendo em vista que a parturiente frequenta mais de cinco consultas de pré-natal, não é evidenciada melhora nas condições de saúde da mulher, mantendo-se a elevação da taxa de mortalidade materna mencionada.

Desta forma, há que se perquirirem os motivos e circunstâncias que contribuem para a ocorrência da violência obstétrica no Brasil, que influenciam os altos níveis de mortalidade materna.

No que tange à conduta profissional, verifica-se que alguns profissionais da área da saúde utilizam condutas violentas que se institucionalizam, quando efetuadas habitualmente, e são utilizadas como parte de procedimento médico-hospitalar. Alguns desses procedimentos podem ser enquadrados como aqueles que não são recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o uso da cesariana sem necessidade terapêutica, o que acaba por submeter as parturientes a uma cirurgia de grande porte, somadas aos riscos de qualquer intervenção cirúrgica. Desta forma, a cesárea compõe o grupo de fatores de riscos evitáveis que contribuem para a taxa de mortalidade materna e neonatal. O Brasil é um dos países com maior taxa de realização de cesárea, perfazendo o total de 55%, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), em descumprimento com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que estabelece que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios (OMS, 2015). Desta forma, a cesariana pode aumentar os riscos à saúde da mulher.

Outro fator que contribui para a elevação da taxa de mortalidade materna no país é o aborto. O procedimento, que, comumente, é realizado em locais precários devido à sua criminalização, já expõe a mulher ao risco de morte. Estima-se que a cada ano são feitos 22 milhões de abortamentos em condições inseguras, acarretando a morte de cerca de 47.000 mulheres e disfunções físicas e mentais em outras 5 milhões (OMS,

2013). O documento *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde* (IDEM) afirma que tais mortes poderiam ser evitadas com a implementação de políticas públicas.

Quanto ao conceito de violência obstétrica, no Brasil, não há legislação vigente que a preconize, existindo tão somente o Projeto de Lei n. 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal.

O termo “violência obstétrica” surgiu na América Latina em 2000, com o surgimento dos movimentos sociais em defesa do nascimento humanizado. *O termo, muitas vezes generalizado, é usado para descrever desde a assistência ao parto excessivamente medicalizado, até a violência física contra a parturiente* (PICKLES, 2015).

No plano global, podem ser destacadas algumas legislações importantes sobre o tema da violência obstétrica, tal como a legislação argentina, Lei 26.485/2009, art. 6º (ARGENTINA, 2009), que define violência obstétrica como aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, por meio de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais.

Nota-se que o legislador argentino alocou a definição de violência obstétrica como modalidade de violência contra a mulher, juntamente com a violência doméstica, violência institucional, violência contra a mulher no trabalho, violência reprodutiva e midiática e, portanto, também a considerou como decorrência de características específicas advindas do gênero. No mesmo sentido, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência (VENEZUELA, 2007), vigente na Venezuela.

Desta forma, pode-se concluir que a violência obstétrica consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde que se exterioriza por meio do tratamento violento, do abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que acarretam a perda de autonomia da parturiente e a capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade de forma negativa. Assim, a

violência obstétrica submete a mulher à desnecessária dor excessiva no parto, a procedimentos não recomendáveis e a situações de humilhação que prejudicam sua autodeterminação.

O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres “Parirás com Dor”, elenca uma classificação das modalidades de violência obstétrica no Brasil, com o escopo de abarcar o máximo de situações que possam ocorrer. Desta forma, a violência poderá possuir caráter físico, psicológico, sexual, institucional e material, esta última no sentido de obter recursos financeiros em desfavor do processo reprodutivo feminino, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Quanto ao conceito de violência obstétrica, no Brasil, não há legislação vigente que a preconize, existindo tão somente o Projeto de Lei n. 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal.

A seguir, serão analisados outros métodos invasivos e violentos que são utilizados de maneira inadequada ou não são recomendados pela comunidade médica internacional, baseado no documento *Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento* elaborado pela OMS, em 2014. Esse documento elenca quatro categorias de práticas, dentre as quais pode-se concluir que algumas contribuem para a ocorrência da violência obstétrica. As referidas práticas são divididas da seguinte forma:

1) **Úteis e que devem ser estimuladas:** como o desenvolvimento do plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado; avaliação do risco gestacional; respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, dentre outros.

2) **Prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:** como o uso rotineiro de tricotomia; exame retal; administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto e lavagem uterina rotineira após o parto.

3) **Sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara:** manobras relacionadas à proteção do perineo e ao manejo do pólo cefálico no mo-

mento do parto; manipulação ativa do feto no momento do parto; uso rotineiro de ocitocina de rotina e tração controlada do cordão ou sua combinação.

4) **Frequentemente utilizadas de modo inadequado:** restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço; correção da dinâmica com utilização de ocitocina; transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; parto operatório; uso liberal e rotineiro de episiotomia e exploração manual do útero após o parto.

Além dessas práticas, a violência obstétrica também pode ser caracterizada por abusos verbais, restrição da presença

de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, entre outros (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

A OMS afirma que os relatos acerca da violência obstétrica envolvem *procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos* (OMS, 2014) bem como a recusa em administrar analgésicos, *cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento* (IDEM).

Importante salientar que a violência obstétrica pode ser cometida por profissionais de saúde, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, ou qualquer indivíduo que se utilize da condição gravídica para realizar a violência mencionada.

Há que salientar a dificuldade na constatação da violência obstétrica, uma vez que

nem as vítimas nem seus acompanhantes possuem capacidade técnica para aferir ou contestar sua incidência, seja por sua característica multifacetária, seja pelo estado de vulnerabilidade da vítima que irá se submeter à violência para resguardar sua vida e a de seu filho.

Desta forma, o médico possui poder de persuasão quando detém os conhecimentos de procedimentalização do parto que podem ser utilizados a favor dos interesses médicos ou ser utilizado com violência, *pois o poder exercido pelo médico encontra fundamento na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade* (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010).

A violência obstétrica é complexa, pois se estabelece em três tipos de relações, quais sejam, a violência no âmbito individual, institucional e estrutural (OLIVEIRA, 2016).

A violência individual ocorre na relação médico-paciente, que, por sua vez, tem apoio institucional, pois toda a organização de atendimento à gestante atua de forma violenta quando padroniza procedimentos invasivos e desnecessários. A violência institucional só ocorre quando há uma estrutura adequada para sua reprodução. Assim, a violência estrutural fomenta a reprodução de práticas violentas e desnecessárias no parto, obtendo da sociedade a devida anuência para sua perpetuação. Desta forma, a estrutura social reprisa uma necessidade do modelo obstétrico atual, convencida por uma produção de verdade tecnocientífica médica hierarquizada onde há exercício do poder por meio das relações hierárquicas de gênero (IDEM). A seguir, serão abordadas algumas práticas compreendidas no conceito de violência obstétrica, com o objetivo de ilustrar a sua ocorrência concreta.

40

[...] a violência poderá possuir caráter físico, psicológico, sexual, institucional e material, esta última no sentido de obter recursos financeiros em desfavor do processo reprodutivo feminino, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

A **episiotomia** ou “pique” é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Pode provocar vários problemas que variam no que se refere à gravidade de 1º ao 4º grau. A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal) (FÓRUM DE MULHERES..., PARTO DO PRINCÍPIO, 2014). No Brasil, a episiotomia é, usualmente, realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade, seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012). De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizado pelo Ministério da Saúde, estima-se que a episiotomia é realizada em 94% dos partos normais no Brasil (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Por tais motivos, a episiotomia de rotina tem sido considerada por vários autores como uma forma de mutilação genital feminina (FÓRUM

DE MULHERES..., PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

Outra prática diz respeito à sujeição da parturiente a procedimentos desnecessários, dolorosos, e que estabeleçam maiores riscos e complicações, com o escopo de fornecer aprendizado aos estudantes na área da saúde como o uso do toque vaginal, que desrespeita a integridade física das pacientes, bem como seu direito à privacidade. Tal prática é considerada, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012).

A Manobra de Kristeller consiste na compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero. Este recurso foi abandonado como procedimento adequado em razão das graves consequências que lhe são inerentes como trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta, traumas fetais, dentre outros. O *Manual da Organização Mundial de Saúde Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático (2009)* considera que, de modo geral, a *pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto* é uma prática assistencial que *deve ser utilizada com cautela* (OMS, 2009). Apesar disso, a manobra é frequentemente realizada, ou seja, uma pessoa se coloca em cima do ventre da gestante ou o espreme com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (SENADO FEDERAL, 2012). Segundo o Ministério da Saúde, a Manobra de Kristeller ou similar é definida como *pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo*, como claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada por ser danosa, dolorida e ineficaz (CONSELHO REGIONAL..., 2014).

Outra forma de violência obstétrica consiste no impedimento de acompanhante. De acordo com a Lei n. 11.108/2005, Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 36/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Resoluções Normativas 211 e 262, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a parturiente faz jus, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a um acompanhante, segundo sua própria escolha. A legislação é aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Saúde Suplementar. A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tem sido recomendada pela OMS, desde 1985, a partir da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto (BRÜGGEMANN, 2015). No entanto, a negativa da Lei tornou-se prática institucionalizada nos hospitais, consistindo na proibição da entrada do acompanhante ou nas limitações da sua estadia (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012). O levantamento realizado pela ouvidoria da Rede Cegonha, em 2012, mostrou que os hospitais do SUS não estão cumprindo a Lei, uma vez que, das 83.574 mil mulheres entrevistadas, 65,2% relataram que não tiveram direito ao acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRÜGGEMANN, 2015). Desta forma, há interferência injustificada na vida privada, planejamento familiar e no amparo psicológico da parturiente quando não cumprida a disposição legislativa em comento.

Em relação à violência institucional, esta ocorre quando práticas culturais estereotipadas desvalorizam a mulher com base em discriminação de gênero. Desta forma, *a relação profissional-paciente é, por construção social e histórica, opressora e violenta e atualmente não encontra ferramentas sociais dis-*

poníveis para sua reversão (AGUIAR, 2010). Assim, a violência obstétrica como violência institucional se dá pela *manutenção do constructo que perpetua o abuso das ações cometidas pelo profissional de saúde, não o considerando um responsável civil pelos seus atos* (IDEM). Dessa forma, a institucionalização da violência obstétrica “normaliza” a conduta ilegal e ajuda a reproduzi-la facilmente de modo a concebê-la inconsciente e rotineiramente sem questionamento de sua eventual necessidade. Desta forma, disposta na estrutura hospitalar de modo usual, a dificuldade, principalmente da vítima em identificá-la e apreciar seu caráter violento e ameaçador, torna-se mais difícil como já mencionado.

Contextualizada a violência obstétrica, seu modo de atuação, exemplos e dificuldade de constatação, passe-se, neste momento, aos direitos humanos da mulher paciente violados na ocorrência de violência obstétrica.

3 DIREITOS HUMANOS DA MULHER PACIENTE E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Apresentada no capítulo anterior à definição, causas e ocorrência da violência obstétrica, passa-se a analisá-la sob a ótica dos Direitos Humanos dos pacientes que são intrínsecos à pessoa, considerando-a como única, sem segregação de cultura, cor ou credo.

A abordagem da violência obstétrica baseada nos direitos humanos é essencial, haja vista se tratar de tema que envolve saúde, autodeterminação e integridade pessoal, bem como dizer respeito à grupo vulnerável: as mulheres, principalmente, no campo da saúde onde lutam para serem consideradas plenamente em suas capacidades e não serem discriminadas em razão do gênero, de modo que não possam gozar seus direitos.

Desta forma, a violência obstétrica envolve vítimas integrantes de grupo vulnerável, em decorrência da discriminação de gênero, fato que não impede que estas mesmas vítimas façam parte de outros grupos de descriminalização como os que utilizam o fator da cor de pele, da renda, dentre outros que acentuam sua condição de risco e conseqüentemente possuem maior incidência da violência mencionada. Outrossim, a violência obstétrica atinge tal plenitude que afeta ne-

gativamente não só a mulher, como também o nascituro e seus familiares.

Uma vez contextualizada a história do parto que outrora ocorria no lar, e com o passar do tempo se transformou em um evento majoritariamente hospitalar, há de se reconhecer que a parturiente se revestiu da condição de paciente, fazendo jus também aos seus direitos específicos.

Do ponto de vista dos direitos humanos dos pacientes, a violência obstétrica infringe diversos direitos humanos, como: o direito à vida, direito de não ser submetido à tortura e tratamento cruel ou degradante, direito ao respeito pela vida privada, direito à informação, direito a não ser discriminado e direito à saúde, que serão discutidos mais adiante. Assim, deve-se considerar a violência obstétrica como prática que detém elevada propensão à violação dos direitos humanos da mulher.

Os direitos humanos dos pacientes são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos (ALBUQUERQUE, 2016, p. 60), que abarcam o conjunto de convenções, pactos, declarações internacionais em matéria de direitos humanos e a jurisprudência internacional, construída pelos órgãos de monitoramento dos direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), o Sistema Europeu de Proteção dos Direitos Humanos, o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e o Sistema Africano de Proteção dos Direitos Humanos. Dessa forma, nota-se que os Direitos Humanos dos Pacientes, como ramo de uma disciplina específica, o Direito Internacional dos Direitos Humanos, é essencialmente internacional, na medida em que os direitos humanos dos pacientes são aqueles previstos em documentos internacionais adotados no âmbito de organismos internacionais. Nessa direção, os Direitos Humanos dos Pacientes compartilham com o Direito Internacional dos Direitos Humanos o princípio da dignidade humana, consensualmente reconhecido como seu princípio-matriz.

Importante salientar que há distinção entre o conceito de direito dos pacientes, direito do usuário e direito do consumidor. Sua diferenciação é de suma importância para a aplicação dos Direitos Humanos dos Pacientes.

Paciente é a pessoa que se encontra em contato com serviços de cuida-

do em saúde, podendo estar doente ou sã, em busca de atenção à sua condição de saúde (ALBUQUERQUE, 2016, p. 41). Desta forma, o direito do paciente dá-se no âmbito da relação médico-paciente, revelando uma condição particularizada de cada paciente.

Usuário é aquele que utiliza algum serviço caracterizado por uma relação impessoal com a atividade oferecida, qual seja, o serviço de saúde (ALBUQUERQUE, 2016, p. 43). Assim, os direitos relacionados aos usuários se estabelecem quanto ao conjunto de direito daqueles que fazem uso de determinado serviço e dispõe acerca dos procedimentos e meios de acesso ao referido serviço de saúde.

Consumidor é aquele cuja relação se perfaz com o conjunto de pressupostos para a constituição consumista estabelecida no Código de Defesa do Consumidor (ALBUQUERQUE, 2016, p. 43), ou seja, deve ter sido adquirido produto ou serviço, sendo o consumidor o destinatário final. No que se refere aos cuidados com a saúde, o serviço deve ser oferecido no mercado de consumo mediante remuneração.

3.1 DIREITOS HUMANOS DE PACIENTES MULHERES

Como visto, a partir do momento em que as gestantes procuram um ambiente clínico/hospitalar em busca de cuidados no processo gestacional, esta será considerada como paciente. A seguir, a gestante/parturiente será examinada como paciente, a fim de aplicar, mediante as particularidades que a gravidez e a individualidade de cada uma enseja, os direitos humanos aplicáveis aos pacientes, dispostos em Direito Internacional Público.

O paciente carrega dupla condição no processo terapêutico: sua vulnerabilidade e sua centralidade, *na medida em que o paciente é quem compartilha com os profissionais da saúde as deliberações no curso do processo terapêutico* (ALBUQUERQUE, 2016, p. 41).

A vulnerabilidade consiste na imposição de limitações dos modos de vida do paciente, fazendo com que este estabeleça uma nova relação com o meio, mais limitada. Desta forma, resta evidente a mudança significativa da relação com o meio em que a gestante se

encontra, uma vez que sofre alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas (SOUZA; COSTA; PINON, 2010). Assim, devem ser considerados os elementos constitutivos da fragilidade da gestante que atingem todas as esferas da sua vida como, por exemplo, seu desgaste emocional ou refreamento das atividades rotineiras.

A centralidade do paciente, em relação à gestante/parturiente, dá-se mediante sua participação ativa do parto, uma vez que este depende de sua *performance* corporal, exigindo-se assim uma interação subjetiva complexa do corpo e da mente, pois deverá ser considerada tanto em seus aspectos físicos relacionados à condição gravídica relatados (dores, dilatações, secreções, dentre outros), como em seus aspectos psicológicos, sociais e culturais, que influenciam na escolha pessoal de procedência do parto e exercem a autonomia feminina.

Dessa forma, a centralidade da paciente é evidente, pois somente esta poderá relatar suas sensações físicas e suas preferências no momento da escolha dos procedimentos a serem utilizados pelo profissional, que mais se adequem às suas necessidades biológicas e, não menos importante, às suas expectativas.

Portanto, o processo terapêutico desenvolve-se em duplo aspecto: ativo e passivo. Ativamente com o fornecimento de informações da paciente, em relação à sua experiência como gestante/parturiente, ao médico. Passivamente pela atuação do último no alívio e ajuda antes, durante e após o parto.

A vulnerabilidade e a centralidade podem variar de acordo com a condição da paciente, como, por exemplo, se estiver internada, ou conforme outros fatores de incidência como etnia, classe social, afastamento do convívio familiar que pode afetar aspectos físicos e psíquicos, bem como o nível de informação que a paciente detém.

Considerando que a condição gravídica é subjetiva, a construção do processo terapêutico depende da relação da paciente com o profissional de saúde, bem como do desenvolvimento de um planejamento para o parto de modo que o referido processo se ajuste da melhor forma aos papéis de ambos os atores.

3.2 A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DE PACIENTES MULHERES NO CUIDADO DO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

Em seguida, analisam-se os direitos humanos da paciente, dispostos em legislação internacional, no contexto do cuidado no pré-parto, parto e pós-parto e sua correlação com a violência obstétrica.

3.2.1 DIREITO À VIDA

O direito à vida é um dos principais direitos humanos, uma vez que é diretamente responsável pela fruição de todos os outros. Para seu gozo, estabelece-se a obrigação do Estado de abstenção de interferência, bem como o provimento de condições de uma vida digna.

As obrigações estatais para a proteção e fornecimento de condições de promoção de vida, que possa ser usufruída na mais alta plenitude, são divididas basicamente em três: [...] *dever de abstenção em suprir a vida de qualquer ser humano*; [...] *o dever de investigar e punir mediante os instrumentos jurídicos internos a causa de óbito*; [...] *e o dever de adotar medidas que previnam a morte evitável* (ALBUQUERQUE, 2016, p. 98).

A saúde é meio de manutenção ao direito à vida e deve ser ofertado pelo Estado de forma negativa (não interferência) e positiva (políticas públicas e oferecimento de serviços públicos de saúde de qualidade) para salvaguardar a vida dos pacientes.

Como analisado no capítulo anterior, a mortalidade materna e neonatal, no Brasil, ocorre por fatores evitáveis (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) relacionados à violência obstétrica no que tange à prestação do serviço de saúde.

Desta forma, no que diz respeito às peculiaridades envolvidas na gestação, o direito à vida será desmembrado em dois: direito à assistência emergencial e eficaz e direito à segurança da paciente.

3.2.2 NEGATIVA DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL À GESTANTE

Importante salientar que, além da precariedade dos serviços básicos de acompanhamento gestacional e durante o parto, há também a problemática da negação ou ausência de preparo estrutural no atendimento emergencial às parturientes.

Note-se que a assistência emergencial demanda o acesso e eficácia de um serviço público de saúde que estabelece a relação da parturiente como usuária de serviço público. Dessa forma, o que se preconiza é o seu acesso aos cuidados de saúde com a qualidade esperada para um efetivo tratamento de saúde. Evidentemente que os cuidados emergenciais em saúde requerem imediata intervenção, pois sua ausência ou precariedade pode colocar a gestante em risco de morte.

O que se observa diariamente no Brasil é a violação maciça e diária do direito à vida das gestantes quando ocorre, por exemplo, a negativa de internação de emergência em hospitais, no início do trabalho de parto, dentre outros infortúnios que caracterizam a violência obstétrica. A ausência de serviços obstétricos emergenciais ou a sua negativa levam à mortalidade e à morbidade maternas, o que, por sua vez, *constitui uma violação do direito à vida ou à segurança e, em certas circunstâncias, pode equivaler a tortura ou a tratamento desumano, cruel ou degradante* (SAÚDE..., 2016).

O Brasil ratificou, em 1992, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, por meio do qual se obriga a eliminar leis e políticas que criminalizam, obstruem ou impedem o acesso de determinados grupos a determinados serviços, bens e informações de saúde reprodutiva. Nesse sentido, o Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (ONU, 1992) fixou que *práticas baseadas em crenças particulares, assim como a recusa à prestação de serviços fundamentada no arbítrio individual, não podem impedir as mulheres de terem acesso ao cuidado médico* (IDEM).

Um exemplo de morte, em razão de ineficaz atendimento de saúde, conhecido em virtude de ser a primeira denúncia sobre mortalidade materna na ONU, acolhida pelo Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, foi o caso *Alyne da Silva Pimentel*.

Alyne era brasileira, afrodescendente, e estava grávida de seis meses, quando faleceu, em virtude da precariedade da assistência médica prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo e na Maternidade de Nova Iguaçu, ambas no Estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2014). O Comitê afirma que a morte de Alyne se caracterizou por com-

plicações obstétricas evitáveis, pois o profissional de saúde que realizou seu primeiro atendimento falhou ao não se certificar do óbito do feto imediatamente, bem como de ter efetuado exames que demandavam urgência. Em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto do feto morto, e da falta de atendimento emergencial, a parturiente veio a óbito. Assim, o Comitê decidiu que o Estado brasileiro violou o direito ao acesso à saúde e recomendou assegurar o direito da mulher à maternidade saudável e o acesso de todas as mulheres a *serviços adequados de emergência obstétrica, a redução das mortes maternas evitáveis e que seja assegurado que sanções sejam impostas para profissionais de saúde que violem os direitos reprodutivos das mulheres* (ALBUQUERQUE, 2014).

Assinalam-se outros casos, dentre vários que ocorrem diariamente no país. Nesse caso específico, uma jovem mãe deu à luz no chão, na porta do Hospital Maternidade de Santo Amaro, no interior da Bahia, em abril de 2014. De acordo com a pessoa que a ajudou e filmou o parto, a jovem pedia socorro e batia na porta da maternidade desde as 3h. Afirma que a parturiente teve o pronto atendimento negado (TRUDA, 2014).

Com os exemplos expostos, pode-se observar que o atendimento emergencial do parto, no Brasil, ainda não é adequado e, conseqüentemente, pode ocasionar a morte de mulheres, como no caso *Alyne Pimentel*, ou seja, notadamente de mulheres pobres que acessam os serviços públicos de saúde. Desta forma, essas mulheres se sujeitam a parir de modo não planejado, precário e sem assistência, constituindo, portanto, mais uma forma de violência obstétrica mediante a omissão do Estado em proporcionar serviços de pronto atendimento eficazes com o escopo de salvaguardar a vida das parturientes, pois o parto não deveria ser motivo, salvo os riscos que podem eventualmente incidir, para expor a gestante à morte, muito menos quando o motivo é simplesmente evitável.

Ocorrida a violação do direito à vida por meio da ausência de prestação de atendimento de saúde com qualidade e eficácia, também ocorrerá o desrespeito ao direito de segurança do paciente, como posto a seguir.

3.2.3 DO DIREITO À SEGURANÇA DOS PACIENTES

A violação do direito à segurança do paciente é um campo do saber e de prática definido como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado com a saúde (ALBUQUERQUE, 2016), e que deve ser considerado na implementação de políticas públicas com vistas à diminuição das taxas de mortalidade materna no Brasil. Assim, está relacionado ao direito à vida, uma vez que permite ao paciente a não exposição de riscos escusáveis que comprometam sua vitalidade.

Esse direito implica demandas advindas das pacientes para o acompanhamento seguro de seu estado de saúde, como questionamento acerca da higienização do profissional da saúde; direito a possuir acompanhante para a certificação dos procedimentos aplicados; direito a ser informada sobre os cuidados a que se sujeitam; dentre outros.

Observa-se que tais demandas e preocupações explanadas, como parte do acompanhamento do estado gravídico/puerperal da paciente, estão efetivamente relacionadas à violência obstétrica, uma vez que às vítimas são negados os direitos humanos decorrentes do direito ao atendimento de saúde seguro, tais como direito à acompanhante, direito à informação e outros relacionados à sua segurança.

Essas questões sobre segurança do paciente que envolvem procedimentos a serem realizados, relacionam-se diretamente à vida da paciente. Como exemplo podemos citar uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar que afirma que o erro em procedimentos médicos mata mais que câncer no Brasil (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE..., 2016). A pesquisa indica que a cada três minutos, cerca de dois brasileiros morrem em um hospital por consequência de um erro que poderia ter sido evitado em razão de eventos adversos, que vão desde erro de dosagem ou de aplicação de medicamentos, até o uso incorreto de equipamentos e infecção hospitalar, estimando assim que, em 2015, essas falhas acarretaram m 434.000 óbitos, o equivalente a 1.000 mortes por dia.

Assim, todas as diligências necessárias acerca do estado de saúde ou procedimental no âmbito médico-hospitalar podem prevenir a atuação violenta do profissional da saúde, seja por meio de fiscalização do acompanhante ou da própria parturiente, bem como poderá resguardar a paciente em eventual pleito judicial.

3.2.4 DIREITO A NÃO SER SUBMETIDO A TORTURA E TRATAMENTO CRUEL OU DEGRADANTE

O direito a não ser submetido a tortura nem a penas ou tratamento cruel ou degradante é um direito absoluto, pois os *Estados não poderão invocar-se de circunstâncias excepcionais, tais como ameaça ou estado de guerra, instabilidade política interna ou qualquer outra emergência pública, como justificativa para a prática de tortura* (BRASIL, 1991).

Em seu documento, a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes estabelece, no art. 2, a definição de tortura como todo ato pelo qual **são infligidos intencionalmente** a uma pessoa penas ou sofrimentos **físicos ou mentais**, com fins de investigação criminal, como meio de intimidação, **como castigo pessoal**, medida preventiva, pena ou **com qualquer outro fim**. Entender-se-á também como tortura a aplicação sobre uma pessoa de **métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, ou a diminuir sua capacidade física ou mental, embora não causem dor física ou angústia psíquica** (OEA, 1985).

Entender-se-á por tratamento desumano aquele que causar intenso tratamento físico ou psíquico. Por tratamento degradante, entende-se como *aquele que provocar na vítima sentimento de medo, angústia, humilhação ou retirar-lhe a possibilidade de resistir moral, psíquica ou fisicamente a uma situação adversa* (ALBUQUERQUE, 2013).

A configuração do tratamento desumano ou degradante pressupõe a *intervenção médica forçada ou coagida, a negativa de cuidado em saúde ou provisão de cuidado inferior ao padrão sob bases discriminatórias e a provisão de tratamento médico de modo humilhante* (IDEM).

O direito em comento impõe aos Estados o dever de proteger os pacientes por meio de medidas eficazes de caráter

legislativo, administrativo, judicial ou de outra natureza, a fim de impedir a prática de atos de tortura, o tratamento desumano ou degradante em qualquer território sob sua jurisdição, praticados pelos profissionais de saúde que venham a violar tal preceito.

Assim, essas medidas devem incidir, principalmente em relação aos profissionais da saúde, em razão da posição de domínio que exercem sobre a paciente, seja pelo seu conhecimento específico na área da saúde, seja pela vulnerabilidade que se encontra a parturiente.

Ainda quanto à incidência do dispositivo mencionado em relação à tortura ou ao tratamento cruel e desumano, pressupõe-se a demonstração de dor ou sofrimento grave (ALBUQUERQUE, [201-?]), o que se distingue do tratamento degradante, que exige para sua configuração a severa humilhação do paciente. Outra diferenciação relevante diz respeito à tortura e aos demais tratamentos, pois a primeira condiciona-se à presença da intencionalidade do agente que deseja infligir dor ao paciente e ao seu propósito indevido; os demais podem ser intencionais ou por negligência e não precisam apresentar propósito específico. Dessa forma, constata-se que, nos cuidados em saúde, é mais fácil a caracterização do tratamento desumano ou degradante.

O tratamento degradante e desumano da paciente no âmbito do pré-parto, parto e pós-parto abarca as seguintes práticas: a violência física, a humilhação, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), a episiotomia, a privação ou limitação do direito ao acompanhante, pois tal fato influencia diretamente a condição psicológica da vítima em razão de seu estado vulnerável; a violência institucional, dentre outras que conjuntamente constituem práticas culturais sem embasamento científico, que violentam a mulher. Dessa forma, verifica-se que a violência obstétrica é especialmente violadora do direito a não ser submetido a tortura e tratamento cruel ou degradante.

3.2.5 DIREITO AO RESPEITO PELA VIDA PRIVADA

O direito ao respeito pela vida privada é aquele que todas as pessoas possuem de proteção a ingerências arbitrárias ou ilegais em suas vidas privadas, suas famílias bem como a ataques à honra e reputação (NAÇÕES UNIDAS, 1988). Entende-se por ilegal qualquer ingerência que não esteja prevista em lei. As autorizadas devem observar os objetivos e parâmetros legais das normas de direitos humanos. Desta forma, em ambiente hospitalar, qualquer disposição que cerceie a vida privada da paciente deve estar contida em lei, constituída por indivíduo competente designado para sua criação e estar em conformidade com os objetivos, os quais a lei deseja proteger.

Entende-se que o conceito de vida privada é amplo e abarca a *autonomia pessoal e desenvolvimento pessoal, aspectos físicos do indivíduo, sua identidade, integridade física, bem como a recusa em cuidados na saúde* (ALBUQUERQUE, 2016).

Assim, o paciente tem o direito de decidir se deseja ou não se submeter a um procedimento médico, não havendo qualquer dever legal em fazê-lo.

Para a plena conservação da vida privada, a parturiente deve exercer sua autonomia por meio do consentimento informado, que não deve traduzir na simples aquiescência de uma

intervenção médica e, sim, em uma decisão voluntária, e suficientemente informada. Portanto, pode-se afirmar que o direito à autodeterminação da paciente envolve o de não realizar exames, testes e outros procedimentos terapêuticos, bem como de solicitar opinião médica divergente, dentre outros.

Em relação à participação de estudantes de Medicina no procedimento terapêutico, há que se atentar para o fato de que tal ingerência pode ser violadora da privacidade da paciente, quando não há o seu consentimento prévio e adequadamente informado. É claro que a participação do estudante de Medicina contribui para um melhor desenvolvimento e aprimoramento de sua própria formação, mas a autonomia feminina e a vida privada da paciente devem ser preservadas no sentido de mandar seu consentimento para a aludida intervenção.

À paciente, devem ser prestadas todas as informações para a obtenção de seu consentimento. Sob o enfoque dos direitos humanos, o consentimento informado é de fundamental importância na privacidade da paciente, de modo que a informação deve ser *acessível de acordo com as necessidades para comunicação de cada pessoa, incluindo suas especificidades culturais* (ALBUQUERQUE, 2013).

3.2.6 DIREITO À INFORMAÇÃO

O direito à informação está disposto no art. 19 da Declaração Universal de Direitos Humanos, que aduz que todo indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão.

Implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão (ONU, 1948).

Demonstrado anteriormente, muitos procedimentos médicos são realizados de modo a não serem informados ou esclarecidos à paciente como, por exemplo, quando há introdução de medicamentos que estimulam a aceleração do parto ou a própria episiotomia. Dessa forma, a omissão da informação ou seu não esclarecimento enseja na violência obstétrica e sua consequente violação do direito humano à informação.

De acordo com o dossiê *Violência Obstétrica "Parirás Com Dor"* (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012), as parturientes não são consultadas nas tomadas de decisão em relação aos procedimentos realizados no parto e *raramente sabiam o nome [...] da equipe médica, [...] Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias.*

O direito à informação respeita o planejamento familiar, os valores éticos e morais da parturiente, bem como a individualidade e autonomia sobre o seu corpo. Outrossim, o direito reprodutivo da mulher respeita tal autonomia, na medida em que garante o pleno controle de seus corpos e incide na livre decisão acerca da quantidade, espaçamento e oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão.

Ocorre que devem ser disponibilizados meios de acesso à informação que correspondam com o nível de entendimento da paciente, tendo em vista que os procedimentos médicos que a envolvem requerem um certo nível de conhecimento técnico para serem compreendidos.

Dessa forma, é dever do profissional de saúde transmitir

as informações técnicas em uma linguagem que seja compreensível à paciente de modo a respeitar seu nível educacional, etário e cultural que influenciem na compreensão da informação oferecida (ALBUQUERQUE, 2013), para a realização de um efetivo consentimento informado.

O modelo *analítico de consentimento informado* dispõe que todos os serviços de saúde que prestam informação devem ser acessíveis, aceitáveis, disponíveis e de boa qualidade (IDEM), assim como sensíveis a especificidades culturais e éticas, que os serviços de saúde devem ser prestados por meio do consentimento informado e que a proteção do Estado deve ser efetivada quando se tratar da proteção de pessoas vulneráveis em razão de sua situação social, econômica e política.

Portanto, podemos reconhecer que as desigualdades estruturais podem ter um impacto significativo no que tange ao acesso à informação. As informações sobre questões de saúde devem ser da mais alta qualidade, livremente disponíveis sobre base não discriminatória e acessíveis de acordo com as necessidades de comunicação de cada paciente, incluindo todas as suas especificidades.

3.2.6.1 DO PRONTUÁRIO MÉDICO E DO PARTOGRAMA

Outra importante fonte de acesso à informação é o prontuário médico, documento único constituído por um conjunto de informações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional (CONSELHO FEDERAL..., 2002).

No Brasil, o Conselho de Ética Médica dispõe, em seu art. 88 (CONSELHO FEDERAL..., 2002), que é vedado ao médico: *negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.*

As informações transmitidas pelo agente de saúde ou escritas no prontuário médico, além de serem omissas ou insuficientes, muitas vezes são questionáveis quando, por exemplo, indicam falsamente a necessidade de cesariana, impossibi-

litando a escolha do parto normal da parturiente (CONSELHO FEDERAL..., 2002).

O partograma também é um instrumento de acesso à informação que, em muitos locais, não há a previsão de sua utilização. Se constitui como a *representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Apesar de o partograma ajudar a intervir em momento oportuno na redução de sofrimento fetal, o país caminha lentamente na implementação das recomendações da OMS pelo Ministério da Saúde, no que tange ao estabelecimento do uso dessa prática (VASCONCELOS, 2009).

Como visto, somente de maneira consciente é que a decisão da gestante acerca dos procedimentos a serem realizados em seu corpo será autônoma, de modo a proporcionar-lhe a aplicação de seus valores éticos e morais e seu planejamento familiar no momento do parto.

3.2.7 DIREITO A NÃO SER DISCRIMINADO

Discriminação se constitui como qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em motivos de raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnicos que tenha como *objetivo ou efeito anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, dos direitos humanos e fundamentais nas áreas política, econômica, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública* (NAÇÕES UNIDAS, 1989).

No âmbito da saúde, a discriminação pode ocorrer na diferenciação de tratamento dos agentes da saúde, baseado exclusivamente em alguma condição pessoal da vítima como orientação sexual, raça, cor, sexo, idade, religião, renda, dentre outras que interferem nos cuidados médicos devidos.

Insta salientar, que, como já debatido, a violência obstétrica que ocorre em discriminação à condição de mulher. Além da discriminação em razão do gênero, a violência obstétrica também atua em subgrupos de vítimas que podem somar vários fatores de segregação como a idade, raça, cor, situação econômica e outros, tornando tais grupos ainda mais vulneráveis.

É o exemplo da mulher, negra, grávida e pobre que provavelmente se encontra em um grupo com maior risco de sofrer violência obstétrica, em razão de estar inserida em três subgrupos discriminados.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2014, 60% da mortalidade materna ocorreu entre mulheres negras, contra 34% da mortalidade entre mães brancas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Isso indica um elevado índice de mortalidade materna entre as mulheres negras e pardas.

Dessa forma, a discriminação obsta o acesso da mulher ao serviço de saúde que promove uma cadeia de violações de direitos humanos como a violação à saúde, à vida e à informação.

O racismo dos profissionais de saúde é um exemplo de discriminação que atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificulta seu acesso ao serviço de saúde e ao tratamento adequado (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012).

Assim as parturientes sofrem a violência obstétrica pelo fato de serem discriminadas seja pela opção sexual, seja pela cor, ou condição econômica que possuíam (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012), até mesmo pelo fato de serem estrangeiras pois *constatamos que “pacientes estrangeiras” se incluíam entre as categorias sociais que frequentemente recebiam um tratamento hostil ou discriminatório* (IDEM).

Especialistas do Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (CESCR) afirmaram que práticas baseadas em ideologias, bem como a recusa à prestação de serviços baseada no arbítrio individual, não podem impedir que as pessoas tenham acesso ao cuidado médico. A avaliação chamou atenção para as necessidades específicas de grupos minoritários, como as pessoas com deficiência; gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros que têm atendimento médico negado (SAÚDE..., 2016).

3.2.8 DIREITO À SAÚDE

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (BRASIL, 1992) estabelece, em seu art. 12, o direito de toda pessoa desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental.

Afirma que, para que o direito à saúde seja assegurado, devem ser constitui-

dos planos para o combate e diminuição da mortalidade infantil, dentre outros.

Desta forma, observa-se que a redução das taxas de mortalidade materna é de suma importância para que o direito à saúde possa ser exercido pela parturiente.

No entanto, observamos que a violência obstétrica possui parcela de responsabilidade, uma vez que, ao atingir a parturiente, também pode atingir seus filhos de modo a comprometer sua integridade física ou até mesmo sua vida, como é o caso exposto da criança que nasceu na calçada, em frente ao hospital, que negou atendimento à genitora, no momento do parto, e caiu no chão, vindo a óbito (JOVEM..., 2014).

O direito à saúde compreende não só a disposição de serviços de qualidade como também os meios para seu acesso. A morbi-mortalidade materna possui elevados índices em decorrência da omissão estatal em relação à saúde da mulher no período de gestação, e as condições de parto precárias e desumanas, incluídos não só a infraestrutura e gestão como o tratamento ofertado pelos profissionais de saúde.

Assim, *o Estado deve assegurar a disponibilidade e acessibilidade de bens e serviços de saúde de qualidade ética e culturalmente aceitáveis* (ALBUQUERQUE, 2016, p. 138).

4 CASO ADELIR GOÉS

O caso *Adelir Goés* foi escolhido para ser analisado no terceiro capítulo por possuir relevância no trabalho apresentado, uma vez que há incidência de uma cadeia de acontecimentos que caracterizam a violência obstétrica, e que, por consequência, violam os direitos humanos das pacientes elencados no capítulo anterior.

46

O direito à vida é um dos principais direitos humanos, uma vez que é diretamente responsável pela fruição de todos os outros. Para seu gozo, estabelece-se a obrigação do Estado de abstenção de interferência, bem como o provimento de condições de uma vida digna.

Na madrugada do dia 1º de abril de 2014, em Torres – Rio Grande do Sul, Adelir Carmen de Goés, então grávida, foi forçada a realizar seu parto por meio de uma cirurgia cesariana. Adelir foi reconduzida ao hospital por um oficial de justiça, escoltada por policiais, em cumprimento a uma ordem judicial coercitiva, oriunda de pedido do Ministério Público (MP). A medida foi pleiteada pela médica responsável pelo atendimento, que decidiu recorrer ao Judiciário para cumprir sua orientação de que o parto fosse realizado por meio da cesárea (BALOCH, 2014b).

Adelir procurou a unidade de saúde no dia anterior, com dores lombares e no ventre. Após ser examinada, a médica afirmou que Adelir deveria ser submetida à cesariana uma vez que o bebê estaria pélvico, ou seja, sentado, bem como a gestante não poderia realizar o parto normal desejado, pois corria o risco de seu útero se romper em razão de já ter feito duas outras cesarianas.

Adelir afirma que o ultrassom que demonstrava que o nascituro se encontrava em posição pélvica, constatada pela médica,

não lhe foi apresentado. Dessa forma, por constatar que o bebê estava saudável e com os batimentos cardíacos dentro do padrão, fato este verificado por meio de exames realizados pela própria médica, Adelir decidiu aguardar as contrações e retornar para ser internada em um estado mais avançado do trabalho de parto. Após assinar termo de responsabilidade, foi para casa, quando mais tarde foi surpreendida pelos policiais (TRUDA, 2014).

Como visto, para fruição do direito à vida é necessária a presença do cumprimento da obrigação estatal de abstenção de interferência, o dever de investigar e punir mediante os instrumentos jurídicos internos a causa do óbito; e o dever de adotar medidas que previnam a morte evitável (ALBUQUERQUE, 2016, p. 98).

No caso em concreto, não foi observada a abstenção estatal na vida de Adelir, ou seja, houve uma interferência direta e violenta do Estado sobre a vida da gestante, quando foi forçada a realizar a cirurgia cesariana sem o seu consentimento.

Sabe-se que bebês nascidos de cesarianas apresentam riscos maiores de dificuldades respiratórias e são internados, em UTI neonatal, com mais frequência. Quando não tem indicação clínica, a cesariana aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Segundo a gestante, os exames realizados pela própria médica demonstravam que o bebê estava saudável e fora da zona de risco, fato este alegado de modo diverso pela profissional.

Adelir foi submetida a uma cirurgia de alto risco pelo Estado e foi retirada sua autonomia de decisão em realizar o parto normal, sem que sequer lhe fosse conferida a possibilidade de manifestação a respeito de sua divergência de indicação médica. Ademais, não foram ouvidos outros profissionais da saúde para a verificação da real necessidade da cirurgia.

O direito à segurança do paciente, que preconiza a redução do mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à saúde, também não fora assegurado pelo Estado, pois, como visto, a cesárea sem indicação real expõe a mulher ao risco de morte ou a sequelas. A gestante também não conseguiu obter acompanhamento durante o parto, assegurado pela Lei n. 11.108/2005, que também influi na não efetivação dos cuidados e segurança na saúde do paciente.

Assim, foram desrespeitadas as decisões de Adelir acerca da realização de parto normal, do planejamento familiar traçado por sua família, bem como sua vida fora colocada em risco de forma violenta, quando submetida a uma cirurgia de risco, não recomendada pela OMS, sem que haja justificativa comprovada para o ato.

No que tange ao Direito ao Respeito pela Vida Privada, este se perfaz na proteção a ingerências arbitrárias ou ilegais na vida privada, na família, bem como na honra e reputação do indivíduo (ALBUQUERQUE, 2016, p. 122). Envolve a autonomia, desenvolvimento pessoal, aspectos físicos, identidade, integridade física e inclusive a recusa em cuidados na saúde.

Nesse caso, houve ingerência arbitrária na vida privada de Adelir, que não só foi constrangida psicológica e fisicamente, ao ser conduzida coercitivamente para o hospital, como também interferiu em sua autonomia de escolha quanto à reali-

zação do parto. Adelir afirmou que, se houvessem riscos, ela jamais teria se recusado a fazer a cirurgia indicada pela médica (BALOCH, 2014c).

O parto é uma experiência exclusivamente feminina que afeta todos os aspectos da mulher como o psicológico, biológico e principalmente o cultural, pois a mulher planeja a forma de parir com a qual se identifica e de acordo com seus valores éticos, morais e sociais. Assim, o Estado não pode impor este tipo de ingerência sobre a vida privada da parturiente, quando não obtiver anuência desta, ou quando o nascituro não estiver correndo risco de morte.

Os médicos que preconizam a humanização do parto, como os filiados da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, defendem o protagonismo da mulher no momento do parto e a diminuição de intervenções desnecessárias, como a cesárea.

O Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento é um movimento que propõe formas menos interventivas para o nascimento. Esse movimento iniciou-se no Brasil, no começo da década de 1980, e critica o modelo médico hegemônico e o impulso que este deu à assistência hospitalar/medicalizada do parto (SIMAS, 2016).

O termo “humanização”, apesar de amplo, tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde, como um amplo conjunto de iniciativas que valoriza a qualidade técnica, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente e de sua subjetividade social, cultural, dentre outras. O conceito de humanização serve, inclusive, de subsídio para a criação e aplicação de políticas públicas como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem por objetivo primordial 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 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Isso posto, há divergência de entendimento técnico entre os profissionais de saúde na aplicação ou não de alguns procedimentos no momento do parto, sejam eles adeptos a práticas humanizadas ou não, que também podem influenciar na escolha da gestante de

como parir e que também devem ser respeitados como forma de exercício de sua autonomia, sem que haja intervenção em sua vida privada.

Aliado ao seu arcabouço de informações e meio de vivência, Adelir, de modo autônomo, resolveu aguardar o momento certo para sentir as contrações e obter seu filho por meio do parto normal, adequando-se ao seu entendimento de ausência de maturação fetal para o nascimento, como preconizado pelo parto humanizado. No que tange à alegação de que o parto normal não poderia ocorrer após a realização de cirurgias cesáreas anteriores, tal informação também é divergente entre os profissionais da saúde (AMORIM, 2012).

[...] pode-se observar que o atendimento emergencial do parto, no Brasil, ainda não é adequado e, conseqüentemente, pode ocasionar a morte de mulheres, como no caso Alyne Pimentel, ou seja, notadamente de mulheres pobres que acessam os serviços públicos de saúde.

Para ser assegurado o direito ao respeito pela vida privada, a gestante poderia pleitear o diagnóstico de outro profissional de saúde para poder sopesar as informações dadas e avaliar os riscos do parto a ser escolhido naquele momento, inclusive rejeitando o indicado, sem que tal conduta fosse judicializada, a ponto de obter a interferência violenta estatal, como ocorreu.

Em relação ao direito a não ser submetida a tortura ou tratamento cruel ou degradante, observamos que tal direito fora violado pelo Estado ao submeter uma mulher em estado puerperal a um deslocamento coercitivo por meio de ameaça, pois, Adelir afirma que, na abordagem para o cumprimento do mandado judicial, fora ameaçada, uma vez que, se não cumprisse a liminar, seu marido seria preso.

Como se não fosse suficiente a frustração de não realizar o parto desejado, Adelir foi ameaçada no dia do nascimento de sua filha, com contrações de 5 em 5 minutos, a proceder com a cesárea eletiva, caracterizando um momento de medo e angústia, tratamento bem diferente do que toda mulher necessita na hora do parto.

Assim, a configuração do tratamento desumano e degradante ocorreu na

medida em que lhe foi dispensado tratamento físico e psicológico degradante por meio do sentimento de medo, angústia e humilhação que lhe foi imputado, impossibilitando a mãe de resistir moral, psíquica e fisicamente a uma situação adversa (ALBUQUERQUE, 2016).

A incidência do tratamento desumano ou degradante pressupõe a intervenção médica forçada ou coagida, a negativa de cuidado em saúde ou provisão de cuidado inferior ao padrão sob bases discriminatórias e a provisão de tratamento médico de modo humilhante (IDEM).

Como se não bastasse, Adelir afirma ainda que a médica a insultou verbalmente, chamando-a de irresponsável (BALOCH, 2014c).

Esta situação é muito comum nas unidades hospitalares, como observado em capítulos anteriores, em que as parturientes são submetidas à violência obstétrica por meio de atos de tortura e tratamento desumano e, logo após, são culpabilizadas pelos atos violentos sofridos.

Tais atos são consequência da violência de gênero que concretizam fatos misóginos, aceitos e replicados pela sociedade que afirma a igualdade, a liberdade e autonomia ao mesmo tempo em que produz um constrangimento sistemático para a docilidade dos corpos, ou seja, para a continuidade dos padrões e regras impostos (STEVENS; SWAIN, 2008).

Por isso, além de sofrerem a violência, a institucionalização da violência obstétrica retira a autonomia da mãe, quando coage a parturiente a realizar procedimento diverso do desejado e a constrange de diversas formas, como chamá-la de irresponsável. Como ninguém deseja ser constrangido, principalmente no momento de vulnerabilidade, as mulheres vão se adequando ao padrão proposto intensamente violento como o ocorrido com Adelir.

A situação é ainda mais grave quando as violações ocorridas são protagonizadas pelo Estado e ratificadas pelo

Direito e pelo sistema e Justiça, como no caso dela. Assim, há padrões sociais e legais que desrespeitam a condição da paciente e suas condições peculiares gravídicas, propiciando a ocorrência da violência obstétrica.

No caso *Adelir Goés*, observa-se a incidência da violação de alguns dos direitos humanos das pacientes concretizados por meio da violência obstétrica, como o direito à vida e à segurança dos pacientes, Direito à vida privada e o direito a não ser submetido a tratamento cruel ou degradante estabelecidos internacionalmente.

5 CONCLUSÃO

O parto é um momento muito complexo que envolve processos biológicos, psicológicos e emocionais, dos quais podem participar diversos atores de modo direto ou não, como os genitores, a família e os profissionais. Evidente que a parturiente e o nascituro se relacionam de forma intensa e direta com a parturição e dependem do harmônico desenvolvimento do parto, para alcançarem a saúde em seu mais elevado nível.

Sendo assim, a violência obstétrica que consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde se exterioriza por meio do tratamento violento, do abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que acarretam a perda de autonomia da parturiente e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade de forma negativa. A violência obstétrica ocorre de modo variado e complexo por meio da violência institucional, física, psicológica, dentre outros, bem como é de difícil detecção, tendo em vista que as vítimas não possuem conhecimento técnico-científico para contradizer falácias utilizadas pelos profissionais da saúde, a fim de coagi-las a algo diverso do pretendido por elas.

Considerando que a maioria dos partos no Brasil ocorre em hospitais, a gestante procura a unidade hospitalar para obter os cuidados necessários à sua saúde, momento este em que se estabelece como paciente. Esta deverá ser acompanhada por profissionais da área da saúde que estabelecerão uma relação de confiança, sobretudo uma relação médico-paciente, que é de suma importância para um parto bem-sucedido. Com efeito, a violência obstétrica pode ser enfrentada a partir da alteração do modelo da relação médico-paciente, ou seja, há que buscar uma relação que respeite a autonomia da mulher e sua dupla condição de ser ativa, ao mesmo tempo em que se encontra vulnerável emocional e fisicamente, e que respeite a reciprocidade do processo terapêutico, de modo que seja estabelecido com a participação da mãe, sem sua imposição hierárquica.

Assim, a parturiente é titular de direitos dos pacientes, previstos no Direito Internacional, dos Direitos Humanos, os quais consideram a peculiaridade das pessoas que se encontram em posição de vulnerabilidade perante o corpo médico. Sob a perspectiva dos Direitos Humanos dos Pacientes, a violência obstétrica poderá ser a partir da perspectiva da mulher como titular de direitos e ator principal nos cuidados em saúde, respeitando-se sua vida, segurança, integridade física e mental bem como seu acesso à saúde. Assim, as peculiaridades que envolvem a parturiente no que tange ao gênero, condição social e cultural serão consideradas, ao se respeitarem os direitos das pacientes

de não serem discriminadas.

O caso *Adelir Goés*, ocorrido no Rio Grande do Sul, em que foi forçada a realizar seu parto por meio de uma cirurgia cesariana devido ao cumprimento de uma ordem judicial coercitiva, demonstrou os impactos concretos da violação de direitos humanos dos pacientes. Desse modo, constata-se que os direitos humanos dos pacientes, que não se dirigem exclusivamente às gestantes, podem ser a elas aplicados, pois, resguardam amplamente seus direitos quanto à peculiaridade da condição gravídica, de modo a prevenir situações como quando não são atendidas em momento de emergência – violação do direito à vida –, quando ocorre o exame de “toque” com objetivos não pautados pelo interesse da gestante – violação ao direito à privacidade – dentre outros, ou seja, os Direitos Humanos dos Pacientes se aplicam à gestante, sem deixar de considerar suas especificidades.

Por fim, conclui-se que a legislação brasileira não protege, de modo incisivo, a figura do paciente descrevendo seus direitos, os meios protetivos e de defesa. Em vista disso, a violência obstétrica não possui uma ferramenta legal eficaz para sua erradicação, uma vez que o paciente encontra-se desamparado no ordenamento jurídico.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaina Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *Violência institucional em maternidades públicas*: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado)-Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 5 mar. 2017.
- _____. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 16 nov. 2017.
- ALBUQUERQUE, Aline. Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v.7, n. 4, p. 388-397, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017.
- _____. *O caso Alyne Pimentel e o direito à saúde no Brasil*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/03/o-caso-alyne-pimentel-e-o-direito-a-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.
- _____. *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.
- _____. *Violência obstétrica e direitos humanos*. Projeto de extensão Clínica de Direitos Humanos. Curso de Direito, Observatório de Direito e Políticas Públicas, Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília (Uniceub), Brasília, DF, [201-?]. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.
- AMORIM, Melania. Indicações reais e fictícias de cesariana. *Estuda, Melania, Estuda!* Campina Grande, 8 ago. 2012. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>>. Acesso em: 25 maio 2017.
- ARGENTINA. *Ley 26.485*. Ley de proteccion integral a las mujeres. Buenos Aires, 11 de março de 2009. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 1º mar. 2017.
- BALLOCH, Giovanna. Pesquisa mostra que 54% das mulheres sofrem episiotomia. *Cebes*, Rio de Janeiro, 4 nov. 2014a. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/11/pesquisa-mostra-que-54-das-mulheres-sofrem-episiotomia/>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- _____. Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 2 abr. 2014b. Acesso em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
- _____. *Meu parto foi roubado, afirma mãe forçada a fazer cesárea no RS*. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 3 abr. 2014c. Acesso em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435071-meu-parto-foi-roubado-afirma-mae>>

- forcada-a-fazer-cesarea-no-rs.shtml >. Acesso em: 7 jun. 2017.
- BEBÊ cai no chão logo após nascer e morre em posto de saúde na Bahia. *G1*: Bahia, Salvador, 9 jun. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bahia/noticia/2016/06/mulher-tem-parto-em-pe-bebe-cai-no-chao-e-morre-em-clinica-na-bahia.html>>. Acesso em: 20 jul. 2017.
- BELLÓN SÁNCHEZ, Silvia. *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*: obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. *Dilemata*, Madrid, año 7, n. 18, p. 93-111, abr. 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>>. Acesso em: 25 jun. 2017.
- BRASIL. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher. *Caso Alyne da Silva Pimentel*: relatório do governo brasileiro. Agosto 2014. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/nota-de-reconhecimento-da-onu-brasil-a-reparacao-feita-pelo-governo-brasileiro-ao-caso-alyne-pimentel/>>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- _____. Câmara dos Deputados. *Violência obstétrica é violação dos direitos humanos, diz OMS*. Brasília, 02 de out. 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>>. Acesso em: 22 out. 2016.
- _____. Casa Civil. *Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991*. Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm>. Acesso em: 7 jan. 2017.
- _____. *Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992*. Pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Definições*. [Morte materna]. IDB 2010 Brasil. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- _____. *Proporção de partos hospitalares*. IDB 2010 Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?db2010/f07.def>>. Acesso em: 8 mar. 2017.
- _____. *Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS*. Brasília, DF, 25 nov. 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus>>. Acesso em: 7 jun. 2017.
- _____. *Humanização do parto*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- _____. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3.ed. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/comitees_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- _____. *Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana*. Brasília, DF, 4 de abril de 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 25 ago. 2017.
- _____. *Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país*. Brasília, DF, 10 de março de 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>>. Acesso em: 25 abr. 2017.
- _____. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.
- _____. *Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre Regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 15 out. 2017.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Brasília, [201-?]. Disponível em: <<http://svs.ais.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- _____. Senado Federal. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.
- BRITO, Débora. Caminhos de reportagem sobre morte materna. *ONU MULHERES BRASIL*. Brasília, DF, 20 out. 2016. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/com-o-apoio-da-onu-tv-brasil-exibe-hoje-2010-caminhos-de-reportagem-sobre-morte-materna/>>. Acesso em: 5 abr. 2017.
- BRÜGGEMANN, Odaléia Maria et al. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, p. 152-158, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v36nspe/0102-6933-rgefn-36-spe-0152.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002*. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 22 maio 2017.
- _____. *Código de Ética*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_10.asp>. Acesso em: 22 maio 2017.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Parecer COREN-SP nº 36/2014-CT*. Atuação do enfermeiro quanto à adoção das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. 2014. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_036.pdf>. Acesso em: 24 set. 2016.
- FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO; PARTO DO PRINCÍPIO. *Episiotomia – É só um cortezinho*. São Paulo; Vitória, 2014. Disponível em: <www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em rede pela maternidade ativa. *FAQ violência obstétrica: perguntas frequentes*. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/faq-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 22 maio 2017.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados*. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.ies.org.br/?p=publicacoes&id=806&id_tipo=15>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- JOVEM dá a luz na calçada, na porta da Maternidade de Santo Amaro, na Bahia. *Extra*, Rio de Janeiro, 17 abr. 2014. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/jovem-da-luz-na-calçada-na-porta-da-maternidade-de-santo-amara-na-bahia-12232415.html>>. Acesso em: 6 jun. 2017.
- NAUFAL, Jorge. *Gravidez. Drauzio*. Entrevistador: Drauzio Varella. 10 fev. 2012. Entrevistas. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/gravidez/>>. Acesso em: 25 jan. 2017.
- ODM BRASIL. *O Brasil e os OMS*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 24 jun. 2017.
- OLIVEIRA, Amanda Lima de. *Violência obstétrica: uma análise de suas dimensões nas normativas Brasileiras*. 2016. 69 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito)-Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15883/1/2016_AmandaLimaOliveira_tcc.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Derecho a la intimidad (Art. 17)*. HRC Observación general n. 16. 32º período de sesiones, 1988. Disponível em: <<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3584.pdf?view=1>>. Acesso em: 23 maio 2017.
- _____. Office of the High Commissioner for Human Rights. CCRP Observación General, n. 18. (General comments). *No discriminación, 10 Nov. 1989*. Disponível em: <<http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404>>. Acesso em: 25 maio 2017.
- _____. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Adotada pela Resolução nº 2.200-A da 21ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992. Washington, D.C., 1992. Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%3B%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.
- _____. High Commissioner for Refugees. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura*. Cartagena, 9 de dezembro de 1985. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/i.Tortura.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2. ed. Tradução de: Silvia Piñeyro Trias. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.
- _____. *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/47/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.
- _____. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.
- _____. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 6 set. 2017.
- _____. *Assistência ao parto normal*: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família.

Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

PICKLES, Camilla. *Eliminating abusive 'care': a criminal law response to obstetric violence in South Africa*. *SA Crime Quarterly*, Pretoria, n. 54, p. 5-16, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1991-38772015000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SAÚDE sexual e reprodutiva é inseparável dos outros direitos humanos, destacam especialistas da ONU. *ONU MULHERES BRASIL*, Brasília, DF, 15 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/saude-sexual-e-reprodutiva-e-inseparavel-dos-outros-direitos-humanos-destacam-especialistas-da-onu/>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SENTIDOS DO NASCER. *A história do nascimento*. Belo Horizonte, 10 maio 2015. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/nascimento/A-historia-do-nascimento.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SILVA, Bruna L. Pontes da; FREIRE, Carolina Djovana da Silveira et al. *Violência obstétrica e direitos humanos*. Brasília, DF.: UniCeub, [201-?]. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

SIMAS, Raquel. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *Vivência: Revista de Antropologia*. Rio de Janeiro, n. 48, p. 89-104, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/viewFile/11504/8095>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

SOUSA, Leilane Barbosa de; COSTA, Edina Silva; PINON, Gigliola Marcos Bernardo. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista RENE*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4380>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

STEVENS, Cristina M. T.; SWAIN, Tania Navarro. *A construção dos corpos: perspectivas feministas*. Florianópolis: Mulheres, 2008.

TRUDA, Felipe. 'Levantei a bandeira', diz obrigada a fazer cesárea sobre parto humanizado. *G1*: Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 4 de abr. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/levantei-bandeira-diz-obrigada-fazer-cesarea-sobre-parto-humanizado.html>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

VASCONCELOS, Karen Leverger. *Partograma: aplicação de instrumento no processo parturitivo*. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <https://ppgenf.fen.ufg.br/up/127/o/Karen_Leverger_Vasconcelos.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

VENEZUELA. *G.O. n. 38668, de 23 de abril de 2007*. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

Artigo recebido em 13/3/2018.

Artigo aprovado em 22/5/2018.

Luaralica Gomes Souto Maior de Oliveira é bacharela em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Aline Albuquerque é doutora em Bioética e Professora do Programa de Bioética do UniCEUB e da Universidade de Brasília.