

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE DIREITO DO ESTADO

SÍLVIA ELAINE DA SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DA
MULHER**

PONTA GROSSA

2017

SÍLVIA ELAINE DA SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DA
MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do título de Bacharel em Direito na
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientador: Prof. Me. Alexandre Almeida Rocha.

PONTA GROSSA

2017

SÍLVIA ELAINE DA SILVA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DA
MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do
título de Bacharel em Direito na Universidade Estadual de Ponta
Grossa.

Ponta Grossa, ____ de _____ de _____.

Prof. Me. Alexandre Almeida Rocha - Orientador
Mestre em Direito
Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG

Prof. Dra. Elisabeth Mônica Hasse Becker Neiverth
Doutora em Ciências Sociais Aplicadas
Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG

Prof. Allana Pietrobelli Trierweiler
Especialista em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais
Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais - CESCAGE

Dedico a todas as mulheres vítimas da violência obstétrica.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar.

Ao Prof. Me. Alexandre Almeida Rocha, pela contribuição de seus conhecimentos e sugestões na orientação desta monografia, pela disposição que sempre demonstrou e pelas palavras de incentivo.

À minha família, por todo o amparo e principalmente por entender os momentos em que me ausentei para poder realizar este trabalho.

Ao meu namorado Pedro, agradeço por todo o apoio, pois sempre me compreendeu e não me deixou desistir nos momentos de dificuldade.

Aos meus amigos, que me ajudaram durante todo o percurso de produção deste trabalho

À Francis Nascimento, por me apontar o tema, à Eveline Simon, que sempre me auxiliou com notícias e publicações referentes ao tema, e ao Melhor Grupo, por me apresentar pessoas maravilhosas.

Aos meus colegas de turma, pelo auxílio com suas dicas e pequenas colaborações, que, de um modo ou de outro, ajudaram este trabalho a sair.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta monografia.

A violência, seja qual for a maneira
como ela se manifesta, é sempre
uma derrota.

(Jean-Paul Sartre)

Para mudar o mundo, primeiro é
preciso mudar a forma de nascer.

(Michel Odent)

RESUMO

O presente trabalho monográfico possui como objetivo justificar a necessidade de regulamentação jurídica a fim de prevenir e punir os casos de violência obstétrica, que vem a ser o conjunto de todas as formas de violência e danos oriundos do cuidado obstétrico profissional. Será exposta, primeiramente, a construção do direito à saúde, como direito humano, como direito constitucional e como direito regulamentado pelas leis infraconstitucionais. Na sequência, será tratado o tema da saúde da mulher, sua necessidade, sua importância e as políticas públicas que foram criadas com o intuito de que esta pudesse ser alcançada em sua totalidade, bem como será elucidada a dificuldade para atingir este objetivo. Por fim, será apresentado o conceito de violência obstétrica e suas formas, além da análise desta como violação aos direitos humanos da mulher e do grau de efetividade das normas inexistentes. Como resultado, verifica-se a urgência da criação de mecanismos de responsabilidade civil, administrativa e criminal que inibam esta prática. Trata-se de pesquisa bibliográfica, realizada por meio de método dedutivo, com a elaboração de um raciocínio lógico até o alcance da conclusão.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Saúde da Mulher. Direitos Humanos. Direitos da Mulher.

ABSTRACT

The present monography has, as its main objective, justifying the need for juridical regulation to prevent and punish the practice of obstetric violence, this consisted of the aggregation of all violence forms and damages arising from professional obstetric care. Initially, the rise of health rights recognized as human, constitutional and infraconstitutional rights will be analyzed. In sequence, women's health rights will be approached, exposing the need for its regulation, its importance and some of the public policies created to foment their full achievement, also, the difficulties found in the pursuit of this goal will be elucidated. Finally, the concept of obstetric violence and its various forms of concretization will be presented, its practices will be analyzed as women's human rights violation and the effectiveness of existing regulations will be exposed. As a result of this analysis, it's possible to realize the urgency in creating civil, administrative and criminal accountability mechanisms to prevent these situations. This paper is a bibliographic research, made through use of the deductive method, elaborating a logical reasoning to achieve its conclusions.

Keywords: Obstetric violence. Women's Health. Human Rights. Women's Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	Artigo
Arts.	Artigos
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CF	Constituição Federal
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECOSOC	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIDCP	Pacto Internacional de Direitos Cíveis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PL	Projeto de Lei
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DIREITO À SAÚDE	12
2.1	A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS	12
2.2	SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL	14
2.3	SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL	20
2.4	SAÚDE NO PLANO INFRACONSTITUCIONAL	26
3	SAÚDE DA MULHER E POLÍTICAS PÚBLICAS	31
3.1	A SAÚDE DA MULHER	32
3.2	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	37
3.3	A SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO E NO PARTO	42
4	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	46
4.1	HISTÓRIA DO PARTO	47
4.2	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	51
4.2.1	Formas de violência obstétrica	55
4.1.2.1	Violência física	56
4.1.2.2	Violência psicológica	57
4.1.2.3	Violência sexual	57
4.1.2.4	Violência material	57
4.1.2.5	Violência institucional.....	58
4.1.2.6	Violência midiática	58
4.2.1.7	Violência despersonalizante	59
4.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DA MULHER	59
4.3.1	O caso Alyne Pimentel	63
5	ANÁLISE CRÍTICA DO DIREITO POSTO	66
5.1	GRAU DE EFETIVIDADE DAS NORMAS EXISTENTES	67
5.2	NECESSIDADE DE CRIAÇÃO DE MECANISMOS DE RESPONSABILIDADE: CIVIL, ADMINISTRATIVA E CRIMINAL	72
5.3	LEGISLAÇÃO LATINO-AMERICANA E PROJETOS DE LEI BRASILEIROS	75
6	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS	83
	ANEXO A – Projeto de Lei nº 7.633/2014	96
	ANEXO B – Projeto de Lei nº 7.867/2017	109
	ANEXO C – Projeto de Lei nº 8.219/2017	113

1 INTRODUÇÃO

A imposição da mulher como sujeito secundário durante o fenômeno do parto, resultado da medicalização deste processo, acabou por gerar um ambiente em que a vontade materna deixou de ser considerada em sua totalidade, passando a ser vista como objeto secundário na relação médico-paciente.

Os profissionais e instituições da saúde, na posição de detentores do saber específico do tema, muitas vezes ditam as regras de andamento do parto como bem entendem, desconsiderando a vontade da parturiente e as técnicas atuais, utilizando-se de métodos já ultrapassados e que não mais se justificam, perpetuando procedimentos controversos e visando executar o processo de forma a possibilitar um atendimento de maior número de pacientes possível.

Assim, o panorama contemporâneo demonstra que há grande nível de despreparo e negligência por parte dos profissionais e também das instituições da área da saúde durante o período de gestação, parto e puerpério, acarretando diversas formas de violações em um fenômeno denominado violência obstétrica, que consiste no conjunto de todas as formas de desrespeito, violência e danos provenientes do cuidado obstétrico profissional.

Os resultados das muitas pesquisas realizadas sobre o tema demonstram o impacto gerado pela violência obstétrica nas mulheres, onde é possível se observar, por exemplo, a grande ocorrência de abalo psicológico com profundas consequências, além das altas taxas de parto por meio de cirurgia cesariana, tendo em vista que a mesma é incentivada pelos profissionais da saúde e até mesmo “escolhida” pelas mulheres como via alternativa ao parto vaginal, em função de experiências traumáticas ocorridas em partos anteriores.

Esta violência externa-se de inúmeras formas, muitas delas ainda compreendidas como condutas rotineiras do ciclo gravídico-puerperal, não sendo, portanto, vistas como uma violação aos direitos das mulheres, tornando o reconhecimento destas condutas como antijurídicas ainda mais trabalhoso e dificultando a elaboração de preceitos normativos voltados à prevenção e à punição daqueles que a praticam.

É possível verificar esta situação de maneira clara ao analisar a existência de algumas poucas normas com relação ao tema, que, além de não tratarem da totalidade do assunto, possuem um grau diminuto de efetividade.

Em função disso, é imprescindível a realização de um exame desta problemática desde suas raízes, para que seja possível compreender seu processo de evolução e, assim, possibilitar a criação de mecanismos para prevenir e combater a violência obstétrica de maneira mais eficiente.

Dessa forma, objetiva-se comprovar a necessidade da elaboração de uma legislação que trate especificamente sobre o tema, com uma regulamentação jurídica mais abrangente, abordando modos de evitar que a violência obstétrica se suceda e de penalizações para os casos em que esta venha a ocorrer.

Assim, para que a matéria seja exposta de forma a possibilitar uma maior compreensão do problema, primeiramente será apresentada toda a evolução do direito à saúde, desde seu surgimento como um direito natural do ser humano, atualmente reconhecido como direito humano, posteriormente positivado como um direito constitucional brasileiro, regulamentado pelas leis infraconstitucionais, tendo em vista a natureza da norma.

Em seguida, o assunto da saúde da mulher será abordado, a fim de demonstrar sua importância, a necessidade de sua individualidade e, assim, da criação de políticas públicas a fim de efetivá-la, além de expor o árduo trabalho empreendido para que este objetivo seja atingido.

Será desenvolvido, ainda, o tema da violência obstétrica, partindo da história do parto até o seu surgimento, sua conceituação, suas formas e os motivos pelos quais esta pode ser considerada uma severa violação aos direitos humanos da mulher.

Por fim, será realizada uma análise crítica do direito posto, com a avaliação do grau de efetividade das normas existentes, tendo como resultado a evidencição da urgência em criar meios de prevenção da violência obstétrica e também de responsabilidade civil, administrativa e criminal aos agentes que a perpetrem.

Também será realizado um exame da legislação existente sobre o tema na América Latina e dos projetos de lei brasileiros que versam sobre a violência obstétrica, com a análise da proposta que melhor atende às necessidades da realidade brasileira.

Desta forma, este trabalho se propõe a analisar o tema desde seus primórdios, visando encontrar uma solução que atenda o problema em seu contexto imediato, sem deixar de construir uma solução a longo prazo.

2 DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde é incorporado em uma dimensão social, como consequência do desenvolvimento dos direitos humanos fundamentais e da concepção de cidadania, podendo ser compreendido como o direito humano e social mais importante, de natureza universal, sendo essencial e inafastável, embora somente tenha se concretizado como direito positivado através da luta pela conquista desses direitos, ocorrida através do tempo.

Verifica-se estritamente conectado com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, uma vez que sem o direito à saúde efetivado de maneira integral, os outros restariam seriamente prejudicados em sua plenitude.¹

E embora a saúde não esteja elencada no rol dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988, assim pode ser compreendida na medida em que é direito social, bastando uma breve observação da construção dos direitos humanos para que este fato seja evidenciado.

Traçada essa noção, é necessário que se faça uma análise a partir de três panoramas diferentes para maior compreensão: a saúde como direito humano fundamental, a saúde como direito constitucional e a saúde como direito no plano infraconstitucional.

2.1 A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS

Para entender os direitos humanos é preciso compreender que estes consistem em um conjunto de direitos considerados essenciais e indispensáveis a uma vida humana baseada na liberdade, igualdade e dignidade.²

Por direitos humanos, ou direitos do homem, são modernamente entendidos aqueles direitos fundamentais que este possui pelo fato de ser homem, por sua própria natureza humana, pela dignidade que a ela é inerente. São direitos que não resultam de uma concessão da sociedade política. Pelo contrário, são direitos que a sociedade tem o dever de consagrar e garantir.³

¹ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005. p. XVII.

² RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 29.

³ HERKENHOFF, João Baptista. **Curso de Direitos Humanos**. Aparecida: Editora Santuário, 2011. Ebook.

Sua gênese histórica como ideologia pode ser identificada desde os primórdios da história, mas foi nas concepções da Idade Antiga que sua essência foi tomando forma e sua evolução passou a acompanhar os desafios humanos em um processo histórico gradual.⁴ Embora o termo direitos humanos ainda estivesse longe de ser cunhado, sua essência já era compreendida pelo chamado direito natural.

Mais adiante, com o Iluminismo e a Revolução Francesa, houve impulso para o surgimento das primeiras declarações de direitos humanos, com destaque para a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, baseada nos ideais de igualdade, liberdade e fraternidade.⁵

Através desses ideais, foram sendo delineadas e segmentadas as gerações de direitos fundamentais, alcançados paulatinamente.

Os direitos fundamentais de primeira geração são depreendidos como direitos individuais, refletindo em prestações negativas por parte do Estado, característicos do período após a Revolução Francesa do Século XVIII, sendo os direitos da liberdade, como, por exemplo, os direitos civis e políticos.⁶

A segunda geração, originada logo após a Primeira Guerra Mundial, diz respeito aos direitos sociais ou coletivos, os direitos de igualdade, que exigem prestações positivas por parte do Estado, por meio da criação de pressupostos materiais, indispensáveis ao exercício efetivo desses direitos, estando situados na esfera programática.⁷

No fim do Século XX surgem os direitos de terceira geração, analisados como direitos de fraternidade ou solidariedade, tendo como destinatário o gênero humano, resultando do reconhecimento dos direitos difusos, como o direito à paz, ao desenvolvimento, ao meio ambiente, entre outros.⁸

Por fim, surge a quarta geração dos direitos fundamentais, advindos de um processo de globalização geral, inclusive do direito, de modo que estes podem ser entendidos como direito dos povos. Aqui estão incluídos o direito à democracia, à informação e ao pluralismo. Trata-se da era da modernidade, dos direitos em vigência,

⁴ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 12-16.

⁵ OLIVEIRA, Erival da Silva. **Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. p. 21-22.

⁶ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2004. p. 562-563.

⁷ Ibid., p. 564-565.

⁸ Ibid., p. 569-570.

o momento da contemporaneidade e das modificações e transformações a todo instante.⁹

Essas gerações foram demarcadas pelas lutas que ocorreram para que os direitos fundamentais fossem solidificados, culminando em sua positivação através de instrumentos normativos.

2.2 SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, toda a barbárie do totalitarismo que se deu através do Estado como violador dos direitos tornou perceptível a necessidade de um sistema internacional de proteção dos direitos humanos e levou à compreensão de que a soberania estatal não poderia ser concebida como princípio absoluto, devendo ser limitada em prol dos mesmos, dando surgimento à concepção contemporânea de direitos humanos.¹⁰

Com todas as atrocidades ocorridas e o fracasso da Sociedade das Nações, criada após a Primeira Guerra Mundial, houve maior empenho para institucionalizar uma nova organização internacional, de caráter verdadeiramente universal, o que culminou na Conferência de São Francisco.

Nessa conferência, denominada “Conferência das Nações Unidas”, foi redigida a Carta das Nações Unidas, assinada em 26 de junho de 1945 e ratificada por 51 países em 24 de outubro de 1945, dando início à Organização das Nações Unidas – ONU.¹¹

E como no contexto de sua criação já existia o propósito da institucionalização de uma organização mundial dedicada exclusivamente à saúde, durante a Conferência Internacional da Saúde, que foi convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), em 22 de julho de 1946, foram aprovados os estatutos da Organização Mundial da Saúde – OMS.¹²

Entretanto, a fundação real da OMS ocorreu apenas em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos,

⁹ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2004. p. 570-572.

¹⁰ LIMA JUNIOR, Jayme Benvenuto (org.). **Manual de Direitos Humanos Internacionais**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 24-26.

¹¹ XAVIER, Ana Isabel. ONU: A Organização das Nações Unidas. XAVIER, Ana Isabel et al. **A Organização das Nações Unidas**. Coimbra: Humana Global, 2007. p. 27-29.

¹² FERREIRA, Clara Fontes et al. **Organização Mundial da Saúde (OMS)**. [Brasília]: SINUS, 2014. Ebook. Disponível em <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2017

tornando-a uma agência especializada da ONU, ou seja, um mecanismo de proteção internacional, com o objetivo fundamental da obtenção para todos os povos do mais alto possível nível de saúde, conforme preconiza o artigo 1º de sua Constituição.¹³

Outro ponto muito importante da Constituição da OMS é a definição de saúde, encontrada em seu preâmbulo, conceituada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade.¹⁴

Estes diversos mecanismos de proteção internacional dos direitos humanos que a ONU possui, como a OMS, são regidos através de atos normativos, entre os quais o principal é a Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH.

A DUDH de 10 de dezembro de 1948, composta por 30 artigos e um preâmbulo, com aprovação unânime de 48 Estados, com 8 abstenções¹⁵, constitui-se no “primeiro documento de aceitação internacional que define, de maneira universal, direitos básicos de todos os seres humanos”¹⁶ e que também “se consagra, apesar de seus inícios, como o documento fundamental de reconhecimento dos direitos humanos e liberdades fundamentais universalmente reconhecidos e como a base de qualquer regulamentação adicional que se produza de qualquer desses direitos.”¹⁷

No preâmbulo da Declaração, são conhecidos a dignidade inerente e os direitos inalienáveis de todos os membros da sociedade como condição para liberdade, justiça e paz no mundo. Em seus trinta artigos, são listados direitos políticos e liberdades civis (arts. 1–22), bem como direitos econômicos, sociais e culturais (arts. 23–27).

À primeira categoria pertencem, entre outros, o direito à vida e à integridade física, a proibição da tortura, da escravatura e de discriminação (racial), o direito de propriedade, o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, o direito à liberdade de opinião e de expressão e à liberdade de

¹³ “O objetivo da Organização Mundial da Saúde (daqui em diante denominada Organização) será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível.” (CONSTITUIÇÃO da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 08 jun. 2017.)

¹⁴ CONSTITUIÇÃO da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

¹⁵ SIEGHART, Paul. **The Lawful Rights of Mankind: An Introduction to the International Legal Code of Human Rights**. Oxford: Oxford University Press, 1986. p. 63.

¹⁶ “[...] *el primer documento de aceptación internacional que define de manera universal los derechos básicos de todos los seres humanos.*” (INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. **Protección Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Sistema Universal y Sistema Interamericano**. San José: IIDH, 2008. p. 60.) (trad. da autora)

¹⁷ “*Se consagra, a pesar de esos inicios, como el documento fundamental de reconocimiento de los derechos humanos y libertades fundamentales universalmente reconocidos, y como la base de cualquier regulación adicional que se produzca de cualquiera de esos derechos.*” (INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. op. cit., p. 59.) (trad. da autora)

reunião. A segunda categoria inclui, entre outros, o direito à segurança social, o direito ao trabalho, o direito à livre escolha da profissão e o direito à educação.¹⁸

O direito humano à saúde foi evidenciado e tornou-se explícito no artigo 25º da DUDH, que dispõe que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários [...]”¹⁹. Observe-se que, ainda que não tenha um artigo próprio, o direito à saúde é visto da Declaração como um dos requisitos mínimos para a subsistência.

Como se vê, a DUDH tutela diversos direitos básicos e, a partir dela, estes começam a se desenvolver de forma internacional, geralmente orientando-se pela segmentação das gerações dos direitos fundamentais.

Posteriormente foram criados outros normativos de nível internacional voltados para determinados direitos de forma mais específica, como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC, e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos – PIDCP, ambos no ano de 1966.

A necessidade de elaboração de dois pactos diferentes se dá pela natureza dos direitos contidos nos mesmos, o que influencia em sua aplicabilidade.

Enquanto os direitos políticos individuais se caracterizam pelo exercício imediato e a efetividade de instrumentos que assegurem a sua plena realização, os direitos sociais, econômicos e culturais caracterizam-se pela ausência de efetividade material, ou seja, são dependentes de regulamentação pelos Estados, também conhecida por eficácia programática ou diferida.²⁰

Por este motivo o artigo 2º, nº 1, do PIDESC dispõe que cada um dos Estados que são parte no Pacto compromete-se a agir e proceder de modo a assegurar progressivamente o pleno exercício dos direitos reconhecidos ali, através dos meios apropriados.²¹

¹⁸ PETERKE, Sven (Coord.). **Manual Prático Direitos Humanos Internacionais**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2009. p. 28

¹⁹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em 06 jun. 2017.

²⁰ OLIVEIRA, Erival da Silva. **Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. p. 70.

²¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em: <<http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/PIDESC.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

Esse pacto estabelece em seu artigo 12º, nº 1, que os Estados Partes do Pacto “reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”²², constituindo a saúde plena não apenas como direito humano fundamental, mas também como meta a ser atingida.

Posteriormente, houve a necessidade da criação de um tratado internacional que dispusesse amplamente sobre os direitos humanos da mulher, culminando na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, sigla em inglês), de 18 de dezembro de 1979, tendo como objetivos principais promover os direitos da mulher na luta pela igualdade de gênero e coibir toda forma de discriminação contra a mulher que restringisse de qualquer maneira os seus direitos.²³

A Convenção determina, portanto, a erradicação de toda discriminação contra as mulheres, para garantir-lhes o pleno exercício de seus direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. É a demonstração da indivisibilidade dos direitos humanos.²⁴

Para isso, nos 30 artigos da CEDAW, que são divididos em seis partes, foram definidas diversas ações e providências que os Estados deveriam realizar a fim de tornar efetivas essas proposições. O direito humano à saúde da mulher como propósito, por exemplo, foi evidenciado no artigo 12:

Artigo 12

1. Os Estados-parte adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-parte garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.²⁵

Note-se que este foi o primeiro documento internacional onde além da preocupação do acesso à saúde, também houve o cuidado de dispor como direito sob

²² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em: <<http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/PIDESC.pdf>>. Acesso em: 06 jun 2017.

²³ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p. 14.

²⁴ OLIVEIRA, Erival da Silva. **Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. p. 81.

²⁵ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, op. cit., p. 22.

tutela a assistência durante todo o período gestacional, do parto, do puerpério e também da lactância.

Também foram tomadas medidas para fiscalizar a implantação da Convenção buscando assegurar sua efetivação, através do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1999, com a criação do Comitê dos Direitos da Mulher.

A CEDAW criou o Comitê dos Direitos da Mulher, com prerrogativa de monitorar sua implementação. Formado por 18 membros, o Comitê deve examinar relatórios oferecidos pelos Estados membros da Convenção, informando sobre “as medidas legislativas, judiciárias, administrativas ou outras que adotarem para tornarem efetivas as disposições desta Convenção e os progressos alcançados a respeito”, pelo menos a cada quatro anos ou sempre que o Comitê solicitar.²⁶

A partir da CEDAW, outros documentos internacionais também se preocuparam em desenvolver as questões abordadas sobre os direitos da mulher.

As determinações ali constantes foram aperfeiçoadas e reafirmadas pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, mais conhecida como a Conferência do Cairo, onde, de forma inédita, 184 Estados reconheceram os direitos reprodutivos como direitos humanos.

A partir da CIPD, as políticas e os programas de população deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, e passaram a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos. Nesta perspectiva, delegados de todas as regiões e culturas concordaram que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero.

Além desta mudança de paradigma, a comunidade internacional chegou a um consenso sobre três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, especialmente para as meninas; e o acesso universal a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar.²⁷

Na Conferência do Cairo ficou convencionado que as políticas populacionais devem ser norteadas pela observância aos direitos humanos e foi

²⁶ LIMA JUNIOR, Jayme Benvenuto (org.). **Manual de Direitos Humanos Internacionais**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 45.

²⁷ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p. 14.

evidenciada a necessidade do reconhecimento da concepção dos direitos reprodutivos, apontando para a primordialidade de políticas e programas abrangentes que atendessem à saúde das mulheres em sua totalidade.

Também em 1994 ocorreu outra convenção tratando de temas referentes à mulher, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como a Convenção de Belém do Pará, que foi aprovada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos, sendo ratificada pelo Brasil em 1995, formada por 25 artigos.

No artigo 1º da Convenção, violência é definida como 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. O artigo 2º complementa o anterior e expõe que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica, tanto ocorrida no âmbito familiar, na comunidade ou que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.²⁸

Já nos artigos 3º a 6º da Convenção são elencados alguns dos direitos das mulheres que a Convenção estabelece, enquanto nos arts. 7º a 9º são estipulados os deveres dos Estados, entre os quais tomar providências preventivas e/ou repressivas para erradicar a violência contra a mulher.

Quanto aos meios de proteção, além do usual sistema de Relatórios, ora dirigidos pelos Estados à Comissão Interamericana de Mulheres, é permitida a denúncia pessoal à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, disso podendo resultar envio do caso à Corte Interamericana apenas no caso de violação ao disposto no art. 7º, que versa sobre os deveres dos Estados, a serem cumpridos “sem demora”. Além disso, podem os Estados solicitar à Corte parecer consultivo, com o intuito de interpretar a Convenção da melhor forma possível.²⁹

Com estes normativos internacionais, verifica-se que o direito à saúde, com a natureza de direito social de dimensão individual e coletiva, deve ser assegurado pelos Estados aos seus cidadãos, através de políticas públicas e ações positivas que possibilitem a todos o acesso aos recursos apropriados para o seu bem-estar.³⁰

²⁸ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006, p. 142.

²⁹ WEIS, Carlos. **Direitos humanos contemporâneos**. São Paulo: Malheiros, 2012. p. 153-154.

³⁰ VENTURA, Miriam. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e Direitos Humanos**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 7, 2011. p. 92.

No Brasil, houve o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental social, nos termos acima descritos, com o advento da Constituição Federal de 1988.

2.3 SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL

A Constituição de um Estado corresponde à base do ordenamento jurídico, possuindo supremacia sobre todas as outras leis que compõem o sistema, que não podem suprimi-la, pelo contrário, devem respeitá-la acima de tudo.

Através da Constituição é definida a organização estrutural do Estado, delimitado o exercício do poder e são instituídos os direitos e garantias públicas, materializando-se como um “conjunto de normas jurídicas que estatuem direitos, prerrogativas, garantias, competências, deveres e encargos, consistindo na lei fundamental da sociedade.”³¹

A inserção de direitos sociais na Carta Constitucional é sinônimo do primado da igualdade real e da soberania popular, servindo de fundamento para o exercício de inúmeros direitos humanos fundamentais.

A primeira Constituição que garantiu uma longa lista de direitos sociais foi promulgada no México em 5-02-1917. Em seu primeiro capítulo encontram-se direitos sociais que pouco se diferenciam daqueles de uma Constituição contemporânea como a brasileira de 1988.³²

Na verdade, desde 1824, quando sobreveio a primeira Constituição do Brasil, houve a previsão de um rol de direitos garantidos pelo Estado, que foi sendo ampliado com o passar do tempo e com a elaboração de novas Cartas Magnas, embora esses direitos não fossem plenos, em sua maioria, e muitos deles tenham sido desprezados durante a ditadura militar, que durou de 1964 a 1985.³³

Por meio da Constituição Federal de 1988, advinda de um processo de redemocratização, ocorreu uma alteração profunda no cenário jurídico brasileiro.

Com a redemocratização, o Congresso Constituinte (1985-1987) reagiu a mais de vinte anos de ditadura com uma forte inserção de direitos e garantias no texto da futura Constituição, que recebeu a alcunha de “Constituição Cidadã”. Além dos direitos, houve sensível mudança no perfil do *Ministério*

³¹ BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 100.

³² DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014. p. 20.

³³ RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 447-448.

Público, que deixou de ser vinculado ao Poder Executivo e ganhou autonomia, independência funcional e a missão de defesa de direitos humanos (arts. 127 e 129, III, entre outros). Também foi mencionada, pela primeira vez no texto de uma Constituição, a *Defensoria Pública* como função essencial à Justiça, criando mais um ente público comprometido com a defesa dos direitos humanos.³⁴

Além disso, houve uma proteção especial aos direitos humanos, ali concebidos como direitos fundamentais e sociais, que, embora sejam igualmente essenciais, diferem-se quanto à sua aplicabilidade, podendo ser mediata ou imediata, conforme exposto na subseção anterior.

Os direitos sociais – comumente identificados como aqueles que envolvem prestações positivas por parte do Estado, razão pela qual demandam investimentos – positivados em sede constitucional, então, seriam compromissos sociais assumidos politicamente pelo Estado em favor da sociedade. Estão no centro do programa político, mas constituem-se compromissos, programas a ser desenvolvidos dentro de um cronograma político, à medida da possibilidade e prioridade de recursos. Entretanto, em oposição a esse posicionamento há o que entende que os direitos sociais não podem ficar reservados à periferia das políticas públicas, mas devem ser respeitados e efetivados como pilar do sistema que protege o interesse comum.³⁵

Assim, a doutrina acabou por apontar uma dupla vertente dos direitos sociais, em particular no que diz respeito à saúde, com natureza negativa, de modo que o Estado e terceiros devem abster-se de práticas que causem prejuízo a terceiros, e também com natureza positiva, pela necessidade de prestações do Estado a fim de efetivar os direitos sociais.³⁶

Até a Constituição de 1988, não havia uma abordagem constitucional específica para o sistema público de saúde brasileiro, pois o atendimento médico era garantido pelo Estado apenas aos cidadãos que possuíssem carteira de trabalho assinada e que estivessem em dia com a Previdência Social.

Em consequência disso, os indivíduos que não estivessem no mercado de trabalho de maneira formal não tinham direito ao atendimento público, restando-lhes apenas as opções de serem atendidos de forma filantrópica pelas Santas Casas de Misericórdia ou, caso tivessem recursos, de pagarem pelos serviços

³⁴ RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 448.

³⁵ CUNHA, Mércia Miranda Vasconcellos; BARBOSA, Amanda Querino dos Santos. A Efetivação dos Direitos Sociais Versus Democracia. **Revista Jurídica da Procuradoria-Geral do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 6, 2015. p. 91.

³⁶ LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. São Paulo : Saraiva, 2012. p. 1077.

privados.³⁷ Assim, observa-se que “uma das mudanças centrais da Constituição de 1988 foi retirar o direito à saúde da esfera trabalhista e do mercado e submetê-lo à esfera do direito de cidadania”³⁸.

O Texto de 1988, pela primeira vez na nossa história, elevou a saúde à condição de direito fundamental. Seguiu o exemplo da pioneira Carta italiana de 1948 (art. 32) e do Texto português de 1976 (art. 642). Aliás, esses dois diplomas supremos foram acompanhados, nesse particular, pelas Constituições da Espanha (art. 43) e da Guatemala (arts. 93 a 100). Isso revela a preocupação de constitucionalizar a saúde, vinculando-a à seguridade social, pois os constituintes compreenderam que a vida humana é o bem supremo, que merece amparo na Lei Maior. Portanto, o estado de higidez do indivíduo passou a ser um ponto de destaque nas constituições hodiernas.³⁹

Essa inserção da saúde no elenco dos direitos sociais no Brasil resultou, essencialmente, da força dos movimentos populares durante essa redemocratização, quando ocorreu a massiva participação popular no delineamento dos grandes propósitos constitucionais, fenômeno até então sem precedentes.⁴⁰

O rol dos direitos sociais, onde está inserida a saúde, consta no artigo 6º da Constituição, contudo ela volta a ser mencionada, de forma individualizada, em seção específica nos arts. 196 a 200 da Lei Magna.

O artigo 196 refere-se ao tema especificamente ao dispor que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁴¹

Todavia, apesar de uma indicação específica do Estado como responsável pela proteção à saúde trazida pela Constituição de 1988, trata-se de incumbência que deve responsabilizar a todas as esferas de poder político da federação, tendo sido enumerada entre as competências que são comuns à União,

³⁷ ABREU, Tiago Souza Nogueira de. Análise jurídica do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, à luz da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.3, n.3, out/dez. 2014. p. 51.

³⁸ SILVA, Sílvio Fernandes da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, jan./abr. 2009. p. 41.

³⁹ BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva. 2014. p. 1562.

⁴⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, Nov. 2008/Fev. 2009. p. 10.

⁴¹ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>. Acesso em: 18 jun. 2017.

aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, com previsão em seu artigo 23, inciso II.⁴²

Deveras, a natureza jurídica deste direito pode ser um pouco controversa, uma vez que ultrapassa certos limiares jurídicos, contudo, não há dúvidas acerca de sua assimilação como direito fundamental, seja ela contemplada como direito social, pertencendo à segunda geração dos direitos fundamentais, ou mesmo como direito difuso, por parte da doutrina, integrando, então, a terceira geração dos direitos fundamentais.

Este posicionamento é corroborado por dispositivos infraconstitucionais, como o texto encontrado no artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

Com essa análise, vem à tona constatações e consequências jurídicas extremamente importantes.

Uma primeira constatação que se impõe e que resulta já de um superficial exame do texto constitucional, é a de que o Poder Constituinte de 1988 acabou por reconhecer, sob o rótulo de direitos sociais, um conjunto heterogêneo e abrangente de direitos (fundamentais), o que, sem que se deixe de admitir a existência de diversos problemas ligados a uma precária técnica legislativa e sofrível sistematização (que, de resto, não constituem uma particularidade do texto constitucional, considerando o universo legislativo brasileiro) acaba por gerar consequências relevantes para a compreensão do que são, afinal de contas, os direitos sociais como direitos fundamentais.⁴³

A análise seguinte é realizada facilmente de forma dedutiva. Ao elevar o direito à saúde à esfera de direito fundamental, de uma forma mais específica ao patamar de direito fundamental social, este é alçado imediatamente ao nível de cláusula pétrea.⁴⁴

(a) Quanto às *cláusulas pétreas*, (i) a Constituição Federal elenca em seu art. 60, §4º os assuntos que não poderão ser objeto de emenda constitucional.

⁴² Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

⁴³ SARLET, Ingo Wolfgang. **Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

⁴⁴ FÁRIA, Luzardo. A Saúde como Direito Fundamental Social Regime Jurídico-Constitucional e Exigibilidade Judicial. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 5, 2014. p. 126.

De fato, os direitos sociais não contam expressos naquele rol. No entanto, sabe-se que existem *cláusulas pétreas implícitas* ao sistema constitucional. Diferente não poderia ser, caso contrário poder-se-ia abolir alguns princípios fundamentais da república, por não estarem expressamente naquele dispositivo.

Por óbvio, tal ideia seria um devaneio. Entende-se, portanto, que assuntos que forem indispensáveis à manutenção da identidade básica da Constituição são também protegidos de reforma.⁴⁵

As cláusulas pétreas expressas no artigo 60, §4º, são a forma federativa de Estado; o voto direto, secreto, universal e periódico; a separação dos Poderes; e os direitos e garantias individuais. Com isso, por uma técnica legislativa precária, restou dificultosa a compreensão integral do normativo.

Ao utilizar a expressão “direitos e garantias individuais” a Constituição de 1988 criou a seguinte *dúvida* na análise das cláusulas pétreas: a expressão foi usada de modo *literal*, fazendo remissão ao Capítulo I do Título II da própria Constituição, que separa os direitos individuais dos direitos sociais, coletivos, de nacionalidade e políticos? Ou a expressão “direitos e garantias individuais” foi usada como sinônimo de “direitos essenciais titularizados pelo indivíduo”, o que estenderia sua aplicação a todos os direitos espalhados pela Constituição e ainda aos direitos decorrentes previstos em tratados de direitos humanos?

A dignidade humana (epicentro axiológico da CF/88) e o reconhecimento do princípio da não exaustividade dos direitos humanos (art. 5º, § 2º) orientam a interpretação dessa cláusula pétrea para a aceitação de que são protegidos *todos* os direitos indispensáveis a uma vida digna e não somente os que, pela literalidade, estão contidos no Capítulo I do Título II da Constituição (“direitos e garantias individuais”).⁴⁶

O próprio Supremo Tribunal Federal já se posicionou com relação a este tema, sendo o argumento do voto proferido pelo Ministro Celso de Mello, constante do ementário nº 1730-10/STF, bastante elucidativo ao se posicionar neste sentido:

Tivemos, Senhor Presidente, o estabelecimento de direitos e garantias de uma forma geral. Refiro-me àqueles previstos no rol, que não é exaustivo, do art. 5º da Carta, os que estão contidos, sob a nomenclatura de direitos sociais, no art. 7º e, também, em outros dispositivos da Lei Básica Federal, isto sem considerar a regra do §2º, do art. 5º, segundo o qual ‘os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados [...]’⁴⁷

⁴⁵ FARIA, Luzardo. A Saúde como Direito Fundamental Social Regime Jurídico-Constitucional e Exigibilidade Judicial. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 5, 2014. p. 132.

⁴⁶ RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 455.

⁴⁷ Serviço de Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, ementário nº 1730-10/STF.

Por essas razões, é passível a compreensão de que os direitos sociais encontram, sim, guarida nas disposições do artigo 60, §4º, da CF, ainda que não de forma absoluta.⁴⁸

Ainda, o direito à saúde entendido como direito fundamental possui outras decorrências substanciais no âmbito jurídico.

A jusfundamentalidade formal do direito implica as seguintes consequências jurídicas principais: (i) por integrarem a Constituição, ocupam o lugar mais alto do ordenamento jurídico; (ii) por serem normas constitucionais, sua alteração encontra limites formais (na medida em que o procedimento de emenda à Constituição é mais rigoroso em relação ao procedimento legislativo ordinário), bem como consubstanciam limites materiais à reforma constitucional (cláusulas pétreas) ; (iii) por fim, são normas imediatamente aplicáveis, em razão da disposição expressa do art. 5º, § 1º da Constituição, motivo pelo qual vinculam os entes estatais e os agentes privados.⁴⁹

Essa vinculação do Estado, estando aí abrangidos os três Poderes, decorre do princípio da efetividade, também chamado de princípio da eficiência, que consiste em dar à norma constitucional uma interpretação que gere uma eficácia social ampla.⁵⁰

É possível concluir, portanto, que tanto a noção de direito como a de saúde no Estado contemporâneo implicam a mais ampla compreensão do ambiente em que será realizado o direito à saúde. É preciso que o legislador, o administrador e o juiz possam orientar-se em meio a tantas variáveis sociais, econômicas e culturais que participam da definição do estado de saúde das pessoas. São normas jurídicas que deverão revelar o sentido exato de saúde albergado por determinada comunidade.⁵¹

Assim, para que seja possível propiciar uma real efetividade ao dispositivo constitucional que assegura o acesso amplo e irrestrito à saúde, faz-se necessária a imposição ao Estado da responsabilidade pela elaboração, organização e implantação de políticas sociais e econômicas que tenham a finalidade de possibilitar uma melhora nas condições de saúde e, conseqüentemente, de vida da população.

⁴⁸ GARCIA, Nei Comis. **O problema da proteção dos direitos sociais contra a reforma constitucional**. Disponível em: <<http://www.tex.pro.br/home/artigos/126-artigos-abr-2003/3495-clausulas-petreas--direitos-sociais>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

⁴⁹ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial**. 2013, 270 p. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado). Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. p. 38.

⁵⁰ LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 157.

⁵¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 3, Nov. 2008/Fev. 2009. p. 14.

2.4 SAÚDE NO PLANO INFRACONSTITUCIONAL

Conforme visto anteriormente, os direitos fundamentais – e constando entre eles os direitos sociais, como a saúde – tem aplicabilidade imediata por força do parágrafo 1º do artigo 5º da Constituição Federal.⁵²

Não há dúvidas do intuito da inclusão deste dispositivo pelo constituinte, que era de priorizar as normas que versam sobre direitos fundamentais, concedendo-lhes uma normatividade solidificada a fim de garantir a sua concretização.

Todavia, é possível verificar a subsistência de certa controvérsia com relação à possibilidade da aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais sociais, tendo em vista a indefinição do que a norma estaria se referindo, se seria sobre eficácia ou efetividade, levando em conta a diferença existente entre esses termos.

Por *eficácia jurídica* entendemos a capacidade (potencial) de uma norma constitucional para produzir efeitos jurídicos. A *efetividade*, por sua vez, significa o desempenho concreto da função social do Direito, representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação entre o *dever-ser* normativo e o *ser* da realidade social.⁵³

Ou seja, para que ocorra a efetividade de determinada norma jurídica, é necessário que esta seja eficaz, sendo a efetividade uma consequência da eficácia jurídica.

José Afonso da Silva classificou as normas constitucionais quanto à sua eficácia a fim de que se pudesse compreender melhor acerca de sua aplicabilidade. As diretrizes constitucionais foram categorizadas em normas de eficácia plena, quando estas produzem seus efeitos desde sua entrada em vigor; normas de eficácia contida, quando produzem seus efeitos desde sua entrada em vigor, mas que podem, por expressa disposição constitucional, ter sua eficácia restringida por outras normas; e normas de eficácia limitada, quando, para produzir seus efeitos, necessitam de uma regulamentação e integração por meio de normas infraconstitucionais.⁵⁴

⁵² Art. 5º [...]

§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

⁵³ KRELL, Andréas. Controle judicial dos serviços públicos básicos na base dos direitos fundamentais sociais. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **A Constituição concretizada**: construindo pontes com o público e o privado. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2002. p. 39.

⁵⁴ SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. São Paulo: Malheiros, 2012. p. 81-82.

Por isso, pode-se dizer que as normas de eficácia plena sejam de *aplicabilidade direta, imediata e integral* sobre os interesses objeto de sua regulamentação jurídica, enquanto as normas de eficácia limitada são de *aplicabilidade indireta, mediata e reduzida*, porque somente incidem totalmente sobre esses interesses após uma normatividade ulterior que lhes devolva a eficácia, conquanto tenham uma incidência reduzida e surtam outros efeitos não-essenciais, ou, melhor, não dirigidos aos valores-fins da norma, mas apenas a certos valores-meios e condicionantes [...]. As normas de eficácia contida também são de aplicabilidade direta, imediata, mas não integral, porque sujeitas a restrições previstas ou dependentes de regulamentação que limite sua eficácia e aplicabilidade.⁵⁵

A partir destes conceitos, verifica-se que os dispositivos que tratam dos direitos fundamentais contidos na Constituição são normas de eficácia limitada, pois o mero ato de positivizar certos direitos não os torna efetivos, sendo necessária a edição de outros normativos infraconstitucionais que os regulamentem.⁵⁶

Assim, com a incumbência constitucional do Estado de promover a saúde, este deve agir como for possível para levar à realidade fática o que foi preceituado na Carta Magna.

Neste contexto, devem os Poderes Legislativo e Executivo, principalmente, porque são responsáveis por criar e executar as normas, respectivamente, dar a concreção máxima ao direito à saúde conforme consagrado na legislação constitucional e infralegal, e ao Judiciário, como o guardião da Constituição e das leis, corrigir, garantir e, em alguns casos, obrigar de forma coercitiva os demais poderes a darem a concreção necessária para a garantia da saúde.⁵⁷

Também neste sentido está situado o posicionamento de José Afonso da Silva:

[...] mais do que a simples positivação dos direitos sociais – que traduz estágio necessário ao processo de sua afirmação constitucional e que atua como pressuposto indispensável à eficácia jurídica – recai sobre o Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso à saúde.⁵⁸

⁵⁵ SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. São Paulo: Malheiros, 2012. p. 82.

⁵⁶ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 126.

⁵⁷ ABREU, Tiago Souza Nogueira de. Análise jurídica do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, à luz da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.3, n.3, out/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/53/98>>. Acesso em: 21 jun. 2017. p. 54.

⁵⁸ SILVA, José Afonso da. **Poder Constituinte e Poder Popular** - Estudos Sobre a Constituição. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 199.

Desta maneira, no plano infraconstitucional, a saúde posta no artigo 196 da Constituição teve sua regulamentação iniciada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, através da criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esta Lei preceitua que, por meio do SUS, as ações e serviços públicos de saúde, em todos os níveis de assistência, integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com orientação pelos princípios do acesso universal, da integralidade e da igualdade de assistência.⁵⁹

Posteriormente, para garantir maior especificidade com relação ao atendimento prestado, foi criada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, condiciona o recebimento de recursos dos entes estatais, a existência de comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários, entre outros detalhes.

E com as inúmeras ramificações que o tema da saúde possui, acarretando em diversas necessidades regulamentares, foram sendo elaborados outros normativos infraconstitucionais específicos para que todas pudessem ser atendidas de forma particular, não se limitando apenas a leis.

Com a edição da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, com foco no planejamento familiar, a questão da saúde da mulher foi ganhando espaço na regulamentação infraconstitucional, onde a prestação de assistência à concepção e contracepção e a atenção durante todo o período gestacional, do parto e puerpério foram positivadas.

Como desdobramento desta regulamentação, a Portaria do Ministério da Saúde nº 569, de 01 de junho de 2000, trouxe diversos princípios e diretrizes para o atendimento às gestantes de maneira digna e com qualidade, reforçando a responsabilidade do Estado na concretização deste direito fundamental.

Com mais esta iniciativa o Ministério da Saúde busca a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Ainda neste mesmo sentido, busca potencializar e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de

⁵⁹ Resumo do artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

procedimentos específicos e outras ações como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais.⁶⁰

Já a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, modificou a Lei nº 8.080 supracitada, acrescentando o artigo 19-J, garantindo às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.⁶¹

A partir de então, as maternidades receberam a incumbência de incluir o novo integrante, providenciando o redimensionamento do espaço físico e preparando a equipe para que sua presença fosse potencializada. Neste contexto, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 36 de três de junho de 2008 apresenta as atribuições do acompanhante que, basicamente, referem-se ao apoio à parturiente e à segurança no processo do parto e nascimento, influenciando positivamente no processo de trabalho da equipe de saúde.⁶²

Este dispositivo foi futuramente regulado pela Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 02 de dezembro de 2005 e, com isso, para os partos realizados através do SUS é disponibilizado pelo governo anualmente um montante de mais de 26 milhões de reais para subsidiar a diária de acompanhante para gestante, nos termos do artigo 1º da Portaria nº 2.200, de 09 de novembro de 2005.⁶³

Com relação aos atendimentos sucedidos através do setor privado, ou seja, por meio de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS adicionou, pelo artigo 23 da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, a cobertura de um acompanhante ao rol de procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.⁶⁴

⁶⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, abr. 2002. p. 69.

⁶¹ 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.

⁶² VAZ, Thabita Helena; PIVATTO, Liane Fuhr. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, jul/set. 2014. p. 546.

⁶³ Art. 1º Estabelecer recursos no montante de R\$ 26.753.587,20 (vinte e seis milhões, setecentos e cinquenta e três mil quinhentos e oitenta e sete reais e vinte centavos) a serem incorporados ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) dos estados e dos municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema, conforme distribuição constante do Anexo desta Portaria.

⁶⁴ 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:

Ainda, outros dispositivos foram criados na busca da efetivação do direito à saúde da mulher, como, por exemplo, a Lei nº 10.048/2000, que estabelece o direito ao atendimento prioritário das gestantes e a Lei nº 11.634/2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade.

Nota-se, assim, que houve preocupação do legislador em positivar diversas garantias e políticas que buscassem a efetividade do direito à saúde da mulher e, dentro dele, os direitos reprodutivos.

Entretanto, ainda que existam normas que, em tese, viabilizariam a concretude desses direitos, a realidade fática demonstra que, muitas vezes, isso não é suficiente para a materialidade dos mesmos.

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.

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 5º desta Resolução.

3 SAÚDE DA MULHER E POLÍTICAS PÚBLICAS

A maioria da população adulta que busca atendimento pelos serviços de saúde é feita de mulheres, apresentando as mais diversas necessidades, uma vez que são inúmeras as razões que as levam a procurar assistência, geralmente relacionadas diretamente às condições e hábitos de vida.⁶⁵

De fato, a responsabilidade da mulher por dar continuidade à espécie, ao conceber, dar à luz e colaborar com o desenvolvimento da próxima geração ainda define suas incumbências e seu lugar na sociedade, sendo que a maior parte dos cuidados com a saúde feminina era voltada para esta esfera.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.⁶⁶

Posteriormente foi criado um programa que objetiva a integralidade da promoção da saúde, com foco na atenção obstétrica e planejamento familiar, na assistência durante todas as fases da vida, no acompanhamento ginecológico e na seara da reprodução, além de outras questões como a assistência à mulher com relação às doenças sexualmente transmissíveis, auxílio durante o climatério e apoio com relação a diversos tipos de câncer, entre outras necessidades das mulheres brasileiras.⁶⁷

E para a compreensão integral dessas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, faz-se necessário que se compreendam também todos os aspectos sociais que a envolvem, uma vez que a questão do gênero tem inúmeros desdobramentos.

⁶⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad8.pdf>. Acesso em 13 jul. 2017. p. 16.

⁶⁶ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15.

⁶⁷ PADILHA, Juliana Falcão et al. **Saúde da mulher e assistência a gestante no Sistema Único de Saúde (SUS)**: uma revisão bibliográfica. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio2011/Trabalhos/1625.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2017. p. 2.

É preciso que se entenda que a questão da saúde da mulher ultrapassa os limites da área da saúde, chegando a impactar diversas outras áreas da sociedade.

3.1 A SAÚDE DA MULHER

Para entender o universo feminino com todas as suas peculiaridades e minúcias, é necessária certa sensibilidade. A compreensão de que mulheres e homens são diferentes vai muito além do panorama físico e biológico, tendo implicações até mesmo a forma como concebem o mundo e a sociedade, como exteriorizam suas necessidades e desejos, quando se torna essencial a análise destas questões sob a ótica do gênero.⁶⁸

O conceito de gênero ajuda a diferenciar as mulheres dos homens, não só biológica, mas principalmente no âmbito social. Ao utilizar este enfoque, o que se espera é que tanto a formulação de problemas quanto as suas soluções sejam requalificadas e promovam mudanças no posicionamento e comportamento de homens e mulheres.⁶⁹

A forma como a mulher é vista pela coletividade e o papel que ocupam e exercem socialmente tem enormes consequências na área da saúde, pois “os programas de saúde dirigidos à mulher têm sido um reflexo desta atitude geral da sociedade.”⁷⁰

A história mostra que a sociedade vê a mulher como cidadã de segunda classe, que tem uma série de deveres e obrigações, mas pouquíssimos direitos e quase nenhum apoio para realizar as tarefas que lhe são atribuídas. Espera-se que a mulher esteja sexualmente disponível, porém exige-se que engravide poucas vezes na sua vida e que não transmita doença ao seu parceiro durante as relações sexuais. Tudo sem entregar à mulher nem as informações nem as ferramentas mínimas para que possa cumprir o que a sociedade impõe-lhe como seu dever. Espera-se, ainda, que a mulher seja a perpetuadora da espécie: que dê filhos para seu esposo, à sua família, à sociedade. Tem que administrar e suportar, na maior parte das vezes, sozinha, os incômodos da gravidez e a dor e trauma do parto, para ter um bebê sadio. A assistência psíquica, social e médica que se dá à mulher nesse período não corresponde à importância da tarefa que a família, a sociedade e a espécie lhe impõem.

⁶⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 16. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad8.pdf>. Acesso em 13 jul. 2017.

⁶⁹ COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. p. 15.

⁷⁰ PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ed. Do Autor, 2004. p. 12.

Deverá ainda amamentar seu filho, trocá-lo, cuidá-lo, protegê-lo, dar apoio emocional e afetivo, preparar seus alimentos, alimentá-lo, educá-lo, discipliná-lo, etc. Consciente ou inconscientemente, a sociedade não só espera que ela cumpra com todas essas funções sociais com seus próprios recursos, como a culpa se o resultado desse esforço não é satisfatório.⁷¹

A desigualdade de gênero presente na sociedade aumenta sua exposição e a vulnerabilidade feminina no campo da saúde, evidenciando a necessidade de cuidados específicos, ainda que aí existam óbices para homens e mulheres.

Mesmo que sejam a maioria da população do Brasil, como demonstrou o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2010, onde dos 190.755.799 habitantes do país, as mulheres somavam a totalidade de 97.348.809, ou seja, cerca de 51,03% da população, ainda assim as mulheres são socialmente uma minoria, sofrendo com a desigualdade.⁷²

E embora as mulheres vivam mais do que os homens, a longevidade feminina não é necessariamente mais saudável, em razão de que certas circunstâncias são vivenciadas apenas por elas, que suportam todo o impacto negativo, como as situações de gravidez e parto, que, apesar de não se tratarem de doenças, mas sim de processos biológicos e sociais, ocasionam riscos à saúde, requerendo atenção especial.⁷³

Ainda, desigualdades com base no gênero, como aquelas com relação à educação, renda e emprego, por exemplo, acabam por limitar a capacidade feminina de proteção à sua própria saúde.⁷⁴ “Ao ocupar lugares de subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde–doença.”⁷⁵

Durante o período reprodutivo, que ocorre, em média, entre os 15 e os 49 anos, a saúde das mulheres tem enorme importância, uma vez que não afeta apenas as mesmas, mas sim todo o desenvolvimento de uma próxima geração.

⁷¹ PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ed. Do Autor, 2004. p. 11.

⁷² Dados disponíveis no site do IBGE, em <<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,1,2,-2,-3,128&ind=4707>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

⁷³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Genebra: OMS, 2009. p. xi.

⁷⁴ Ibid., p. xii.

⁷⁵ COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. p. 22.

Algumas barreiras que podem ser verificadas nesta época, como as complicações de gravidez e parto, chegam a representar o principal motivo de óbito em mulheres jovens com idade entre 15 e 19 anos nos países em desenvolvimento.⁷⁶

Um estudo realizado por Serruya et al., (2004) sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) revelou que em torno de 22% das mulheres tiveram seis consultas, 6% a consulta puerperal e os exames obrigatórios, apenas 4% também foram submetidas ao teste para HIV e receberam vacina antitetânica e 12% fizeram dois exames para sífilis.
[...]

Existe, ainda, intensa medicalização no momento do parto, seja por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas ou pela prática abusiva de cesarianas. Geralmente, a parturiente é isolada de seus familiares e verifica-se a falta de privacidade e desrespeito à sua autonomia. A atenção ao puerpério também não está sendo realizada plenamente pelos serviços de saúde, cuja preocupação maior tem sido o atendimento ao recém-nascido.⁷⁷

Na verdade, a maior preocupação com relação a esses atendimentos não é com a mulher em si, pois, em geral, esta é apenas um meio para que se consiga atingir algum objetivo compreendido como essencial pela sociedade, como o bom desenvolvimento de novos indivíduos, verificando-se um caráter utilitarista nas políticas públicas de saúde da mulher.⁷⁸

A exemplo disso, durante a década de 1950, quando as atuações em prol da saúde eram fortemente influenciadas pela política do *Welfare State*, o “estado de bem-estar social”, concentrada nos grupos de maior vulnerabilidade, a saúde feminina brasileira tinha enfoque em fazer das mulheres “melhores mães”, pois a maternidade era vista como o principal papel social da mulher, de modo que foi quando iniciaram-se os programas de planejamento familiar.⁷⁹

Já durante a década de 1970, o foco era direcionado às questões relativas à equidade de gênero, que inclusive foi tema da Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985), voltado para a integração das mulheres no processo de desenvolvimento, por meio da redução das desigualdades de gênero e da autonomia política e econômica.⁸⁰

⁷⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Genebra: OMS, 2009. p. xii.

⁷⁷ Ibid., p. 24-25.

⁷⁸ PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ed. Do Autor, 2004. p. 12.

⁷⁹ UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Paula Trindade Garcia (Org.). **A saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro**. São Luís, 2014. p. 8.

⁸⁰ Id. Luciane Maria de Oliveira Brito. (Org.). **Saúde da mulher**. São Luís: EDUFMA, 2017. p.18.

Pensando nessas e em outras questões, é criado em 1975 o programa materno-infantil, que continha delineamentos gerais sobre proteção e assistência materno-infantil e buscava englobar cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa tinha forte ação de organismos internacionais controlistas, como a sociedade civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), e, assim como todo programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.⁸¹

Somente na década de 1980 a priorização da mulher nas políticas públicas passa a ganhar maior visibilidade, depois de muita luta e empenho do movimento feminista brasileiro, que se encontrava em seu ápice. “Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas.”⁸²

Assim, o grupo da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil – DINSAMI, do Ministério da Saúde, juntamente com um grupo de militantes do movimento feminista, desenvolveram uma proposta de política pública chamada Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, rompendo com o modelo vigente, trazendo em seu lugar um mais extensivo, passando a abranger todas as fases do ciclo biológico vital da mulher.⁸³ “O Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984, através do documento preparado pela referida comissão: ‘Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática’.”⁸⁴

Por sua criação, o PAISM assumiu que o atendimento à mulher era quase que exclusivamente limitado ao período gravídico-puerperal⁸⁵ e se propôs a modificar esta situação, objetivando que as ações governamentais para a saúde da mulher se situassem no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços

⁸¹ UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Luciane Maria de Oliveira Brito. (Org.). **Saúde da mulher**. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 19.

⁸² Id. Paula Trindade Garcia (Org.). **A saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro**. São Luís, 2014. p. 9.

⁸³ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Atenção integral à saúde da mulher: medicina**. Florianópolis, 2016. p. 14.

⁸⁴ OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017. p. 26.

⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017. p. 5.

básicos de saúde, com vistas à adequação da oferta de serviços, norteando-se pelo princípio da integralidade da assistência.⁸⁶

Desta forma, o PAISM propõe novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as usuárias dos serviços, sendo baseado no respeito mútuo. Tem como objetivos reconhecer a mulher como cidadã dotada de direitos e como um pessoa inteira, onde a história do seu corpo e de sua vida tem importância fundamental, para que ela possa expressar o que sente e, a partir deste fundamento, possa ser ouvida e compreendida nas suas necessidades. Assegura à clientela o conhecimento necessário para que ela tenha um maior controle sobre sua saúde.⁸⁷

Nesta época, os temas da saúde da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos eram assuntos que continuavam em voga mundialmente, com diversas discussões sendo realizadas e muitos planos sendo criados.

Na década de 90, no cenário internacional, aconteceram muitos debates importantes para a saúde das mulheres, impulsionados pelas Conferências do Sistema ONU. O Brasil teve importante contribuição nesse cenário. Em 1993, a Conferência Internacional de Direitos Humanos, em Viena, considerou que as violações contra os direitos das mulheres fossem tratadas como violações contra os direitos humanos, tais como estupro e violência doméstica.⁸⁸

O assunto dos direitos reprodutivos foi tema da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD, ocorrida no Cairo, em 1994, que discutia a essencialidade da saúde, dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, tendo sido realizados diversos acordos entre 179 países, e também da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que aconteceu em Beijing, no ano de 1995, onde foram reafirmados os ideais dos acordos que foram estabelecidos no Cairo, além de ter sido a ocasião em que os direitos sexuais e direitos reprodutivos foram elevados ao nível de Direitos Humanos.⁸⁹

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017. p. 14.

⁸⁷ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 17. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad8.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

⁸⁸ Ibid., p. 15.

⁸⁹ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 12.

Deste modo, no ano de 2003 a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou que o PAISM já não comportava todas as necessidades da saúde da mulher de forma integral como se propunha e, assim, precisava ser ampliado, o que ocorreu pela articulação juntamente a outras áreas técnicas e com novas propostas de ações que atendessem mais especificamente os grupos vulneráveis e minorias no âmbito feminino.⁹⁰

Com isso, os moldes de um novo programa foram sendo traçados, culminando na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, que seria uma evolução do PAISM, procurando preencher as lacunas que a política prévia havia deixado anteriormente.

3.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Como supramencionado, foi percorrido todo um longo caminho na questão da saúde até que houvesse a preocupação com a integralidade da saúde feminina por parte do Poder Público.

Da instituição do PAISM até a implementação do PNAISM, reflexões foram necessárias para que a sociedade compreendesse o conceito da mulher contemporânea, livre, independente e com plenos poderes de exercer suas capacidades nos vários contextos sociais, sob o amparo da Constituição, como o direito inalienável de vivenciar sua sexualidade e optar pela não maternidade.⁹¹

A PNAISM trata-se, sobretudo, de uma proposta de estruturação conjunta, respeitando a autonomia das diversas entidades colaboradoras, que tem participação fundamental no processo de concretização das políticas, destacando a relevância de empoderar as mulheres que se utilizam do SUS e sua participação nas esferas de controle social.⁹²

Como proposta mais abrangente, a PNAISM traz um breve diagnóstico quanto à situação de saúde da mulher brasileira e suas principais causas de morbidade e mortalidade. Este diagnóstico serviu para que fosse firmado um compromisso, para que na implantação das ações de saúde, as reais necessidades das mulheres tenham como garantia as proposições dos

⁹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 19.

⁹¹ JORGE, Herla Maria Furtado et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 28, n. 1. jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf>>. Acesso em 15 ago. 2017. p. 141.

⁹² JORGE, loc. cit.

direitos humanos, com vistas a reduzir os índices de morbidade e mortalidade por causas preveníveis e evitáveis.⁹³

Sua apresentação ocorreu em 2004, inicialmente com o intuito de conduzir as ações de atenção à saúde da mulher durante o período de 2004 a 2007, com a consolidação de um conjunto de princípios e diretrizes no panorama legal que estipulou como meta geral a promoção integral da saúde da mulher em sua integralidade.⁹⁴

A criação da PNAISM se deu com a elaboração de um documento pelo Ministério da Saúde em conjunto com outros entes, denominado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, que serviria como base para a implantação completa da política.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.⁹⁵

Além disso, para direcionar as primeiras ações, houve a criação de um segundo documento, denominado “Plano de Ação 2004-2007”, específico para este período, que descrevia objetivos particulares e propunha metas, estratégias, ações, recursos e indicadores para cada um dos objetivos.⁹⁶ Posteriormente foram criados outros planos de ação.

A definição destes instrumentos de gestão da PNAISM deve ser definida pelo nível local, de acordo com sua realidade epidemiológica e social. Por exemplo, os gestores locais devem definir suas metas e escolher os indicadores que melhor se adaptem à sua situação de saúde e que

⁹³ RAMALHO, Katiane de Souza et al. Política de Saúde da Mulher à Integralidade - efetividade ou possibilidade. **Cadernos de graduação: Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 1, n. 1, nov. 2012. p. 16.

⁹⁴ RAMALHO, loc. cit.

⁹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 5.

⁹⁶ Id. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017. p. 13.

respondam às necessidades da população, não cabendo uma aplicação destes instrumentos sem um diagnóstico da situação de saúde, sobretudo a das mulheres, ou seja, da realidade de saúde do município.⁹⁷

A PNAISM teve profunda importância pela forma como uniu as questões de “saúde da mulher”, “saúde reprodutiva” e “saúde sexual”. E mais, ao estabelecer um planejamento para a “saúde integral da mulher”, com um novo conceito de atenção à saúde baseado em uma política específica e ampla, a mulher é contemplada como sujeito e não como objeto reprodutivo, em contraposição ao limitado ideal de saúde materno-infantil.⁹⁸

O enfoque dado pela PNAISM ao gênero e suas implicações na área da saúde logo de início é muito importante, pois aborda o fato de que “a saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos”⁹⁹, fazendo deste embasamento para a construção da política.

O diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil, que vem logo após a explicação sobre a questão do gênero, é crucial para a compreensão da necessidade da política, pois mostra que a saúde da mulher necessitaria de várias frentes de ação, em razão de que os problemas que as atingiam eram distintas.

Entre as principais causas de morte femininas se encontravam o acidente vascular cerebral, aids, homicídios e suicídios, neoplasias, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes, câncer de mama e câncer de colo do útero.¹⁰⁰

⁹⁷ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017. p. 13.

⁹⁸ ARAÚJO, Maria José de Oliveira et al. **Saúde das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000. Disponível em: <http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/saude_das_mulheres.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017. p. 7.

⁹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017. p. 11.

¹⁰⁰ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 27-55.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.¹⁰¹

A ideia era que, ao analisar dados e criar formas de ação e sistemas de atuação, fosse mais fácil encontrar soluções fáticas para reverter os quadros mais problemáticos.

Além disso, a perspectiva de proporcionar a saúde da mulher em sua integralidade pode ser encarada como avanço na constituição da cidadania feminina, em razão de que se mostra uma vitória sobre todos os percalços que a desigualdade de gênero proporciona.

Partindo do pressuposto de que a integralidade do cuidado compreende a integração entre saberes, espaços e práticas – portanto, é esse o princípio organizador e estruturante da humanização do cuidado e da abordagem de gênero necessária à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher –, buscam-se nos planos conceitual, político e de organização das práticas cotidianas dos profissionais nos serviços de saúde os elementos da Política necessários ao aprofundamento da integralidade [...].¹⁰²

Assim, na PNAISM a integralidade consistia em colocar em pauta todas as necessidades da mulher na questão da saúde, abrangendo todos os períodos de sua vida, não apenas os assuntos ligados à maternidade.

Os objetivos principais da PNAISM, que buscavam englobar a integralidade, eram promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente nas que ocorrem por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos mais diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral

¹⁰¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 11.

¹⁰² SOUTO, Kátia Maria Barreto. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**. Brasília, v. 10, n. 22, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/17/18>. Acesso em: 26 jun. 2017. p. 165.

à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, além de outros 14 objetivos específicos.¹⁰³

Entretanto, para que os objetivos da PNAISM pudessem ser realizados de uma maneira mais exequível, foi necessário o desdobramento desta política por meio do desenvolvimento de outros programas, de uma maneira mais específica.

O campo da saúde das mulheres recebeu um avanço em 2004 quando aprovado o I Plano Nacional de Políticas para Mulheres. O plano apontou que a atenção à saúde integral da mulher se constituía uma das necessidades essenciais da população feminina. Também expressava a concepção de que as políticas voltadas para a saúde da mulher devem ser pensadas e articuladas na perspectiva das relações de gênero. Referenciando Mantamala (2005), superar o enfoque biológico, que relaciona a atenção à saúde da mulher apenas a aspectos reprodutivos implica não somente adotar o conceito de saúde integral, mas também as práticas em saúde que se referem a um conjunto de fatores que englobam questões psicológicas, sociais, ambientais, culturais e sexuais [...].¹⁰⁴

Já para a questão da maternidade foi criada uma política específica denominada “Rede Cegonha”, instituída em 2011 por meio da Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde. O artigo 1º da Portaria resume bem a que se propõe este programa.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.¹⁰⁵

Esta ação foi um passo muito importante na seara do direito à saúde da mulher com relação aos direitos reprodutivos, pois a gestação e o parto requerem

¹⁰³ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015. p. 14. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017.

¹⁰⁴ MARTINS, Quéren da Silva; LYRIO, Denise Carvalho. Contextualizando a luta por direitos igualitários na trajetória das políticas públicas de saúde para a mulher brasileira. **Revista Ártemis**. João Pessoa, v. 19, jan./jul. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/26207/14101>>. Acesso em: 27 jul. 2017. p. 134.

¹⁰⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=109&data=27/06/2011>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

cuidados bastante específicos e são circunstâncias extremamente relevantes socialmente de inúmeras formas.

3.3 A SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO E NO PARTO

Os planos e programas derivados da PNAISM foram ao encontro das políticas preexistentes, como, por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pela portaria nº 569 do Ministério da Saúde, de 01 de junho de 2000.

Este programa foi uma grande referência ao possibilitar o direito da mulher de ser mãe de maneira mais segura e humana, assegurando uma assistência mais sensível e com maior qualidade.

A necessidade de uma assistência plena neste período se dá em razão de tamanha a importância que a criação de uma nova vida possui socialmente, de modo que deve ser tutelada com empenho.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade.¹⁰⁶

De fato, este acontecimento extremamente complexo, com suas particularidades e perspectivas bastante diversas para cada mulher, trata-se de um processo biológico inserido em uma dimensão social, abrangendo o coletivo e o meio em que a mulher está inserida, possuindo desdobramentos em toda a sociedade. “A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.”¹⁰⁷

Inúmeras mudanças físicas e psicológicas acontecem durante a gestação, que vão desde modificações fisiológicas, até alterações emocionais, comportamentais e sexuais, causando uma tempestade de sentimentos e sensações novas. O modo pelo qual a futura mãe responde a estas alterações, bem como o tempo que estas irão durar, depende de alguns fatores, como: planejamento anterior da gravidez, relação familiar, meio

¹⁰⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001. p. 9.

¹⁰⁷ BRASIL, loc. cit.

sócio-econômico, cultura, experiências gestacionais anteriores, número de filhos, religião, entre outros.¹⁰⁸

Com todas essas transformações, muitas vezes a gravidez é associada a uma doença, apesar de ser mero processo de desenvolvimento e formação de um novo ser, ficando mais suscetível aos problemas de saúde, tanto do ponto de vista biológico, pois a mulher tem sua imunidade baixada, quanto do psíquico.¹⁰⁹

Assim, em função de todas as ocorrências deste período, é necessário um acompanhamento que inclua a promoção da saúde, bem como a prevenção e o tratamento dos problemas que podem vir a ocorrer.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir, na medida do possível, que toda gestação resulta em uma mãe e um filho saudáveis. O trabalho baseia-se em ações de prevenção e tratamento de possíveis doenças. Durante todo o pré-natal são realizadas consultas médicas, programas de educação e apoio emocional. Isto tudo prepara adequadamente a mulher para o parto e para os cuidados com o recém-nascido, inclusive o aleitamento materno.¹¹⁰

O parto, por ser o estágio resolutivo da gestação, consistindo na expulsão do bebê do corpo da mulher para o mundo exterior¹¹¹, também se trata de um acontecimento complexo e bastante tenso, em que a mulher se encontra muito vulnerável, acabando exposta sem poder de defesa e, muitas vezes, nem mesmo de opinião e consentimento.

Existem poucas experiências humanas comparáveis com o parto e o nascimento, em termos de intensidade física, psicológica e social, ou que sejam ao mesmo tempo tão desafiadoras e transformadoras. Muito além de seus aspectos fisiológicos, o parto é um evento histórico e socialmente construído, de ampla variabilidade cultural e geográfica.¹¹²

¹⁰⁸ SANTOS, Aliny de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade, MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, especial temático. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a07v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017. p. 62.

¹⁰⁹ PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ed. Do Autor, 2004. p. 40.

¹¹⁰ PINOTTI, loc. cit.

¹¹¹ PADILHA, Juliana Falcão et al. Saúde da mulher e assistência a gestante no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. II Fórum de Integração em Fisioterapia, 2011, Santa Maria. **Anais eletrônicos...** Santa Maria: UNIFRA, 2011. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio2011/Trabalhos/1625.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

¹¹² DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017. p. 141.

Com isso, faz-se mister que nos períodos do pré-natal, parto e puerpério exista uma atenção básica que contemple todas as necessidades da mãe e do bebê de forma qualificada, do ponto de vista social e também da higidez física.

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.¹¹³

E ainda que demande um grande esforço, é completamente viável que isso aconteça, através da sensibilização e motivação dos profissionais de saúde, munindo-os com instrumentos que estes precisam para o trabalho com as gestantes, sendo estes não apenas quesitos mas também mecanismos que possibilitem acolhimento, informação e amparo durante todo o período.¹¹⁴

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.¹¹⁵

O que se verifica é que o caminho para que essas boas condições de saúde para mãe e criança aconteçam depende muito de um processo de humanização, que vem, aos poucos, sendo incorporado ao atendimento.

Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as),

¹¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 7.

¹¹⁴ BRASIL, op. cit., p. 26.

¹¹⁵ SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. p. 12.

trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.¹¹⁶

Esta humanização resulta do desenvolvimento do acolhimento dentro do atendimento à saúde, que é proporcionado quando aquele que usufrui deste serviço e recebe todas as respostas às suas necessidades, através de uma assistência completa.¹¹⁷

Diante disso, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, do Ministério da Saúde, tem o objetivo principal de reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporada como diretrizes institucionais.¹¹⁸

Entretanto, embora existam diversos planos e programas que pretendem reafirmar a necessidade da humanização do atendimento e sua construção efetiva, ainda existem enormes problemas que ocorrem durante a gestação, o parto e o puerpério, entre eles a violência obstétrica.

¹¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9.

¹¹⁷ SANTOS, Aliny de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade, MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, especial temático. 2010. p. 62. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a07v11 esp_n4.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

¹¹⁸ MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas. AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>>. Acesso em: 31 jul. 2017. p. 440.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como visto, o cuidado com a saúde das mulheres sempre esteve muito voltado para a questão da gestação e do parto, uma vez que estes momentos tinham inúmeras consequências para as mesmas.

Ao longo da história humana, a gravidez e o parto contribuíram significativamente para a ocorrência de óbitos e incapacidades entre as mulheres. A mortalidade materna (óbito de uma mulher durante o período da gravidez, parto ou pós-parto) é um indicador-chave do estado de saúde da mulher, e mostra de forma gritante a diferença entre ricos e pobres, nos países e entre eles.¹¹⁹

A parturição passou por inúmeras transformações através dos tempos, refletindo as modificações que ocorriam na sociedade como um todo, em decorrência da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e, principalmente, do desenvolvimento da medicina.¹²⁰

E embora estas mudanças tenham contribuído para a redução da mortalidade materna, outros problemas começaram a surgir, uma vez que a mulher deixou de ser considerada sujeito objeto, como protagonista do momento, para sujeito secundário, mera paciente sem voz, pois “[...]a medicina se apropriou do processo do parto na medida em que assumiu o controle sobre o corpo das mulheres e as levou para parir nos hospitais, ainda que em condições precárias.”¹²¹

Com a dupla objetificação da mulher, em razão seu corpo ter se tornado objeto de controle e domínio da medicina e meio para se chegar ao fim que é o bebê, esta é deixada de lado, como sujeito, sendo vista como mero corpo reprodutor.¹²²

Tudo isso possibilita e oportuniza a ocorrência de fatos e procedimentos compreendidos como violência institucional obstétrica, afetando não

¹¹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mulheres e saúde evidências de hoje, agenda de amanhã. Genebra: OMS, 2009. p. 40.

¹²⁰ SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na História. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017. p. 246.

¹²¹ MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba, Havana, 2012. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/download/744/321>>. Acesso em: 04 ago. 2017. p. 2.

¹²² AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010. p. 177.

apenas toda a dinâmica do trabalho de parto e o modo como mulheres o vivenciam, mas também a percepção social deste evento.

4.1 HISTÓRIA DO PARTO

Analisando o histórico do parto, é possível verificar como este foi totalmente remodelado através das infinitas transformações que aconteceram, invertendo inclusive seu protagonismo.

Antes compreendido como um momento bastante íntimo e familiar, um acontecimento cultural, prevalecendo o foco na parturiente, passou a ser realizado no hospital, influenciado pelas relações de poder, em um modelo de cuidado masculino, preterindo as necessidades da mulher e voltando-se para o domínio de práticas intervencionistas.¹²³

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida.¹²⁴

O parto era considerado pela cultura social mais antiga algo essencialmente feminino, como um ritual das mulheres, que se ajudavam e acabavam por acumular todo o conhecimento a esse respeito. Contrariando os padrões culturais da época, onde a medicina era exercida essencialmente por homens, a participação masculina foi muito pequena até o século XII.¹²⁵

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como

¹²³ PONTES, Monise Gleyce de Araujo et al. Parto nosso de cada dia um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. João Pessoa, v. 12, n. 1, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017. p. 71-72.

¹²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 17.

¹²⁵ SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na História. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2017. p. 246.

cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio.¹²⁶

Deste modo, o nascimento não era percebido como um evento médico, mas sim como ocorrência natural, de modo que as intervenções médicas somente tinham espaço em caso de complicações ou dificuldades, porém estas eram ineficazes na maioria das vezes.¹²⁷

A partir do século XVI, essa tradição começa a sofrer regulamentações, governamentais ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades européias a exames prestados diante de comissões municipais ou eclesiásticas. O ponto fundamental dessa regulação relaciona-se à garantia do estado emergente e da igreja de que não seriam realizados abortos e infanticídios. Exigia-se da parteira examinada pelas comissões a profissão da fé cristã, o saber batizar o recém-nato moribundo, e moral e reputação ilibadas.¹²⁸

Aí surgiram os primeiros manuais de parto na Europa, que foram publicados para divulgar os conhecimentos da medicina greco-romana, que durante a Idade Média haviam caído no esquecimento.¹²⁹

De uma forma geral, os manuais de obstetrícia dos séculos XVI e XVII são registros de uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista. Os cirurgiões acabaram por desenvolver uma verdadeira obstetrícia patológica para a qual criaram todo um arsenal cirúrgico que muito contribuiu para a supremacia dos médicos-parteiros sobre as parteiras. Além das pinças, tesouras, dos fórceps, ganchos e perfuradores, também faziam parte da prática intervencionista as manobras obstétricas e as operações, como a embriotomia e a cesariana.¹³⁰

Foi nesta época quando a medicina passou a se interessar pelo tema e incorporar a prática como sua atribuição, intitulado-a como “arte obstétrica”, quando surgiram os profissionais que eram denominados médicos-parteiros ou cirurgiões-parteiros.¹³¹

¹²⁶ BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017. p. 135.

¹²⁷ PONTES, Monise Gleyce de Araujo et al. Parto nosso de cada dia um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. João Pessoa, v. 12, n. 1, jun. 2014. p. 72. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

¹²⁸ GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 69.

¹²⁹ MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2010. p. 30.

¹³⁰ MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 72.

¹³¹ BRENES, op. cit., p. 135.

Como as parteiras se utilizavam de conhecimento empírico, adquirido por meio de suas próprias experiências, e conhecimento popular, bem como suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas, suas práticas passaram a ser consideradas suspeitas, levando-as à perseguição e desqualificação.¹³²

Além disso, o entendimento de que a produção de conhecimento científico sobre a gravidez e o parto só seria possível com o afastamento dessas mulheres e a substituição das mesmas pelos médicos se multiplicou, fazendo com que a competição entre eles se estendesse durante séculos.¹³³

Com a regulamentação dos procedimentos de parto, que ocorreu no século XVII, a atividade teve controle exercido pelos médicos, ficando as parteiras subordinadas a estes.¹³⁴ Foram produzidos muitos manuais de ensino e orientação sobre o tema, direcionados às parteiras, com a característica da sátira e da condenação à sua ignorância.¹³⁵

A produção científica foi ampla durante o século XVIII, ocorrendo a consolidação da atuação da medicina nestes casos. Na Inglaterra, já era rotineiro ter um médico assistindo aos partos na segunda metade do século.¹³⁶

Com isso, houve o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, anestésicas e de assepsia para que as práticas fossem executadas com maior segurança dentro dos hospitais, uma vez que estes não possuíam condições adequadas na época, sendo um reduto de pobres, doentes e desvalidos.¹³⁷

Cada vez mais presentes ao lado das parturientes, os médicos tornaram-se especialistas não só do parto, mas também da gravidez, do puerpério, da saúde e das doenças dos recém-nascidos, associando a experiência aos conhecimentos científicos produzidos nas principais faculdades de medicina européias; assim, formou-se um novo especialista no século XIX: o obstetra.¹³⁸

No Brasil, os partos foram eminentemente domiciliares, tendo sido realizados com o auxílio das parteiras, as chamadas “aparadeiras” ou “comadres”, até

¹³² BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017. p. 246-247.

¹³³ MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 73.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 75.

¹³⁵ GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 70.

¹³⁶ GIFFIN; COSTA, loc. cit.

¹³⁷ GIFFIN; COSTA, loc. cit.

¹³⁸ MARTINS, op. cit., p. 78.

o final do século XIX, quando, então, a situação passou a se modificar em função do quadro histórico.

Com a chegada da Corte Portuguesa, a situação começou a ser modificada, pois foi implantada a medicina como ensino oficial, por ordem de D. João VI, a pedido do Barão de Goyana, José Correia Picanço.¹³⁹

Dessa forma, pela criação das Escolas de Medicina e Cirurgia nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808, a prática da medicina obstétrica foi sendo incorporada ao cotidiano.¹⁴⁰ Entretanto, o ensino da mesma, bem como o da ginecologia foram muito precários até a década de 1870, sendo hegemonicamente enciclopédico e teórico.¹⁴¹

A questão do ensino prático da obstetrícia só começou a encontrar solução após a Reforma Sabóia, de 1882, que ampliou o currículo dos cursos de medicina, criando novas disciplinas com finalidade clínica, entre elas a clínica obstétrica e ginecológica. A antiga Cadeira de Partos foi substituída pela Cadeira de Obstetrícia, de caráter mais teórico, enquanto a nova Cadeira de Clínica deveria propiciar aos alunos a experiência junto às grávidas e puérperas, bem como às questões relativas às doenças ginecológicas.¹⁴²

Com esse avanço, apesar das dificuldades materiais e institucionais, a medicina da mulher foi sendo reconhecida tanto pela categoria médica como pela clientela, de modo que no início do século XX aumentou a procura pelos serviços de obstetras e ginecologistas.¹⁴³

“A normalização médica discursiva passa a redescrever eventos fisiológicos considerados naturais e comportamentos sociais desviantes, e acaba remetendo à intervenção de práticas especializadas.”¹⁴⁴ Assim, o parto se transformou ao longo do tempo de um evento natural da vida familiar e comunitária para um acontecimento apropriado pela medicina e hospitalar, com o controle dos médicos

¹³⁹ BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017. p. 137.

¹⁴⁰ WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7604/9128>>. Acesso em: 07 ago. 2017. p. 141.

¹⁴¹ MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2010. p. 33

¹⁴² MARTINS, op. cit., p. 149.

¹⁴³ Ibid., p. 141.

¹⁴⁴ COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/07.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2017. p. 365.

sobre as pacientes, tornando-se sinônimo de modernidade, segurança e ausência de dor.¹⁴⁵

A esse processo dá-se o nome de medicalização. Segundo a tese da medicalização, os médicos tendem a oferecer soluções biomédicas e técnicas em situações antes consideradas como partes inerentes e integradas à vida cotidiana, como a gravidez e o parto. Em relação a estes fenômenos especificamente, o processo de medicalização implicou profundas transformações não apenas no modo como os procedimentos são administrados, mas principalmente na maneira como são compreendidos e vivenciados pela maioria das mulheres.¹⁴⁶

O uso rotineiro de certas condutas obstétricas e acaba deixando a mãe em segundo plano e demandando cada vez mais intervenção médica, que acabou tomando conta dos procedimentos de parto.¹⁴⁷

Essa medicalização, embora em muito tenha contribuído, também deixou a mulher à mercê de técnicas e procedimentos bastante contraditórios, fundamentados pelo modelo biológico-tecnicista, que considera o parto um evento médico e patológico que precisa ser tratado.¹⁴⁸

Com isso, ocorrências problemáticas passaram a fazer parte do cotidiano das parturientes, que aos poucos foram ignoradas, formando um sistema questionável que trata o parto como linha de produção.

4.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O sofrimento no parto foi historicamente considerado como algo inerente à maternidade. Era visto como uma provação que as mulheres deveriam suportar pelo simples fato de serem mulheres e dar à luz, uma penalidade inerente à condição feminina.

Em muitos países, a influência religiosa sobre a assistência à saúde e a noção de que o sofrimento no parto é um castigo que a mulher deve suportar por ter tido relações sexuais, contribuem para uma cultura de negligência dos direitos e do bem-estar maternos, para o uso liberal de intervenções invasivas,

¹⁴⁵ MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2010. p. 33.

¹⁴⁶ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2002. p. 7.

¹⁴⁷ Ibid., p. 9.

¹⁴⁸ CARDOSO, Junia Espinha. **A dissonância entre desejo e realidade: A escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008. p. 17.

para a ausência de privacidade e de medidas de conforto durante o trabalho de parto e, não raro, para a hostilidade e abusos explícitos, especialmente para as mulheres situadas na parte inferior das hierarquias sociais.¹⁴⁹

Esta ideia está profundamente enraizada na concepção popular como um fato associado à purgação feminina que ocorre na própria Bíblia, quando, em Gênesis, Eva conhece o pecado, corrompendo toda a humanidade com sua transgressão, onde Deus ordenou: “e tu mulher, parirás com dor os seus filhos”.¹⁵⁰

Em vista disso, se até mesmo a Bíblia Sagrada diz que a mulher deve sofrer durante o parto, é uma utopia esperar que a mulher consiga ver a violência obstétrica como algo fora do esperado. Isso porque, a mulher já entra na sala de parto com a ideia de que ela irá sentir dor e que tudo que farão com ela são procedimentos padrões, então qualquer desrespeito a ela é ignorado e tratado como normal.¹⁵¹

Este sofrimento, visto desde os primórdios da humanidade como um desígnio divino, uma pena a ser paga pelo pecado original, fazia com que fosse dificultado – e até mesmo ilegalizado – qualquer alívio possível aos riscos e às dores do parto.¹⁵²

No século XIX a vivência do parto e tudo o que nele ocorria era aceito pelas mulheres como uma fatalidade, algo do qual não se podia fugir. Era uma vivência privada da mulher que paria com o apoio de outras mulheres, que faziam todos os esforços para que a parturiente tivesse o maior conforto possível durante o evento. Havia uma cultura de solidariedade feminina profundamente associada ao processo de nascer, o que lhe conferia o status de ser esse um evento doméstico, onde a dor podia ser inevitável, mas o entorno era de apoio e compreensão.

Nos dias atuais, o medo de sofrer durante este evento, não só assusta as parturientes, mas provavelmente, vêm lhes impondo uma vivência solitária em um ambiente desconhecido, no qual são cercadas por pessoas também desconhecidas, caracterizando uma mudança cultural. Na passagem do parto normal domiciliar para o hospital, o controle da parturição, foi assumido

¹⁴⁹ DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2017. p. 141.

¹⁵⁰ TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2017. p. 741.

¹⁵¹ ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. Violência obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 14, n. 2, ago./dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf_562>. Acesso em: 08 ago. 2017. p. 647.

¹⁵² DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2017. p. 628.

pelos profissionais de saúde, que, comumente, não consultam a parturiente sobre suas preferências ou sentimentos em relação ao que vivem.¹⁵³

A opressão institucional nas maternidades, exercida contra as pacientes pelos profissionais de saúde, deriva, então, do uso abusivo do poder conferido a estes profissionais nesta relação assimétrica, uma vez que se trata de um sujeito que possui determinado conhecimento científico acerca da saúde e outro que se subordina ao cuidado e orientação deste por reconhecer a legitimidade de seu saber.¹⁵⁴

O tratamento desumanizado conferido às mulheres no parto retrai sua capacidade natural de parir e como resultado causa uma compreensão falsa de que os corpos femininos não são aptos para suportar naturalmente a parturição, problematizando esse processo a ponto de serem compreendidas como necessárias as diversas interferências médicas no corpo feminino.¹⁵⁵

Com este comportamento proveniente dos profissionais de saúde, bem como vários outros percebidos como violência institucional, formou-se, então, um conjunto de condutas, comissivas e/ou omissivas, que veio a ser conhecido como violência obstétrica.

A compreensão deste tema depende do conhecimento do conceito de violência, sendo uma boa definição a apresentada pela Organização Mundial da Saúde, que explicita que violência é:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.¹⁵⁶

Mas em que consiste, de fato, a violência obstétrica? Esta constitui-se como “as diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico

¹⁵³ TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>>. Acesso em 08 ago. 2017. p. 741.

¹⁵⁴ AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010. p. 24.

¹⁵⁵ SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015. p. 7.

¹⁵⁶ KRUG, Etienne G. et al (Ed.). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde – OMS, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2017. p. 5.

profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos”¹⁵⁷ que ocorrem com a gestante/parturiente.

Pode-se conceituar a violência obstétrica como sendo aquela que é cometida contra mulher grávida em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, ora explícitas outras veladas. Assim como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente permeada por preconceitos de gênero.

Violência obstétrica não é apenas desrespeito ou mau atendimento dos profissionais de saúde, seja da rede pública ou suplementar, cuida-se de uma série de atos contrários ao direito, seja no plano nacional quanto no plano internacional.¹⁵⁸

Verifica-se que esta violência que acontece no cenário da gestação e do parto, muitas vezes vivenciada pelas mulheres de forma silenciosa, é uma das faces da violência de gênero, sendo tida como procedimento rotineiro dos serviços de saúde e das maternidades.¹⁵⁹

A evolução da normalização desses procedimentos foi configurada por uma experiência alienante completamente impessoal e até mesmo desumana, onde o processo de parir foi apropriado pela medicina, em detrimento da mulher, sendo hoje o médico a figura central do fenômeno da parturição.¹⁶⁰

Várias expressões já foram usadas para designar o fenômeno, como “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “desrespeito e abuso”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumana/desumanizada”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”.¹⁶¹

¹⁵⁷ TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>>. Acesso em 13 ago. 2017. p. 2.

¹⁵⁸ VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues; FORMIGA, Fernanda Fernandes de Oliveira. Rompendo o silêncio sobre violência obstétrica a partir do caso Alyne Pimentel. **IX SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DA UFPB 2016**. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/view/4296>>. Acesso em 10 ago. 2017. p. 6.

¹⁵⁹ BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>>. Acesso em 13 ago. 2017. p. 122.

¹⁶⁰ TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 6, nov./dez. 2006. p. 741. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2017.

¹⁶¹ TESSER, op. cit., p. 3.

Apesar de ser um conceito relativamente novo, o tema já é discutido há bastante tempo, podendo ser observado desde a época em que se teve a consciência da medicalização que tomava conta do ciclo gravídico-puerperal.

Por exemplo, no final da década de 1950, narrativas de violência no parto romperam a barreira do silêncio nos EUA, quando a *Ladies Home Journal*, uma revista para donas de casa, publicou a matéria “Crueldade nas Maternidades”. O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (*twilight sleep*, uma combinação de morfina e escopolamina), que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. [...] Ela teve grande repercussão, com uma inundação de cartas à revista e a outros meios, com depoimentos semelhantes, motivando importantes mudanças nas rotinas de assistência e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia.¹⁶²

E de modo que são várias as maneiras como a violência obstétrica ocorre, faz-se necessário que estas sejam expostas e esclarecidas de forma particularizada, pois muitas vezes acabam por passar despercebidas pelas mulheres, por falta de informação.

4.2.1 Formas de violência obstétrica

A violência obstétrica não é praticada única e exclusivamente por profissional da saúde, uma vez que são múltiplas as fontes de agressão contra as mulheres em seu processo reprodutivo: da gestação, do parto e do puerpério.¹⁶³

Refere-se a uma série de ocorrências (não se trata apenas de ações, mas também de omissões) durante todo este período, que podem vir da própria instituição de saúde, dos profissionais de saúde, dos profissionais e funcionários dos diversos setores das instituições públicas e privadas e também de civis¹⁶⁴, manifestando-se de diversas maneiras: física, psicológica, sexual, material, despersonalizante¹⁶⁵, etc.

¹⁶² DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, v. 25, n. 3, 2015. p. 2. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106630>>. Acesso em 24 ago. 2017.

¹⁶³ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017. p. 60.

¹⁶⁴ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, loc. cit.

¹⁶⁵ BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, v. 5, n. 1, 2016. p. 123.

A seguir estão relacionadas algumas delas, com base em diversas classificações, como a de Browser e Hill, Rattner e a do Dossiê “Parirás com dor”.

4.2.1.1 Violência física

Trata-se de todas as situações de violência que acabam por atingir o corpo da mulher, nele interferindo, causando dor ou abuso físico, seja de grau leve ou intenso, sem necessidade ou recomendação, baseando-se em evidências científicas desatualizadas ou inconsistentes.^{166,167}

São exemplos disso todos os procedimentos injustificados clinicamente, como submeter a mulher a posições dolorosas ou desconfortáveis, suturas e de outras intervenções sem anestesia, cesariana eletiva sem necessidade real ou sem consentimento, imobilização física e tolhimento da movimentação,¹⁶⁸ prática de episiotomias¹⁶⁹ desnecessárias, uso rotineiro de ocitocina sintética¹⁷⁰ e manobra de Kristeller¹⁷¹.

Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>>. Acesso em 13 ago. 2017.

¹⁶⁶ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017. p. 60

¹⁶⁷ TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, abr./jun. 2015. p. 3. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>>. Acesso em 23 ago. 2017.

¹⁶⁸ Como, por exemplo, a mulher ser amarrada à cama ou às perneiras no parto.

¹⁶⁹ Corte realizado na região do períneo, que é a área muscular entre a vagina e o ânus, com a intenção aumentar a passagem do bebê no momento do parto vaginal. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf>. Acesso em 23 ago. 2017. p. 9.)

¹⁷⁰ Hormônio que acelera o processo das contrações uterinas, acelerando assim o trabalho de parto. Esse hormônio é produzido pelo próprio corpo, porém a ocitocina sintética (artificial) acarreta aumento na intensidade das dores durante as contrações, podendo causar sérias complicações se não for controlada. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf>. Acesso em 23 ago. 2017. p. 9.)

¹⁷¹ Pressão realizada na parte superior do útero em direção à pelve, visando acelerar o nascimento, utilizando-se as mãos, braço, antebraço, joelho, e até mesmo subindo em cima do abdômen da parturiente. Este procedimento é proibido em vários países e desestimulado pela OMS. (SAUAIÁ, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*. Brasília, v. 2, n. 1, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em 23 ago. 2017. p. 135.)

4.2.1.2 Violência psicológica

É toda conduta verbal ou comportamental desrespeitosa, que humilha, achincalha ou diminui a mulher, a desestabilizando emocionalmente, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda e ocasionando sentimentos de medo, insegurança, fragilidade, descaso, acossamento, desestímulo, alienação e indignidade.¹⁷²

São formas de violência psicológica comentários discriminatórios, intimidações, provocações, xingamentos, grosserias, desmoralizações, ofensas, constrangimentos, insultos, chacotas, mentiras, chantagens, restrição ou omissão de informações, desrespeito e desvalorização da sua capacidade de compreensão.

4.2.1.3 Violência sexual

São todos os episódios de violação da intimidade e da integridade sexual e reprodutiva da mulher, como assédio, toques vaginais invasivos e repetitivos e insinuações sexuais durante este exame, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento, “ponto do marido”,¹⁷³ enema,¹⁷⁴ exames constantes dos mamilos, contatos físicos forçados, laqueaduras não consentidas.¹⁷⁵

4.2.1.4 Violência material

São as condutas, ativas ou passivas, realizadas tendo como intuito lucrar sobre o processo reprodutivo das mulheres, as ludibriando e enganando através de fraudes e violações de direitos assegurados e garantidos por lei, como cobranças

¹⁷² PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.p. 60.

¹⁷³ Ponto profundo realizado ao término da sutura de uma episiotomia com o objetivo de deixar a vagina mais “apertada” com a finalidade de preservar o prazer masculino. (SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosângela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais À luz da produção científica uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>>. Acesso em 24 ago. 2017. p. 554.)

¹⁷⁴ Introdução de água no organismo por via retal, com o fim de realizar lavagem intestinal. (SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*. Brasília, v. 2, n. 1, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em 23 ago. 2017. p. 133.)

¹⁷⁵ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, op. cit., p. 60.

indevidas por planos e profissionais de saúde, instigação à contratação de plano de saúde privado, cobrança pelo direito ao acompanhante, cobrança por procedimentos já cobertos, etc.¹⁷⁶

4.2.1.5 Violência institucional

Refere-se às condutas ativas ou omissivas provenientes das instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas, dos órgãos públicos e de outras entidades, que dificultem, retardem ou impeçam o acesso integral da mulher aos seus direitos.¹⁷⁷

Alguns exemplos são a supressão de informações acerca dos procedimentos executados, a negativa do direito ao acompanhante, o abandono, a displicência, o cuidado não confidencial, a falta de privacidade, a recusa à aceitação das escolhas da mulher, o ludíbrio sobre a necessidade de uma cesariana, intervenções realizadas baseando-se em informações parciais ou distorcidas, negligência ou recusa de atendimento e assistência, detenção até a quitação das dívidas referentes aos serviços médicos, tratamento diferenciado com base em determinados atributos e falta de atendimento ou atendimento displicente em caso de abortamento.¹⁷⁸

4.2.1.6 Violência midiática

Consiste nas atitudes praticadas por intermédio dos mais diversos meios de comunicação que desrespeitam as mulheres e seus processos reprodutivos.

Pode ocorrer através de mensagens, notícias, imagens ou outras formas de divulgação e propagação coletiva, apologia e valorização de práticas contraindicadas, como difundir a necessidade da cirurgia cesariana, menosprezo do parto normal, validação do sofrimento no parto, difusão de informações sem base científica, etc.¹⁷⁹

¹⁷⁶ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017. p. 61.

¹⁷⁷ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, loc. cit.

¹⁷⁸ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, loc. cit.

¹⁷⁹ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, loc. cit.

4.2.1.7 Violência despersonalizante

Relaciona-se ao tratamento da gestante/parturiente de forma superficial, como objeto de um procedimento padronizado genérico e desumanizado.¹⁸⁰

Essa visão desumanizada e mecanizada tem sido adotada acriticamente na academia, e os profissionais a incorporam ainda durante a sua formação, uma vez que um dos mais tradicionais livros-texto de obstetrícia utiliza a metáfora “motor-objeto-trajeto” para explicar os mecanismos do parto: o útero seria o motor, o feto seria o objeto e o canal vaginal se constituiria em trajeto [...].¹⁸¹

Como já exposto, a mulher passa a ser sujeito acessório no evento do nascimento, sem exercer qualquer controle, sendo tratada como mera “embalagem de bebês”.¹⁸²

As formas acima apresentadas são meros exemplos, pois, como se nota, são inúmeras as maneiras como a violência obstétrica se manifesta, sendo que qualquer destas é capaz de ocasionar danos profundos, sejam eles físicos ou psicológicos, na mulher e no bebê.

4.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DA MULHER

Há tempos a violência obstétrica vem sendo objeto de denúncia e reflexão, além de estar sendo difundido o conhecimento sobre a mesma para que as mulheres compreendam seus direitos e possam reivindicá-los.

A definição de violência contra a mulher foi ampliada a partir da *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* (Convenção Belém do Pará), que, em seu artigo 1º, *caput*, a conceitua como "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". Em reforço, o artigo 2º da Convenção esclarece quais os ambientes em que pode ocorrer a violência de gênero, assentando

¹⁸⁰ RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, supl. 1. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2017. p. 597.

¹⁸¹ RATTNER, loc. cit.

¹⁸² SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015. p. 14.

a possibilidade de esta ocorrer não apenas no ambiente doméstico, intrafamiliar ou interpessoal (alínea a), mas também no ambiente comunitário, laboral, educacional ou de saúde (alínea b), sem prejuízo da violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes (alínea c).¹⁸³

Partindo-se disso, resta claro que os episódios que acometem as mulheres durante a gestação, parto e puerpério são casos de violência, uma vez que causam dor e sofrimento às mulheres.

Ressalta-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la [sic] para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição , [sic] e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito.¹⁸⁴

Isto se dá em razão de muitos dos procedimentos descritos acima como violência obstétrica serem rotineiros, realizados sem ponderação da real necessidade da paciente e de seu bebê, sendo ensinados nas academias como padrão a ser seguido.

A título de exemplo, dados recentes publicados pelo Ministério da Saúde mostram que o percentual de partos cesáreos é de 40% na rede pública, chegando a 84% na saúde suplementar, muito acima do máximo recomendado pela Organização Mundial de Saúde, de apenas 15%.¹⁸⁵

Ainda, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006, publicada em 2009, mostrou que a taxa de episiotomia nos partos era de 71,6%,¹⁸⁶ enquanto a recomendação da OMS para este procedimento

¹⁸³ FERNANDES, Brenda Lílya dos Santos; SOUSA, Ana Elizabete Lima; LIMA, Brunno Souza. Direitos humanos da gestante X violência obstétrica e a responsabilidade pelo erro médico. In: ENCONTRO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA FACULDADE LUCIANO FEIJÃO, 8., 2015, Sobral. **Anais...** Sobral: Faculdade Luciano Feijão, 2015. Disponível em: <http://flucianofejiao.com.br/novo/wp-content/uploads/2016/11/DIREITOS_HUMANOS_DA_GESTANTE_X_VIOLENCIA_OBSTETRICA_E_A_RESPONSABILIDADE_PELo_ERRO_MEDICO.pdf>. Acesso em 26 ago. 2017. p. 2.

¹⁸⁴ ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em 24 ago. 2017. p. 6.

¹⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2017. p. 5.

¹⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009. Disponível em:

é de, no máximo, 10% dos casos¹⁸⁷, quando indispensável. Esta taxa se deve, em muito, à litotomia, a posição habitual do parto¹⁸⁸, que é bastante desfavorável.

O procedimento da episiotomia ainda é ensinado nas academias como algo a ser realizado de praxe, entretanto há inúmeros estudos desde a década de 1980 que questionam a eficácia do mesmo e demonstram que não há suporte científico para sua realização como é praticada.¹⁸⁹

Assim, se verifica que muitos desses métodos, que poderiam auxiliar o parto quando efetivamente necessários, tornam-se modos de violência ao serem realizados sem uma verdadeira análise de sua essencialidade, sem a autorização da gestante/parturiente e até mesmo sem comunicação à mesma acerca de sua execução. “Segundo a OMS, muitas das intervenções que são aplicadas rotineiramente são consideradas como um fator de risco tanto para a mulher quanto para o neonato.”¹⁹⁰

Somando-se estas condutas aos outros modos de violência apontados, tem-se um dos maiores exemplos de ofensa à dignidade da mulher, sendo uma verdadeira afronta aos direitos humanos, pois a atinge no momento em que ela encontra-se mais fragilizada, preocupada com a saúde e segurança de seu bebê, provocando traumas profundos.

Estudos sobre as perspectivas das mulheres mostram que muitas vezes elas descrevem o trabalho de parto como dominado por medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução, principalmente

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017. p. 161.

¹⁸⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Tradução da Organização Panamericana de Saúde-OPAS. Genebra; 1996. p. 29. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

¹⁸⁸ “Posição onde o corpo está deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionado a 90º, expondo o períneo.” (SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Brasília, v. 2, n. 1, jan./jun. 2016. p. 137. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em: 23 ago. 2017.)

¹⁸⁹ SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais À luz da produção científica uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. jul./set. 2006. p. 554. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

¹⁹⁰ SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Brasília, v. 2, n. 1, jan./jun. 2016. p. 131. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

daquelas consideradas mais subalternas, como as negras, solteiras e de baixa renda, e adolescentes.¹⁹¹

A própria Organização Mundial da Saúde já se manifestou quanto ao tema na Declaração sobre “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, ao pronunciar que:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.¹⁹²

Além disso, também é possível visualizar este problema através de outra perspectiva, tendo em vista suas raízes e o grupo em que se manifesta.

Por se tratar de um fenômeno que se dirige especificamente às mulheres e por assumir particularidades em suas manifestações que se remetem claramente aos valores tradicionais de poder desiguais que permeiam as relações de gênero em nossa sociedade, tem sido considerado como violência de gênero.¹⁹³

Esta violação aos direitos tem se espalhado de maneira silenciosa e preocupante, tornando-se um fenômeno frequente. A Fundação Perseu Abramo, em conjunto com o Sesc, realizou um estudo pioneiro em relação ao tema, com abrangência nacional. A pesquisa demonstrou que uma em cada quatro mulheres, ou seja, uma proporção de 25% das mulheres, foi vítima de violência obstétrica.¹⁹⁴

A enorme incidência dos casos de violência obstétrica no Brasil demonstra que esses fatos vão muito além de simples descaso dos profissionais de saúde e falhas institucionais, causando na vida das mulheres um impacto psicossocial

¹⁹¹ VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 167.

¹⁹² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017. p. 1-2.

¹⁹³ VENTURI; GODINHO, op. cit., p. 218.

¹⁹⁴ Ibid., p. 220-221.

bastante acentuado.¹⁹⁵ Sai de mera negligência para tornar-se profunda lesão aos direitos humanos da mulher.

As práticas descritas implicam violações de direitos humanos, entre as quais se incluem o direito à integridade corporal, à autonomia, à não discriminação, à saúde e a garantia do direito aos benefícios do progresso científico e tecnológico. A frequência dos comportamentos aferidos aponta para uma banalização dessa violência, indicando a relevância de problematizá-la em programas de formação e capacitação profissional com vistas ao seu enfrentamento.¹⁹⁶

Corroborando esta concepção, destaca-se a condenação do Brasil por um caso de violência obstétrica pelo Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW, no caso Alyne Pimentel.

4.3.1 O caso Alyne Pimentel

O caso Alyne Pimentel foi a primeira condenação brasileira em razão de morte materna por negligência e descaso das instituições de saúde, aqui pública e privada, em um exemplo claro de violência obstétrica como violação aos direitos humanos da mulher.

Alyne Pimentel, grávida de seis meses, aos 11 de novembro de 2002, dirigiu-se à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, localizada na cidade de Belford Roxo, apresentando náusea grave e dor abdominal. No dia citado, o médico que lhe atendeu prescreveu medicação de rotina e a liberou. Contudo, seu estado de saúde piorou, e, no dia 13 de novembro, Alyne Pimentel teria retornado ao mesmo hospital com sua mãe. Na ocasião, outro médico a examinou e não verificou batimento cardíaco fetal, o que foi confirmado por meio de ultrassonografia. O médico lhe deu medicamento para acelerar o parto, o que ocorreu horas depois. No dia 14 de novembro, 14 horas após o parto, Alyne Pimentel teria se submetido a uma curetagem para a retirada de parte da placenta, porém, sua condição de saúde tornou-se cada vez mais grave, com hemorragia, vômito de sangue, pressão baixa, impossibilidade de ingestão de alimentos e desorientação prolongada. Em 15 de novembro, o quadro de saúde de Alyne Pimentel não se alterou, mantendo as mesmas características do dia anterior. Os médicos fizeram contato com hospitais de referência a fim de transferi-la. Apenas o Hospital Geral de Nova Iguaçu tinha disponibilidade para tanto, contudo, não se prontificando a utilizar sua única ambulância para a remoção de Alyne Pimentel. A mãe e o marido da paciente aguardaram por oito horas para que a transferência pudesse ser realizada.

¹⁹⁵ PEREIRA, Jéssica Souza. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Maringá, v. 15, n. 1, jun./ago. 2016. p. 107. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

¹⁹⁶ VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2013 p. 226.

Nesse período, Alyne Pimentel já teria apresentado um quadro de coma. Quando a paciente chegou ao Hospital Geral de Nova Iguaçu, encontrava-se hipotérmica e teve que ser ressuscitada em uma maca, pois não havia leitos disponíveis. Os petionários alegam que os médicos não enviaram o prontuário de Alyne Pimentel para o hospital de referência. No dia 16 de novembro, Alyne Pimentel morreu em decorrência de hemorragia digestiva. Segundo os médicos, teria falecido em razão do feto morto não ter sido removido de seu útero.¹⁹⁷

O marido de Alyne Pimentel ajuizou ação indenizatória em face do Estado do Rio de Janeiro em fevereiro de 2003. Com a demora e a morosidade do processo, foi interposta denúncia internacional perante o Comitê CEDAW em novembro de 2007, pelo *Center for Reproductive Rights* e pela Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos. “A denúncia, apresentada em nome da mãe de Alyne, arguia que o Estado brasileiro havia violado o direito de Alyne ao acesso à justiça (art. 2), o direito à saúde sem discriminação (art. 12), e o direito à vida (art. 1).”¹⁹⁸

A morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira constituiu uma grave violação ao direito à vida, à saúde e à efetiva proteção dos direitos das mulheres. O Estado brasileiro não cumpriu com sua obrigação fundamental em relação à saúde, de reduzir a mortalidade materna e não assegurou acesso a tratamento médico de qualidade e cuidado obstétrico emergencial no tempo devido; houve violação ao direito a não discriminação baseada no gênero, raça ou condição socioeconômica. A demora na reparação doméstica também demonstrou o fracasso do estado em fornecer recursos jurídicos e reparações, violando o direito de proteção efetiva (artigos 2, 12, (c), da Convenção CEDAW e artigo 6 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos).¹⁹⁹

Em função disso, o Brasil foi condenado pelo caso, recebendo o encargo da reparação adequada, com a compensação financeira proporcional à gravidade das violações cometidas; da determinação de assegurar os direitos das mulheres à maternidade segura e acessível; da capacitação profissional dos trabalhadores de saúde, especialmente os da área de saúde das mulheres; de assegurar o acesso legal a remédios eficazes nos casos de violação dos direitos à

¹⁹⁷ OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant’Anna de; SCHIRMER, Julia Barros. Caso Alyne Pimentel: uma análise à luz da abordagem baseada em direitos humanos. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**. Fortaleza, n. 12, jul. 2016. Disponível em: <<http://milas.x10host.com/ojs/index.php/ibdh/article/view/202>>. Acesso em: 27 ago. 2017. p. 12.

¹⁹⁸ CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil**. Disponível em: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017. p. 2.

¹⁹⁹ GALLI, Beatriz; CAMPOS, Carmen Hein de. **Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira**: uma decisão paradigmática sobre os direitos humanos das mulheres relacionados à mortalidade materna no Brasil. Lima: CLADEM, 2011. Disponível em: <<https://www.cladem.org/images/pdfs/litigio/productores-y-materiales/boletines/boletin-3-2011.pdf>>. Acesso em: 27 ago 2017. p. 2.

saúde reprodutiva das mulheres, com a capacitação do poder judiciário em relação ao tema; assegurar o cumprimento dos padrões nacionais e internacionais de atenção à saúde reprodutiva pelos serviços de saúde; assegurar a imposição de sanções apropriadas aos profissionais de saúde que violem os direitos à saúde reprodutiva das mulheres; e reduzir a mortalidade materna através da implementação do Pacto Nacional de Mortalidade Materna.²⁰⁰

Ressalte-se o fato de que a condenação internacional pelo caso ocorreu antes da condenação na ação nacional, proposta quase 5 anos antes.

Após morosos dez anos, em dezembro de 2013, o juiz de primeira instância do Rio de Janeiro deu provimento à ação, concedendo danos morais e uma pensão retroativa para a filha da Alyne, desde a data da morte de sua mãe até que ela complete 18 anos. Contudo, a decisão não reconheceu a responsabilidade direta do Estado pela assistência de saúde de má qualidade prestada pela clínica de saúde privada.²⁰¹

Ou seja, o julgamento da ação nacional só ocorreu mais de dois anos depois da condenação pelo Comitê CEDAW – e ainda assim, de forma incompleta.

²⁰⁰ COMITÊ PARA A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA MULHERES – CEDAW. Sessão quarenta e nove. **Ofício nº 17/2008**. trad. Mariana Erika Heynemann. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/temas-de-atuacao/saude/saude-materna/decisoes/decisao-cedaw-caso-alyne-teixeira-29jul11-portugues>>. Acesso em: 27 ago. 2017. p. 67-70.

²⁰¹ CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil**. Disponível em: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017. p. 2

5 ANÁLISE CRÍTICA DO DIREITO POSTO

Em razão da condenação a nível internacional, o Brasil precisou tomar medidas para seguir as recomendações da CEDAW, adotando certas práticas e criando programas, a fim de mudar a situação do atendimento às gestantes/parturientes e da violência obstétrica.

Dessa forma, no ano de 2014, o governo brasileiro apresentou um relatório com as ações realizadas em cumprimento às recomendações do julgamento do Comitê CEDAW.

Dentre elas, houve o pagamento de indenização à mãe de Alyne Pimentel, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, no valor de R\$131.239,40 (cento e trinta e um mil, duzentos e trinta e nove reais e quarenta centavos), a determinação de indenização mensal à filha de Alyne, Alice Pimentel, até que esta atinja a maioridade, a criação da Rede Cegonha, a realização de diversas ações de qualificação dos profissionais de saúde da mulher, treinamento de profissionais do judiciário com relação ao tema, fiscalização das instituições de saúde para o cumprimento das normas dentro do padrão exigido e o compromisso com os Conselhos de Medicina, regionais e federal, para a aplicação de sanções aos médicos que violem os direitos das mulheres, entre outras.²⁰²

Muitas dessas ações já expressaram bons resultados, de forma que ocorreu uma redução significativa na mortalidade materna, apresentada no mesmo relatório ao CEDAW.²⁰³

Entretanto, quase uma década após a apresentação da denúncia ao Comitê – e seis anos após a condenação, ainda se verifica que estes resultados são módicos e que os casos de violência obstétrica e negligência com relação à gestação, ao parto e ao puerpério ainda são frequentes, o que é pesaroso, principalmente após a responsabilização sofrida internacionalmente.

Em função disso, o Projeto de Monitoramento da CEDAW busca averiguar o cumprimento da Convenção, atuando de maneira planejada e estratégica,

²⁰² BRASIL. Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher. **Caso Alyne Pimentel:** Relatório do Governo Brasileiro. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/onu-1/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2017. p. 2-20.

²⁰³ BRASIL, loc. cit.

com esforços constantes e progressivos, por meio de um contínuo processo de transformação.²⁰⁴

Com isso, o monitoramento dos direitos das mulheres implica observar a proteção e garantia dos direitos humanos como ação de Estado, em todos os níveis de governo – municipal, estadual e federal -, e poderes da República – legislativo, judiciário e executivo.²⁰⁵

Essa observância é de extrema importância, uma vez que, como se verifica, ainda há um longo caminho a ser percorrido até que esses direitos sejam efetivamente alcançados. “É preciso melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, promover mudanças significativas na organização dos serviços e tomar atitudes disciplinares contra aqueles que cometem abusos.”²⁰⁶

5.1 GRAU DE EFETIVIDADE DAS NORMAS EXISTENTES

O tema da violência obstétrica é complexo e ainda pouco discutido, sendo desconhecido para muitas mulheres. Na realidade, nem mesmo as normas que abordam o tema da gestação e do parto são amplamente conhecidas, dificultando a reivindicação de sua aplicação.

Segundo o Ministério Público do Paraná, houve um crescimento no número das denúncias de casos de violência obstétrica. Entretanto muitas mulheres desconhecem o assunto ou não se enxergam como vítimas em razão da naturalização do sofrimento do parto, de modo que resta claro que muitas das ocorrências acabam ficando fora das estatísticas.²⁰⁷

As poucas normas que tratam do tema são, na maioria das vezes, descumpridas, ainda que existam campanhas atuais com o escopo de informar as mulheres para que estas possam se conscientizar e, assim, exigir seu cumprimento.

Na realidade, a maioria das normas existentes que tratam do tema sequer possui formas de responsabilização ou penalização em caso de

²⁰⁴ COLETIVO FEMININO PLURAL. **Projeto de monitoramento da CEDAW**: ação permanente do movimento de mulheres. Porto Alegre, 2014. p. 7.

²⁰⁵ Ibid., p. 39.

²⁰⁶ VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 226.

²⁰⁷ AUMENTAM as denúncias de violência obstétrica. Disponível em: <<http://www.bemparana.com.br/noticia/502120/aumentam-as-denuncias-de-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

descumprimento, o que faz com que não sejam temidas possíveis consequências pelos agentes.

Como exemplo, a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe que a mulher tem direito ao conhecimento do seu local de atendimento e vinculação a este para o pré-natal e o parto. Entretanto, a pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, expôs que apenas 59% das mulheres receberam essa informação.²⁰⁸

E apesar da Portaria do Ministério da Saúde nº 569, de 1º de junho de 2000, estabelecer o direito ao acesso a um atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, com o princípio de atender a todas as gestantes que as procurem, isso nem sempre ocorre.

Conforme a pesquisa “Nascer no Brasil”, quase um quinto das mulheres precisou procurar mais de um serviço até ser atendida durante o trabalho de parto, em uma jornada que ocasiona perigo de complicações no parto.²⁰⁹ Há, inclusive, uma recente condenação de hospital e médica por negativa de atendimento de uma puérpera.²¹⁰

A peregrinação da gestante em busca de vaga durante as urgências na gravidez e durante o trabalho de parto é vivido concretamente pela população e identificada pelos trabalhadores, gestantes e pesquisadores como problema recorrente e determinante para a atenção oportuna de saúde e prevenção da morbimortalidade materna, fetal e infantil evitáveis. Se este problema era até recentemente uma dificuldade no SUS, a partir do final da década de 2000 ocorre também no setor de Saúde Suplementar nas grandes cidades, em decorrência da desorganização e despreparo desse sistema para atender a uma população crescente, assim como da lotação artificializada das maternidades pelo agendamento de cesarianas eletivas sem indicação médica.²¹¹

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, alterou a Lei nº 8.080/1990, acrescentando o artigo 19-J, a fim de assegurar às parturientes o direito à presença

²⁰⁸ LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017. p. 3.

²⁰⁹ LEAL, loc. cit.

²¹⁰ BALOGH, Giovanna. **Justiça condena hospital e médica por recusa de atendimento em paciente com hemorragia**. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/justica-condena-hospital-e-medica-por-recusa-de-atendimento-em-paciente-com-hemorragia/>>. Acesso em 28 ago. 2017.

²¹¹ FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. Acolhimento e Vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 03 set. 2017. p. 158.

de acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esta lei foi regulamentada posteriormente pela Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005 e pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008, da ANVISA, valendo para instituições de saúde públicas ou privadas.

Contudo, são muito comuns os casos de descumprimento deste disposto, sendo a maior das violações de direitos no parto. A pesquisa “Nascer no Brasil” evidenciou que menos de 20% das mulheres foram beneficiadas com a concretização deste direito.²¹²

A Lei nº 11.108/2005, previa, ainda, uma outra alteração na Lei nº 8.080/1990, acrescentando o artigo 19-L, a fim de dispor que “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.” Entretanto, uma vez que não havia enquadramento em qualquer tipificação de crime no ordenamento jurídico brasileiro, este dispositivo foi vetado por ofender o princípio da legalidade, previsto no art. 5º, inciso XXXIX, da Constituição Federal, onde está disposto que “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”.²¹³

A RDC nº 36/2008 também estabelece a adoção do Partograma, que é o formulário de registro da evolução do parto, reforçada pela Resolução Normativa nº 262, de 01 de agosto de 2011, em seu Anexo III, e pela Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015, ambas da ANS.

A recomendação da utilização deste formulário vem da própria OMS, cujo Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura lançou, no ano de 1988, uma série composta por quatro documentos relacionados, que tinham o título “O Partograma: Uma Ferramenta de Gerenciamento Para Prevenção do Trabalho de Parto Prolongado”. Em 1999, estes documentos foram reeditados em novo formato, sob o título “Prevenindo o Trabalho de Parto Prolongado: Um Guia Prático – O Partograma”.²¹⁴

²¹² LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Nascer no Brasil**: sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. p. 4. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017.

²¹³ Mensagem nº 198, de 7 de abril de 2005. Razões do veto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Msg/Vep/VEP-0198-05.htm>. Acesso em: 04 set. 2017.

²¹⁴ PARANÁ. Comitê Estadual de Mortalidade Materna. **O Partograma**: Parte I: Princípios e Estratégias. Curitiba, 1999. p. 1. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comit>

Ocorre que este simples documento ainda não é utilizado na maioria dos estabelecimentos de saúde que fazem atendimento obstétrico e apesar de ser uma diretriz técnica obrigatória, é continuamente desrespeitada pelos estabelecimentos e profissionais de saúde, [...].

Conforme a pesquisa “Nascer no Brasil”, a não utilização de Partograma está relacionada à taxa de mortalidade neonatal a 17,6 a cada mil nascidos vivos.²¹⁵

As cirurgias cesarianas, objeto da Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016, do Conselho Federal de Medicina, são um ponto bastante controverso, pois na mesma medida em que podem salvar a vida do bebê e da parturiente, também podem causar prejuízos se realizadas sem necessidade, tendo em vista que as cesáreas eletivas aumentam em 120 vezes as chances de problemas respiratórios na criança.²¹⁶

Estudos recentes mostram também as consequências e repercussões da via de nascimento no curso natural do desenvolvimento intrauterino dos recém nascidos e sobre a saúde futura das crianças, incluindo o risco aumentado de obesidade, diabetes, asma, alergias e outras doenças não transmissíveis.²¹⁷

Em função disso, a fim de minimizar riscos e consequências, essa Resolução dispôs que sua realização só seria possível após 39 semanas de gestação completas, com exceções apenas em caso de necessidade do adiantamento do parto, a fim de preservar a saúde da grávida ou do bebê.

E mais, é preciso que a parturiente seja informada acerca do diagnóstico, do prognóstico, dos riscos, dos objetivos do tratamento e da real necessidade desta via de parto medicalizada, para que a mesma possa consentir sobre sua realização.

Todavia, é possível encontrar notícias de mulheres que foram submetidas ao parto por meio de cesariana sem prévio conhecimento e autorização²¹⁸

-
- e_mort_mat_infant/partograma/6principios_e_estrategiaspartograma.pdf>. Acesso em 03 set. 2017.
- ²¹⁵ SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015. p. 32.
- ²¹⁶ BAKR, Ahmad F.; ABBAS, Mohammad M. Severe respiratory distress in term infants born electively at high altitude. **BMC Pregnancy and Childbirth**. Londres, v. 6, n. 4, 16 fev. 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/6/4>>. Acesso em: 31 ago. 2017. p. 3.
- ²¹⁷ LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Nascer no Brasil**: sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017. p. 3.
- ²¹⁸ BALOGH, Giovanna. **Mãe processa hospital e médico por cesárea e descumprimento da lei do acompanhante**. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/mae-processa-hospital-e-medico-por-cesarea-e-descumprimento-da-lei-do-acompanhante/>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

ou que foram enganadas e assustadas pelos profissionais de saúde para que optassem por “livre e espontânea vontade” por este método.

Verifica-se, ainda, a incidência de outros casos de descumprimento das normas e preceitos acerca da temática do parto como morte por uso de fórceps²¹⁹, de parto vaginal forçado em gravidez de risco²²⁰ e até casos que ultrapassam o limite do absurdo, como o em que compressas foram deixadas dentro da mulher após a cesárea²²¹, de denúncia de abuso sexual²²² e o caso recente em que a parturiente chegou a levar uma arma de fogo para o hospital a fim de se suicidar por medo de ser vítima de violência obstétrica pela terceira vez²²³.

Considerando todos os mecanismos legais existentes para garantir às mulheres e crianças a melhor assistência à saúde disponível, fica evidente que a falta de controle do Estado para a efetiva implementação desses mecanismos é uma OMISSÃO QUE VIOLA OS DIREITOS BÁSICOS dessas mulheres e crianças, que são vítimas todos os dias das consequências negativas de uma assistência obstétrica desatualizada e violenta.²²⁴

E a partir dessa constatação de que a efetivação do direito das mulheres ao parto digno e seguro não se sucede de modo satisfatório, depreende-se a necessidade da criação de formas concretas para prevenção e punição de casos de violência obstétrica, além da modernização das academias.

A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança. Enquanto as melhores evidências são atualizadas e divulgadas rapidamente em publicações eletrônicas, disponíveis via Internet, a maioria dos cursos de medicina tem sua bibliografia baseada em livros desatualizados, com raras orientações aos estudantes sobre como buscar, avaliar e revisar os estudos disponíveis a respeito de um determinado tema. Isso significa que os formandos têm limitado seu conhecimento sobre a prática baseada em

²¹⁹ DIAS, Carlos. **Bebê sofre lesão no pescoço e morre após parto normal com fórceps em São Roque, diz família**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/familia-denuncia-morte-de-bebe-apos-parto-em-sao-roque.ghtml>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

²²⁰ CARLO, Richelieu de. **Família acusa hospital de negligência por morte de mulher após parto**. Disponível em: <<https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/familia-acusa-hospital-de-negligencia-por-morte-de-mulher-apos-parto>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

²²¹ NETO, Oswaldo. **Compressa é achada dentro de mulher três meses após o parto em hospital de Borba**. Disponível em: <<http://www.acritica.com/channels/manaus/news/compressa-e-achada-dentro-de-mulher-tres-meses-apos-o-parto-em-borba>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

²²² HOSPITAL afasta enfermeiros após denúncia de abuso sexual a paciente durante cesárea, em Manaus. Disponível em: <<http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/hospital-afasta-enfermeiros-apos-denuncia-de-abuso-sexual-a-paciente-durante-cesarea-em-manaus.ghtml>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

²²³ LISAIUKAS, Rita. **Com medo de violência no parto, mãe leva pistola para a maternidade**. Disponível em: <<http://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/com-medo-de-violencia-no-parto-mae-leva-pistola-para-a-maternidade/>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

²²⁴ SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015. p. 33.

evidência, muitas vezes tratando as melhores práticas, baseadas em evidências, como questões “de opinião”, “de filosofia”, e não como o padrão-ouro da assistência.²²⁵

Nota-se, então, que a criação da política de humanização do parto foi um passo importante, sendo o melhor caminho a ser seguido, com a valorização deste tipo de atendimento desde as instituições de ensino até as instituições de atendimento à saúde. Entretanto, trata-se de um projeto a longo prazo, de modo que continua sendo inevitável a criação de outros mecanismos a fim de afastar a incidência da violência obstétrica.

Deste modo, faz-se imprescindível a elaboração de uma legislação objetiva que trate desta matéria, uma vez que existem somente algumas normas esparsas que versam a respeito do tema no ordenamento jurídico brasileiro.

5.2 NECESSIDADE DE CRIAÇÃO DE MECANISMOS DE RESPONSABILIDADE: CIVIL, ADMINISTRATIVA E CRIMINAL

Parte do problema causado pela inexistência de uma legislação que disponha especificamente sobre a violência obstétrica pode ser compreendida por meio da maneira como o tema é tratado pelo direito, de forma mais específica pelo Poder Judiciário.

Pesquisando-se o termo “violência obstétrica” nas buscas de decisões jurisprudenciais dos *sites* do STJ e do STF, não é encontrado qualquer julgado que trate do assunto sob esta denominação. Entretanto, ao se pesquisar por outros termos como “parto”, “epiotomia” ou “manobra de Kristeller, por exemplo, são facilmente encontrados vários resultados, onde é possível verificar casos claros de violência obstétrica, que assim não são reconhecidos.²²⁶

Além disso, ao analisar estes processos encontrados, é possível verificar que o Sistema Judiciário não está preparado para trabalhar com a temática, pois em muitos casos as violações dos direitos básicos assegurados, como o direito

²²⁵ DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, v. 25, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106630>>. Acesso em: 24 ago. 2017. p. 4.

²²⁶ Pesquisa realizada pela autora em: 30 ago. 2017.

à dignidade da pessoa humana, à vida e à saúde, são relevadas e menosprezadas de forma despropositada.²²⁷

Na realidade, o fato de não haver um dispositivo legal que especifique a violência obstétrica dificulta muito as denúncias e a punição dos casos de violação, pois estes sequer são compreendidos como tal.

Em breve síntese, “a categorização da violência na atenção obstétrica mostra-se necessária e fundamental para construção de futuros indicadores de enfrentamento e tratamento às possíveis práticas de violência contra a mulher no pré-natal, parto e pós-parto.”²²⁸

Perceber a violência pode melhorar a eficácia das ações de saúde já tradicionais no campo da saúde reprodutiva, atingindo especialmente as mulheres que fazem um uso freqüente do serviço por problemas recorrentes. Além disto, trabalhar a violência procura colocar em discussão um sofrimento que vai muito além das patologias a ele associadas.²²⁹

E, tendo em vista o enorme número de casos em que os direitos das mulheres são desrespeitados, faz-se necessário que sejam criados meios de responsabilização nas esferas cível, penal e administrativa, pois a incompletude do sistema impede que os agentes responsáveis respondam por seus atos e que as mulheres possam ser reparadas.

Na esfera cível, a responsabilidade por procedimentos e condutas, comissivas ou omissivas, que venham a gerar dano ou que causem prejuízo à gestante/parturiente é clara.

Deve ser entendida como responsabilidade médica não somente a responsabilidade individual do profissional, mas também a dos estabelecimentos hospitalares, casas de saúde, clínicas, associações e sociedades de assistência, pessoas jurídicas, enfim, que, agindo por prepostos em atividade cientemente diluída, procuram amiúde fugir de seus deveres sociais, morais e jurídicos.²³⁰

Assim, a necessidade de responsabilização e o dever de indenizar são evidentes neste contexto, seja por dano material ou por dano moral.

²²⁷ SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015. p. 35.

²²⁸ ARRUDA, Kelly Gonçalves Meira. **Violência contra a mulher no parto**: um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. p. 37.

²²⁹ GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 342.

²³⁰ VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito civil**: responsabilidade civil. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2013. p. 141.

Os danos morais têm como escopo a proteção à dignidade da pessoa humana, ou seja, qualquer ato que viole a integridade dessa dignidade será passível de uma compensação. Não devemos confundir a dor, o trauma, a vergonha como alvo dos danos morais. Esses são apenas conseqüências de uma conduta que fere a dignidade da pessoa humana. Nesse passo, pedem-se danos morais não para se reparar a dor, o trauma e etc. Pedem-se os danos morais para que o autor da agressão não o cometa novamente e para que a vítima tenha suavizado os efeitos da agressão.²³¹

Do ponto de vista penal, a responsabilização pela violência obstétrica é ignorada, uma vez que, para que esta fosse possível, seria necessária a tipificação da mesma como crime. Entretanto, algumas vezes outras formas de tipificação do Código Penal podem ser verificadas, como os tipos de lesões corporais, previstas no artigo 129,²³² perigo para a vida ou saúde de outrem, disposto no artigo 132,²³³ ou maus-tratos, nos termos do artigo 136,²³⁴ entre outras possibilidades.

²³¹ OLIVEIRA, Leônidas Meireles Mansur Muniz de. Patrimonialização dos direitos da personalidade. **Percurso acadêmico**. Belo Horizonte, v. 1, n. 2, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2933/4130>> Acesso em: 26 ago. 2017. p. 352.

²³² **Lesão corporal**

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - enfermidade incurável;

III perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte

§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

²³³ Art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:

Pena - detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

²³⁴ Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

As punições de cunho administrativo são complexas. Com relação aos médicos, em razão do disposto no Código de Ética Médica, são possíveis as penalidades desde uma simples advertência privada, até a perda do direito de exercer a medicina, nos casos mais graves.²³⁵

Todavia, é difícil ver situações como esta efetivamente ocorrendo, ainda que em casos notórios. Algumas vezes, são divulgadas notas de repúdio ao profissional, que tem seu nome exposto,²³⁶ porém logo a notícia cai no esquecimento e nada de concreto acontece para penalizá-lo.

No tocante aos hospitais, ocasionalmente surgem notícias de investigações e notificações realizadas pelo Ministério Público ou a Defensoria Pública,^{237, 238} e aparecem algumas denúncias sendo apuradas sem, entretanto, ser observada uma condenação ou perspectiva de mudança.

Deste modo, a elaboração de uma política de responsabilização real dos profissionais e das instituições de saúde transparece como algo primordial para que a situação seja alterada de fato.

Ao começar a trabalhar o tema da violência obstétrica com tamanha relevância no ordenamento jurídico, é possível que este assunto também comece a ser trabalhado com a dada importância na sociedade, para que este quadro possa ser modificado em sua totalidade, não apenas pela preocupação com possíveis punições, mas também pela transformação das perspectivas.

5.3 LEGISLAÇÃO LATINO-AMERICANA E PROJETOS DE LEI BRASILEIROS

Tendo em vista a dimensão do assunto, já existem países da América Latina que se preocuparam em abordar o tema da violência obstétrica em seu

²³⁵ PEREIRA, Jéssica Souza. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Maringá, v. 15, n. 1, jun./ago. 2016. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017. p. 107.

²³⁶ CARVALHO, Sandra. **Conselho divulga nota de repúdio a médico acusado de praticar violência obstétrica**. Disponível em: <<http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/111619-conselho-divulga-nota-de-repadio-a-madico-acusado-de-praticar-vio.html>>. Acesso em: 04 set. 2017.

²³⁷ DEFENSORIA Pública investiga casos de violência obstétrica em hospitais de Rio Preto. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sao-jose-do-rio-preto-aracatuba/noticia/defensoria-publica-investiga-casos-de-violencia-obstetrica-em-hospitais-de-rio-preto.ghtml>>. Acesso em: 04 set. 2017.

²³⁸ ROCHA, Priscila. **MPF investiga casos de violência contra gestantes em hospitais do DF**. Disponível em: <<http://www.politicadistrital.com.br/2016/07/27/mpf-investiga-casos-de-violencia-contra-gestantes-em-hospitais-do-df/>>. Acesso em: 04 set. 2017.

ordenamento jurídico. O país pioneiro foi a Venezuela, seguido pela Argentina e depois pelo México.

Ao comemorar o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, na data de 25 de novembro de 2006, a Assembléa Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência.²³⁹ Esta lei foi publicada na Gazeta Oficial nº 38.647, do dia 19 de março de 2007, e tipificava, no seu artigo 15, as 19 formas de violência contra a mulher, entre as quais se encontra a violência obstétrica, no numeral 13.²⁴⁰ O texto da lei referente a ela possui o seguinte teor:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos 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.²⁴¹

Além disso, a lei venezuelana também dispõe, em seu artigo 61 acerca da possibilidade de indenização à vítima ou a seus herdeiros, caso o dano causado provoque a morte da mulher.²⁴²

Já a Argentina promulgou, na data de 1º de abril de 2009, a Lei nº 26.485, a Lei de Proteção Integral para Prevenir, Sancionar e Erradicar a Violência Contra as Mulheres nos Âmbitos em que Desenvolvem suas Relações Interpessoais.²⁴³

Em seu artigo 6º estão dispostas as diversas modalidades de violência contra a mulher, sendo que a alínea “e” traz o conceito específico de

²³⁹ Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (trad. da autora)

²⁴⁰ PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017. p. 27.

²⁴¹ VENEZUELA. **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 03 set. 2017.

²⁴² Todos los hechos de violencia previstos en esta Ley acarrearán el pago de una indemnización por parte del agresor a las mujeres víctimas de violencia o a sus herederos y herederas en caso de que la mujer haya fallecido como resultado de esos delitos, el monto de dicha indemnización habrá de ser fijado por el órgano jurisdiccional especializado competente, sin perjuicio de la obligación del agresor de pagar el tratamiento médico o psicológico que necesitare la víctima.” (VENEZUELA. **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: 03 set. 2017)

²⁴³ Ley 26.485 – Ley de protección integral a las mujeres, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres em los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (trad. da autora.)

violência obstétrica, cujo texto foi baseado na definição estabelecida pela lei venezuelana.

Posteriormente, em abril de 2014, o México sancionou três modificações a serem realizadas na Lei Geral de Acesso das Mulheres a uma Vida Livre de Violência²⁴⁴, de 1º de fevereiro de 2007, a fim de incorporar o conceito de violência obstétrica dentre as modalidades sofridas pelas mulheres.²⁴⁵

No Brasil, como visto, ainda não há legislação específica que trate do tema. Contudo, tramita há algum tempo o projeto de lei nº 7.633/2014 elaborado pela Artemis, uma organização não-governamental que atua na defesa dos direitos das mulheres, e apresentado na Câmara pelo deputado Jean Wyllys, do Partido Socialismo e Liberdade - PSOL, que tem seu foco na questão da humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, bem como na questão da violência obstétrica e institucional.²⁴⁶

Este projeto entre outras disposições do contexto da gestação, do parto e do puerpério, estabelece em seu artigo 13 a definição de violência obstétrica, utilizando-se do conceito encontrado na legislação venezuelana.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.
Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.²⁴⁷

O artigo 14 do mesmo projeto apresenta uma lista de exemplos de violência que podem ser sofridos pelas mulheres, dispostos em vinte e dois incisos, deixando, todavia, esclarecido que o rol não é taxativo e que podem haver outras

²⁴⁴ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (trad. da autora)

²⁴⁵ APRUEBA Comisión incorporar en la ley el concepto de violencia obstétrica. Disponível em: <<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2015/Abril/16/5462-Aprueba-Comision-incorporar-en-la-ley-el-concepto-de-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 03 set. 2017.

²⁴⁶ STECK, Juliana Monteiro. **Congresso combate violência obstétrica**. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/15/congresso-combate-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

²⁴⁷ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em: 04 set. 2017.

mais.²⁴⁸ Esta inclusão foi bastante acertada, uma vez que a legislação não apenas conceituaria esta violência como deixaria evidente as maneiras pelas quais esta poderia ocorrer, facilitando a compreensão da população.

Outro ponto interessante deste PL foi a criação de dispositivos que asseguram a responsabilização dos agentes em caso de descumprimento, previstas nos artigos 17 e 29.

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

[...]

Art. 29 - As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões.²⁴⁹

Verifica-se a preocupação em viabilizar a responsabilização em todas as esferas, ainda que sem a tipificação e penalização da violência obstétrica como crime, possivelmente admitindo que esta incorra nos crimes já existentes no Código Penal, como anteriormente elucidado.

Em 2017, foram propostos mais dois projetos de lei sobre o tema, o nº 7.867, no mês de junho, e o nº 8.219, no mês de agosto.

O projeto de lei nº 7.867, de autoria da deputada Jô Moraes, do Partido Comunista do Brasil – PC do B, é bastante enxuto, se comparado ao projeto anterior, de autoria do deputado Jean Wyllys, tratando do assunto de forma mais direta, com o cerne em medidas de proteção contra a violência obstétrica e também na divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento,

²⁴⁸ Vide Anexo A, p. 99-101.

²⁴⁹ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em: 04 set. 2017.

abortamento e puerpério.²⁵⁰ O conceito de violência obstétrica é encontrado no artigo 3º deste projeto, também de forma menos detalhada.

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas

O artigo 4º traz diversas formas de violência obstétrica, organizadas em vinte e um incisos, também esclarecendo que não se trata de enumeração exaustiva.²⁵¹ Entretanto, o PL nº 7.633/2014 possui um repertório um pouco mais elucidativo.

No artigo 6º deste PL encontra-se a disposição de que seu descumprimento sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil, sem, entretanto, adentrar o mérito dessas responsabilizações.

Já o PL nº 8.219, de autoria do deputado Francisco Floriano, do Partido Democratas – DEM, dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.²⁵² A definição de violência obstétrica é encontrada no artigo 2º do PL:

Art. 2º. A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia.

O artigo 3º do projeto cita quais são as formas de violência obstétrica de maneira bastante sintética, dividindo-as em apenas nove incisos, sem deixar abertura para interpretação extensiva do dispositivo, diferindo-o dos outros dois projetos de lei, que são mais amplos neste caso.²⁵³

Entretanto, há neste projeto um ponto importante que não foi tocado nos projetos anteriores, que é a criminalização aos agentes que incorrerem na prática

²⁵⁰ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017>. Acesso em: 04 set. 2017.

²⁵¹ Vide Anexo B, p. 109-110.

²⁵² BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 8.217/2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017>. Acesso em: 04 set. 2017.

²⁵³ Vide Anexo C, p. 113.

dos atos de violência obstétrica dispostos, com pena de detenção de seis meses a dois anos, e multa. Além disso, foi especificada a proibição da prática de episiotomia de rotina em artigo próprio, devendo esta ser realizada apenas em casos estritamente necessários, sob pena de detenção, de um a dois anos, e multa.

E observando-se as justificativas destes projetos de lei, resta claro que o fundamento é que exista no ordenamento jurídico uma responsabilização para os casos de violência obstétrica, porquanto isso se faz necessário no momento.

Mas, além da criação de meios para garantir os direitos das mulheres e de mecanismos com fim de que estes direitos sejam verdadeiramente respeitados, é preciso empoderar as mulheres para que tenham ciência dos mesmos, podendo, então, reivindicá-los, e capacitar os profissionais do ramo do Direito, como advogados, juízes, promotores e defensores públicos, para que estes possam atuar na defesa dessas mulheres, seja de maneira profilática ou quando da devida compensação em função de alguma violação.²⁵⁴

²⁵⁴ SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015. p. 42-43.

6 CONCLUSÃO

O que se nota, após esta análise, é que os direitos humanos das mulheres, mais especificamente os direitos humanos fundamentais à saúde, à vida e à integridade física, não têm sido respeitados de forma plena, como deveriam.

Isso se dá por muitas razões, mas ganha destaque o acentuado índice de violência de gênero que estas sofrem, ou seja, aquela que atinge apenas as mulheres em razão de sua condição feminina.

Todas as violações sofridas pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, que formam um fenômeno denominado violência obstétrica, são fundamentadas em um longo histórico de violência de gênero e demonstram-se muito enraizadas na sociedade contemporânea, muitas vezes nem mesmo sendo percebidas como tal.

O próprio histórico da saúde da mulher e do parto esclarece a existência deste tipo de violação aos direitos humanos, ao explicitar que, além de ser menosprezada socialmente e reduzida à maternidade, a mulher foi culpabilizada pela própria dor do parto, sendo vista como merecedora de todo o sofrimento ocorrido neste evento.

Apesar da existência de algumas normas criadas com a pretensão de minimizar isso, o que se depreende é que a maioria das violações são negligenciadas, sem qualquer norma que as vede, e que as normas existentes possuem um grau mínimo de eficiência, não transmitindo qualquer confiança na possibilidade de cumprimento ou de reparação em caso de desobediência.

A existência de projetos de lei existentes que versam sobre o tema no ordenamento jurídico brasileiro mostra-se como um avanço, possibilitando que o assunto comece a ser discutido socialmente, levando ao conhecimento das mulheres a existência de tal tema e uma maior compreensão de seus direitos. Entretanto, estes possuem algumas falhas que podem vir a dificultar sua aplicação.

Do exame destes projetos, o que se verifica é que, na realidade, nenhum deles é ideal, vez que não trazem a previsão integral de responsabilização nas esferas cível, penal e administrativa de forma objetiva e particularizada, com a disposição de meios de reparação, punição administrativa, punições administrativas e tipos penais específicos para as formas de infração, por exemplo.

Todavia, dentre os três projetos apresentados, aquele com maior adequação aparenta ser o PL 7.633/2014, do deputado Jean Wyllys, tendo em vista que não trata simplesmente da conceituação da violência obstétrica, de sua exemplificação e da previsão da possibilidade de responsabilização e penalização dos agentes e instituições responsáveis, tendo também o cuidado de positivar os princípios do atendimento humanizado, os direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, os meios para que a vontade da mulher seja respeitada, as vedações aos profissionais de saúde e também os direitos do recém-nascido.

Denota-se que este projeto propõe ações para modificar não apenas o atendimento à mulher, mas sim para modificar estruturalmente o sistema, de modo que o parto humanizado se torne mais que mero ideal, buscando a sua conversão em realidade. Dessa forma, não seria mais necessário penalizar condutas e reparar danos, especialmente ao se considerar que estes casos são de difícil comprovação, fazendo-se mister a promoção de políticas que objetivem a compreensão e conscientização da população, das instituições e dos profissionais da área da saúde acerca dos direitos das mulheres gestantes e parturientes, ressaltando as consequências que sua violação pode acarretar.

Essa mudança estrutural é primordial para que o quadro da violência obstétrica seja alterado, pois somente a punição das condutas praticadas não bastaria para mudar uma situação endêmica que se alastra por toda a extensão do território brasileiro, de modo que é imprescindível que exista toda uma reformulação do sistema em sua totalidade, aplicando-se metas, diretrizes e princípios renovados para que se alcance o resultado almejado

Nota-se, assim, que não há como esgotar este assunto apenas tratando da indispensabilidade de uma legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro, pois também faz-se mister que sejam criadas políticas para modificar a situação atual, informando e conscientizando as mulheres de seus direitos, preparando melhor as instituições de saúde para que atendam as mulheres no ciclo gravídico-puerperal de maneira apropriada e capacitando os profissionais da área da saúde para a realização de um atendimento humanizado, adequado e compatível com os procedimentos com base científica.

Somente quando todo este panorama for modificado será possível a erradicação da violência obstétrica. Todavia, até que isso ocorra, é preciso estabelecer normativas e políticas públicas que funcionem de forma paliativa.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Tiago Souza Nogueira de. Análise jurídica do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, à luz da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.3, n.3, p. 50-61, out/dez. 2014.
- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, ago./dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf_562>. Acesso em 08 ago. 2017.
- ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em 24 ago. 2017.
- APRUEBA Comisión incorporar en la ley el concepto de violencia obstétrica. Disponível em: <<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2015/Abril/16/5462-Aprueba-Comision-incorporar-en-la-ley-el-concepto-de-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 03 set. 2017.
- ARAÚJO, Maria José de Oliveira et al. **Saúde das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000. Disponível em: <http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/saude_das_mulheres.pdf>. Acesso em 25 jul. 2017.
- ARGENTINA. **Ley 26.485**, de 11 de marzo de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- ARRUDA, Kelly Gonçalves Meira. **Violência contra a mulher no parto: um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- AUMENTAM as denúncias de violência obstétrica. Disponível em: <<http://www.bemparana.com.br/noticia/502120/aumentam-as-denuncias-de-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- BAKR, Ahmad F.; ABBAS, Mohammad M. Severe respiratory distress in term infants born electively at high altitude. **BMC Pregnancy and Childbirth**. Londres, v. 6, n. 4, p. 1-4, 16 fev. 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/6/4>>. Acesso em 31 ago. 2017.
- BALOGH, Giovanna. **Justiça condena hospital e médica por recusa de atendimento em paciente com hemorragia**. Disponível em: <<http://www.maesdepe>>

ito.com.br/justica-condena-hospital-e-medica-por-recusa-de-atendimento-em-paciente-com-hemorragia/>. Acesso em 28 ago. 2017.

_____. **Mãe processa hospital e médico por cesárea e descumprimento da lei do acompanhante.** Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/mae-processa-hospital-e-medico-por-cesarea-e-descumprimento-da-lei-do-acompanhante/>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde.** Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>>. Acesso em 13 ago. 2017.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** São Paulo: Malheiros, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 387, 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, contratados 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 out. 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=35&data=29/10/2015>>. Acesso em 05 jul. 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jun. 2008. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.junho.08/iels102/U_RS-MS-ANVISA-RDC-36_030608.pdf>. Acesso em 05 jul. 2017.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=Tramitacao-PL+7633/2014>. Acesso em 04 set. 2017.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017.** Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017>. Acesso em 04 set. 2017.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 8.219/2017.** Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017>. Acesso em 04 set. 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 jun. 2017.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>>. Acesso em 04 set. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000**. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10048.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Lei nº 11.108, de 7 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_sau_de_acao_programatica.pdf>. Acesso em 21 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em 09 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 26 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 jun. 2000. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=4&data=08/06/2000>>. Acesso em 30 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=109&data=27/06/2011>>. Acesso em 31 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200, de 09 de novembro de 2005. Estabelece recursos financeiros, a serem incorporados ao limite financeiro anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar (média e alta complexidade) dos Estados, Distrito Federal e Municípios Habilitados em Gestão Plena de Sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 nov. 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=40&data=14/11/2005>>. Acesso em 05 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005**. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em 05 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad8.pdf>. Acesso em 13 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 03 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, abr. 2002.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em 26 jul. 2017.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 ago. 2017.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2014.

CARDOSO, Junia Espinha. **A dissonância entre desejo e realidade: A escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008.

CARLO, Richelieu de. **Família acusa hospital de negligência por morte de mulher após parto**. Disponível em: <<https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/familia-acusa-hospital-de-negligencia-por-morte-de-mulher-apos-parto>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

CARVALHO, Sandra. **Conselho divulga nota de repúdio a médico acusado de praticar violência obstétrica**. Disponível em: <<http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/111619-conselho-divulga-nota-de-repadio-a-madico-acusado-de-praticar-vio.html>>. Acesso em: 04 set. 2017.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil**. Disponível em: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf>. Acesso em 26 ago. 2017.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

COLETIVO FEMININO PLURAL. **Projeto de monitoramento da CEDAW**: ação permanente do movimento de mulheres. Porto Alegre, 2014.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2008.

COMITÊ PARA A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA MULHERES – CEDAW. Sessão quarenta e nove. **Ofício nº 17/2008**. trad. Mariana Erika Heynemann. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/temas-de-atuacao/saude/saude-materna/decisoes/decisao-cedaw-caso-alyne-teixeira-29jul11-portugues>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

CONSTITUIÇÃO da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

- COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 ago. 2017.
- CUNHA, Mércia Miranda Vasconcellos; BARBOSA, Amanda Querino dos Santos. A Efetivação dos Direitos Sociais Versus Democracia. **Revista Jurídica da Procuradoria-Geral do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 6, p. 83-102, 2015.
- CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 3, p. 9-34, Nov. 2008/Fev. 2009.
- DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf>. Acesso em 23 ago. 2017.
- DEFENSORIA Pública investiga casos de violência obstétrica em hospitais de Rio Preto. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sao-jose-do-rio-preto-aracatuba/noticia/defensoria-publica-investiga-casos-de-violencia-obstetrica-em-hospitais-de-rio-preto.ghtml>>. Acesso em: 04 set. 2017.
- DIAS, Carlos. **Bebê sofre lesão no pescoço e morre após parto normal com fórceps em São Roque, diz família**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/familia-denuncia-morte-de-bebe-apos-parto-em-sao-roque.ghtml>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2001.
- _____. Humanização da assistência ao parto no Brasil os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2017.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2017.
- DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106630>>. Acesso em 13 ago. 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Carmen Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. **Lancet**. Londres, v. 359, n. 9318, p.1681-1685, maio 2002. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08592-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08592-6.pdf)>. Acesso em 23 ago. 2017.

FARIA, Luzardo. A Saúde como Direito Fundamental Social Regime Jurídico-Constitucional e Exigibilidade Judicial. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 5, p. 123-161, 2014.

FERNANDES, Brenda Lílya dos Santos; SOUSA, Ana Elizabete Lima; LIMA, Brunno Souza. Direitos humanos da gestante X violência obstétrica e a responsabilidade pelo erro médico. In: ENCONTRO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA FACULDADE LUCIANO FEIJÃO, 8., 2015, Sobral. **Anais...** Sobral: Faculdade Luciano Feijão, 2015. Disponível em: <http://flucianofejiao.com.br/novo/wp-content/uploads/2016/11/DIREITOS_HUMANOS_DA_GESTANTE_X_VIOLENCIA_OBSTETRICA_E_A_RESPONSABILIDADE_PELo_ERRO_MEDICO.pdf>. Acesso em 26 ago. 2017.

FERREIRA, Clara Fontes et al. **Organização Mundial da Saúde (OMS)**. [Brasília]: SINUS, 2014. Ebook.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2011.

FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. Acolhimento e Vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 155-170. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/sites/default/files/caderno_humanizadas_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 03 set. 2017

GALLI, Beatriz; CAMPOS, Carmen Hein de. **Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira**: uma decisão paradigmática sobre os direitos humanos das mulheres relacionados à mortalidade materna no Brasil. Lima: CLADEM, 2011. Disponível em: <<https://www.cladem.org/images/pdfs/litigio/producciones-y-materiales/boletines/boletin-3-2011.pdf>>. Acesso em 27 ago 2017.

GARCIA, Nei Comis. **O problema da proteção dos direitos sociais contra a reforma constitucional**. Disponível em: <<http://www.tex.pro.br/home/artigos/126-artigos-abr-2003/3495-clausulas-petreas--direitos-sociais>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

HERKENHOFF, João Baptista. **Curso de Direitos Humanos**. Aparecida: Editora Santuário, 2011. Ebook.

HOSPITAL afasta enfermeiros após denúncia de abuso sexual a paciente durante cesárea, em Manaus. Disponível em: <<http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/hospital-afasta-enfermeiros-apos-denuncia-de-abuso-sexual-a-paciente-durante-cesarea-em-manaus.ghtml>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. **Protección Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** Sistema Universal y Sistema Interamericano. San José: IIDH, 2008.

JORGE, Herla Maria Furtado et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza, v. 28, n. 1. jan./mar. p. 140-148. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf>>. Acesso em 15 ago. 2017.

KRELL, Andréas. Controle judicial dos serviços públicos básicos na base dos direitos fundamentais sociais. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **A Constituição concretizada:** construindo pontes com o público e o privado. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2002.

KRUG, Etienne G. et al (Ed.). **Relatório Mundial sobre violência e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde – OMS, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2017.

LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Nascer no Brasil:** sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. p. 3. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>. Acesso em 31 ago. 2017.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado.** São Paulo : Saraiva, 2012.

LIMA JUNIOR, Jayme Benvenuto (org.). **Manual de Direitos Humanos Internacionais.** São Paulo: Edições Loyola, 2002.

LISAUKAS, Rita. **Com medo de violência no parto, mãe leva pistola para a maternidade.** Disponível em: <<http://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/com-medo-de-violencia-no-parto-mae-leva-pistola-para-a-maternidade/>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

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

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas. AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. p. 439-447. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>>. Acesso em 31 jul. 2017.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino:** a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, Quêren da Silva; LYRIO, Denise Carvalho. Contextualizando a luta por direitos igualitários na trajetória das políticas públicas de saúde para a mulher brasileira. **Revista Ártemis.** João Pessoa, v. 19, jan./jul. 2015, p. 130-136. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/26207/14101>>. Acesso em 27 jul. 2017.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba, Havana, 2012. Disponível em:

<<http://www.convencional2012.sld.cu/index.php/convencional2012/paper/download/744/321>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

NETO, Oswaldo. **Compressa é achada dentro de mulher três meses após o parto em hospital de Borba**. Disponível em: <<http://www.acritica.com/channels/manaus/news/compressa-e-achada-dentro-de-mulher-tres-meses-apos-o-parto-em-borba>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna de; SCHIRMER, Julia Barros. Caso Alyne Pimentel: uma análise à luz da abordagem baseada em direitos humanos. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**. Fortaleza, n. 12, p. 11-22, jul. 2016, Disponível em: <<http://milas.x10host.com/ojs/index.php/ibdh/article/view/202>>. Acesso em 27 ago. 2017.

OLIVEIRA, Erival da Silva. **Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

OLIVEIRA, Fabiano Melo Gonçalves de Oliveira. **Direitos humanos**. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2016.

OLIVEIRA, Leônidas Meireles Mansur Muniz de. Patrimonialização dos direitos da personalidade. **Percursos acadêmicos**. Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 347-355, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2933/413>> Acesso em 26 ago. 2017.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; MIQUILINI, Elaine Cristina. Freqüência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 288-295, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/06.pdf>>. Acesso em 26 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em 06 jun. 2017.

_____. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em: <<http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/PIDESC.pdf>>. Acesso em: 06 jun 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Care in normal birth: a practical guide**. Genebra, 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_O_FRH_MSM_96.24.pdf>. Acesso em 26 ago. 2017.

_____. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra: OMS, 2009.

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014. p. 2. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em 24 ago. 2017.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em 26 jul. 2017.

- PADILHA, Juliana Falcão et al. Saúde da mulher e assistência a gestante no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. II Fórum de Integração em Fisioterapia, 2011, Santa Maria. **Anais eletrônicos...** Santa Maria: UNIFRA, 2011. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio2011/Trabalhos/1625.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2017.
- PARANÁ. Comitê Estadual de Mortalidade Materna. **O Partograma: Parte I: Princípios e Estratégias**. Curitiba, 1999. p. 1. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/partograma/6principios_e_estrategiaspartograma.pdf>. Acesso em 03 set. 2017.
- PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017. p. 60.
- PEREIRA, Jéssica Souza. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Maringá, v. 15, n. 1, p. 103-108, jun./ago. 2016. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em 26 ago. 2017.
- PETERKE, Sven (Coord.). **Manual Prático Direitos Humanos Internacionais**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2009.
- PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ed. Do Autor, 2004.
- PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial**. 2013, 270 p. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado). Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- PONTES, Monise Gleyce de Araujo et al. Parto nosso de cada dia um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2017.
- RAMALHO, Katiane de Souza et al. Política de Saúde da Mulher à Integralidade - efetividade ou possibilidade. **Cadernos de graduação: Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 1, n. 1, p. 11-22, nov. 2012.
- RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2017.
- RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em 23 ago. 2017.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2002.
- ROCHA, Priscila. **MPF investiga casos de violência contra gestantes em hospitais do DF**. Disponível em: <<http://www.politicadistrital.com.br/2016/07/27/mpf->

investiga-casos-de-violencia-contra-gestantes-em-hospitais-do-df/>. Acesso em: 04 set. 2017.

SANTOS, Aliny de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade, MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, especial temático, p. 61-71. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a07v11esp_n4.pdf>. Acesso em 31 jul. 2017.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais À luz da produção científica uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 552-559, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>>. Acesso em 24 ago. 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Brasília, v. 2, n. 1, p. 128-147, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em 23 ago. 2017.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na História. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251. maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em 04 ago. 2017.

SIEGHART, Paul. **The Lawful Rights of Mankind: An Introduction to the International Legal Code of Human Rights**. Oxford: Oxford University Press, 1986.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. São Paulo: Malheiros, 2012.

_____. **Poder Constituinte e Poder Popular** - Estudos Sobre a Constituição. São Paulo: Malheiros, 2000.

SILVA, Sílvio Fernandes da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SILVA, Wanessa Oliveira. Análise da perspectiva comportamental e de 'ethos profissional' no estudo das políticas públicas de humanização do parto. **Latitude**, Maceió, v. 8, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/1526/1054>>. Acesso em 04 ago. 2017.

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

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**. Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/17/18>. Acesso em 26 jun. 2017.

STECK, Juliana Monteiro. **Congresso combate violência obstétrica**. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/15/congresso-combate-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>>. Acesso em 08 ago. 2017.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>>. Acesso em 13 ago. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Atenção integral à saúde da mulher**: medicina. Florianópolis, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Luciane Maria de Oliveira Brito. (Org.). **Saúde da mulher**. São Luís: EDUFMA, 2017

_____. Paula Trindade Garcia (Org.). **A saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro**. São Luís, 2014.

VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues; FORMIGA, Fernanda Fernandes de Oliveira. Rompendo o silêncio sobre violência obstétrica a partir do caso Alyne Pimentel. **IX SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DA UFPB 2016**. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/view/4296>>. Acesso em 10 ago. 2017.

VAZ, Thabita Helena; PIVATTO, Liane Fuhr. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 545-552, jul/set. 2014.

VENEZUELA. **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 03 set. 2017.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito civil**: responsabilidade civil. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VENTURA, Miriam. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e Direitos Humanos**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 7, p. 87-100, 2011.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2013.

XAVIER, Ana Isabel. ONU: A Organização das Nações Unidas. XAVIER, Ana Isabel et al. **A Organização das Nações Unidas**. Coimbra: Humana Global, 2007.

WEIS, Carlos. **Direitos humanos contemporâneos**. São Paulo: Malheiros, 2012.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7604/9128>>. Acesso em 07 ago. 2017

ANEXO A – Projeto de Lei nº 7.633/2014

PROJETO DE LEI Nº , DE 2014

(Do Sr. Jean Wyllys)

Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

TÍTULO I

DAS DIRETRIZES E DOS PRINCÍPIOS INERENTES AOS DIREITOS DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO, PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

Art. 1º - Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

Art. 2º - Para os efeitos desta Lei, a assistência humanizada à gestação, ao pré- parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério é aquela preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando precipuamente:

I - não comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto;

II – adotar, exclusivamente, rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/90;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;

IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;

V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Art. 3º - São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento:

I - mínima interferência por parte da equipe de saúde;

II - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;

III - fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;

IV – harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto.

Art. 4º - Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e puerpério, tem direito:

I – a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura;

II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto;

III – ao parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas sem que haja uma justificativa clínica de acordo com o processo de saúde-doença da parturiente ou do concepto;

IV – a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto;

V - a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas;

VI – a ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da lactação e receber apoio para amamentar o recém-nascido desde a primeira meia hora de vida;

VII - a não ser submetida a exames e procedimentos cujos propósitos sejam investigação, treinamento e aprendizagem, sem que estes estejam devidamente autorizados por Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VIII – a estar acompanhada por uma pessoa de sua confiança e livre escolha durante o pré-parto, parto e puerpério, nos termos da Lei nº 11.108/2005;

IX – a ter a seu lado o recém-nascido em alojamento conjunto durante a permanência no estabelecimento de saúde, e a acompanhá-lo presencial e continuamente quando este necessitar de cuidados especiais, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

Art. 5º - Diagnosticada a gravidez, a mulher terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade, nele devendo constar:

I - as equipes responsáveis e os estabelecimentos onde será prestada a assistência ao pré-natal e ao parto, nos termos da Lei 11.634/2007;

II - o local ou estabelecimento de saúde de sua escolha onde o parto deverá ocorrer;

III - a equipe responsável pelo parto, quando possível, ou as diferentes equipes disponíveis em regime de plantão;

IV - a contratação de profissionais que prestam serviços de auxílio ao parto e/ou à assistência ao parto, ou sua participação voluntária, que terão autorização para executar ações complementares às da equipe de atendimento ao trabalho de parto no estabelecimento de saúde.

Art. 6º - No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua vontade em relação:

I – à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005;

II – à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal;

III – à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IV – à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a);

V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíacos;

VI – ao uso de posição verticalizada no parto;

VII – ao alojamento conjunto.

Art. 7º - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança.

Art. 8º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do concepto em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher.

Art. 9º - Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.

Art. 10 - Ficam obrigatoriamente sujeitas à justificativa clínica, com a respectiva anotação no prontuário:

I - a administração de enemas;

II - a administração de ocitocina sintética;

III - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;

IV - a amniotomia;

V - a episiotomia;

VI - a tração ou remoção manual da placenta;

VII – a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto.

Art. 11 - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, é vedado aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde:

I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;

II - constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu concepto;

III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

Art. 12 – Durante todo o pré-parto e parto é permitido à mulher:

I – movimentar-se livremente, devendo ser estimulada a deambular e verticalizar;

II - escolher a posição que lhe pareça mais confortável;

III - ingerir líquidos e alimentos leves.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Art. 14. Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;

II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade;

III - ironizar ou censurar a mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica e suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros;

IV – preferir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas;

V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do conceito, inerentes ao procedimento cirúrgico;

VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VIII - recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à mulher em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal ou em abortamento, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos;

IX - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

X - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e puerpério, ou impedir o trabalho de um(a) profissional contratado(a) pela mulher para auxiliar a equipe de assistência à saúde;

XI - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias;

XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:

- a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações;
- b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado;
- c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;
- d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;
- e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;
- f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);
- g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;
- h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;
- i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;
- j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;
- k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;
- l) praticar Manobra de Kristeller;
- m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;
- n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.

XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas;

XIV – Realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal;

XV – Realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;

XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;

XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;

XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;

XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico;

XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;

XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

XXII - Tratar o pai da criança ou o(a) acompanhante de escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite.

Art. 15 – Todas as disposições desta Lei se aplicam integralmente no atendimento à mulher em situação de abortamento e no parto de natimorto, sendo as mulheres, nesses casos, consideradas como parturientes para todos os fins desta Lei. Parágrafo único. Nos casos do caput deste artigo, será também considerada violência obstétrica a coação com a finalidade de confissão e denúncia à polícia.

Art. 16 – A criança recém-nascida tem direito:

I – ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida;

II – a ser mantida ligada à placenta pelo cordão umbilical por, no mínimo, cinco minutos, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, devendo o cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais;

III – a ser entregue à sua mãe para contato pele-a-pele e amamentação em livre demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida;

IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com a criança no colo de sua mãe, salvo nos casos especiais devidamente justificados ou em que haja necessidade de sua remoção para cuidados urgentes e especiais;

V – a não receber leite artificial ou equivalente, quando conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da mãe, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde;

VI – a ser amamentada em livre demanda e ser acompanhada presencial e continuamente por sua mãe para contato pele-a-pele quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem restrição de horário ou dias da semana, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

TÍTULO II

DA ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

Art. 18 – Todos os estabelecimentos de saúde que prestarem atendimento ao parto e nascimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas humanizadas elencadas nas diretrizes desta Lei.

§ 1º - Os cartazes previstos no caput deste artigo deverão conter informação referente aos órgãos para a denúncia de ocorrência de violência obstétrica, além de orientações sobre como a mulher agredida deve proceder nesses casos.

§ 2º - Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde, as maternidades, os centros de parto normal, os consultórios médicos e de enfermagem, sejam públicos ou da iniciativa privada, e o ambiente domiciliar por ocasião de parto em casa.

Art. 19 - Ficam as escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais da área de saúde, médicos(as), enfermeiros(as), obstetras e equipes administrativas hospitalares obrigadas a implementar em suas diretrizes curriculares conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito, nos termos desta Lei.

Art. 20 - Os direitos e a proteção à vida de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e de seus recém-nascidos de que trata esta Lei, mais especificamente de gestantes, parturientes, puérperas e seus neonatos, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou qualquer outra.

Art. 21 – As disposições constantes desta Lei aplicam-se ao Sistema Único de Saúde e a toda a rede de saúde suplementar e filantrópica do país, bem como aos serviços de saúde prestados de forma autônoma.

Art. 22 - Mulheres, crianças, homens e famílias devem ter preservados seus direitos sexuais e reprodutivos, observando-se, especialmente, o seguinte:

I – prestação de informações adequadas sobre gestação, parto e puerpério saudáveis, e sobre os direitos de que trata esta Lei, durante a assistência prestada por profissional individualmente ou por equipe multidisciplinar;

II - autonomia para escolher onde, como e com quem a parturiente quer parir seus filhos e suas filhas, sendo respeitados seus direitos de livre escolha dos profissionais que lhes assistam, do local para parir e de sua diversidade de interesses, cultura e formas de viver; III - acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde no que tange ao atendimento obstétrico no pré-natal, no parto e no pós-parto imediato e tardio;

IV – tratamento digno e com respeito, principalmente durante o trabalho de parto;

V – a presença e o acompanhamento de, no mínimo, uma pessoa de sua escolha, na assistência de todo o ciclo gravídico-puerperal, independente do sexo, gênero ou relação interpessoal da pessoa escolhida como acompanhante, conforme determinado na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005;

VI – proteção contra quaisquer formas de abuso e violência, principalmente formas de violência simbólica contra a mulher e o neonato durante o parto e o nascimento;

VII - direito à assistência de saúde humanizada durante seu ciclo gravídico-puerperal, podendo esta assistência ser realizada no domicílio, na unidade básica, em casa de parto, centro de parto normal ou hospital-maternidade, oferecida por equipe multiprofissional ou de forma individual por um(a) profissional técnico(a) e legalmente qualificado(a);

VIII - acesso ao atendimento de urgência, emergência e de referência e contrarreferência nos serviços de saúde maternos e infantis, mesmo quando a necessidade do atendimento tenha se originado em local diferente do ambiente hospitalar, ambulatorial ou básico, incluindo seu domicílio, casa de parto e centro de parto normal.

Art. 23 - A assistência oferecida no trabalho de parto, em instituição obstétrica de qualquer modalidade ou por qualquer profissional da área obstétrica, no âmbito institucional ou domiciliar, público ou privado, deve adotar as seguintes características de rotinas e tecnologias:

I - proporcionar um ambiente desmedicalizado e humanizado, que priorize a visão do parto como um evento fisiológico, não devendo ser praticadas intervenções desnecessárias.

II - garantir que todas as intervenções e os procedimentos adotados durante a assistência à mulher, ao feto e ao neonato fundamentem-se em evidências científicas atualizadas, excetuando-se as intervenções ou procedimentos de leve ou baixa tecnologia e que não provoquem alterações deletérias às condições fisiológicas do binômio mãe-filho(a).

III - garantir respeito à intimidade e à privacidade da parturiente;

IV - respeitar o tempo biológico da parturição, considerando que cada mãe e filho(a) possuem um tempo próprio fisiológico, sendo proibida a prática de intervenções abusivas para reduzir o tempo do trabalho de parto, sem indicação clínica.

Art. 24 - O Poder Executivo Federal, em conjunto com instituições de ensino e de saúde, e entidades representantes da sociedade civil, devem praticar regularmente as estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, segundo compromissos nacionais e internacionais de promover os direitos humanos e de executar metas de Pactos pela Vida e de redução da mortalidade materna e perinatal.

§ 1º - São estratégias prioritárias a qualificação e a educação permanente de profissionais para promover uma assistência obstétrica de qualidade e realizada por pessoal qualificado.

§ 2º - O parágrafo primeiro do artigo 24 desta Lei não exclui o direito de opção da mulher por um parto domiciliar, devendo os profissionais e os serviços de saúde atender a mulher e a seu neonato em casos de complicações e sempre que solicitados.

TÍTULO III

DO CONTROLE DOS ÍNDICES DE CESARIANAS E DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

Art. 25 – Os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal em valores e períodos definidos pelo Ministério da Saúde, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices.

Art. 26 – Serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo esta última qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde suplementar.

§ 1º - Cada uma das CMICBPO terá por finalidade realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país.

§ 2º - As CMICBPO municipais e as institucionais serão coordenadas, em seu âmbito, pela respectiva CMICBPO estadual.

§ 3º - Cada CMICBPO terá a seguinte composição mínima:

I – um(a) presidente, representado(a) por profissional de saúde de nível superior da gestão estadual, municipal ou institucional;

II – um(a) secretário(a), representado(a) por profissional de saúde de nível médio ou superior, oriundo(a) dos quadros das Secretarias estadual e municipal de saúde;

III – um(a) representante popular da área de saúde ou correlata, com atuação na área de direitos humanos e na desmedicalização em saúde, representando a comunidade, a coletividade e a sociedade civil.

§ 4º - As CMICBPO poderão ter, se for o caso, 02 Secretários(as), 02 Representantes Populares e 02 Membros Diretores, sendo que estes dois últimos deverão ser profissionais da assistência obstétrica.

§ 5º - As CMICBPO são formadas pelo mínimo de 03 (três) e máximo de 07 (sete) integrantes.

§ 6º - Os membros das CMICBPO serão escolhidos democraticamente pelos gestores estadual, municipal e institucional, para permanência pelo prazo de vinte e quatro meses, podendo tal prazo ser renovado por uma única vez.

§ 7º - O caráter participativo na CMICBPO é voluntário e sem fins lucrativos, podendo ser remanejados profissionais de instituições, órgãos, setores e secretarias conforme sua carga horária de trabalho.

§ 8º - As CMICBPO começam a ser formadas a partir da promulgação desta Lei e permanecerão vigentes até que o país adeque suas taxas nacionais de cesariana aos valores preconizados pela OMS, e reduzam a índices mínimos os eventos de violência obstétrica, atendendo a padrões internacionais de qualidade dos serviços obstétricos.

§ 9º - Os membros das CMICBPO devem reunir-se periodicamente nos níveis institucional, municipal e estadual, em caráter ordinário a ser estabelecido conforme rotina e calendário previamente agendado e pactuado, e em caráter extraordinário, quando necessário e solicitado por seus Presidentes, bem como em encontros nacionais, sempre que convocados pelo Ministério da Saúde.

§ 10 - As reuniões dos membros das CMICBPO ocorrerão de forma independente e interdependente, devendo haver reuniões individuais nas instituições, e coletivas nas secretarias municipais e, ao final de cada período, nas secretarias estaduais, para elaboração, apresentação e divulgação, por meio de relatório consolidado, dos dados referentes aos índices de cesarianas averiguados, com posterior encaminhamento ao Ministério da Saúde.

§ 11 - No relatório de que trata o parágrafo 10 do artigo 26 desta Lei deverão constar ações que devem ser desenvolvidas ou que já estão implantadas para monitorar, avaliar, controlar e mobilizar, por meio de educação permanente, os profissionais das instituições estaduais e municipais que ultrapassaram o limite de que trata o artigo 25 desta Lei.

§ 12 - As instituições que ultrapassarem o valor limite de índices de cesarianas no período avaliado pela CMICBPO serão comunicadas em caráter de alerta, devendo esta oferecer suporte gerencial para auxiliar a instituição na redução de seus índices, cabendo-lhe realizar parcerias com entidades de classe e filantrópicas, associações científicas e profissionais, universidades, órgãos públicos, dentre outros que compõem a Rede Social de Apoio.

§ 13 - Em caso de continuidade, pelo terceiro período consecutivo, do limite ultrapassado, a CMICBPO notificará a instituição e iniciará uma sindicância para investigar as causas clínico-obstétricas e os profissionais responsáveis pelos índices elevados.

§ 14 - Para a completa execução da sindicância de que trata o parágrafo 13 deste artigo, a CMICBPO deverá entrevistar as próprias mulheres nas quais foram realizadas as cirurgias, incluindo a necessidade de visitas domiciliares, bem como os(as) profissionais que as praticaram, incluindo a necessidade de visitas a clínicas, consultórios e ambulatórios prenatalistas.

§ 15 - Ao final da sindicância, a CMICBPO produzirá um relatório pormenorizado, público e de livre acesso, que identifique as causas, os(as) profissionais responsáveis, os fatores de risco e os dados epidemiológicos relacionados à elevação dos índices de cesarianas na instituição, contendo, se for o caso, relatos de práticas de eventos violentos contrários à humanização do parto. Tal relatório deve conter recomendações, ações e metas que auxiliem

o sindicado a reduzir seus índices de cesarianas e a violência obstétrica, todos de acordo com as Boas Práticas para a Humanização do Nascimento e com as determinações apresentadas por esta Lei.

§ 16 - A instituição, o município ou o Estado sindicado por sua CMICBPO deve atender às determinações desta nos prazos estabelecidos, tendo o período de 90 (noventa) dias para reduzir inicialmente seus índices de cesarianas, findo o qual a instituição será novamente monitorada em, caso a instituição sindicada não tiver apresentado redução em seus índices, a CMICBPO respectiva deverá encaminhar denúncia, por escrito e fundamentada, ao Ministério Público, em instância competente, indicando, conforme o caso, uma das seguintes punições:

I - suspensão temporária de financiamento público para a realização de cesarianas, para instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele vinculadas, por um prazo inicial de 30 (trinta) dias, podendo esta suspensão ser mantida por tempo indefinido ou revogada, de acordo com parecer circunstanciado da CMICBPO;

II - proibição temporária de realização de cesarianas, para instituições privadas ou filantrópicas, por um prazo inicial de 30 dias, podendo esta proibição ser mantida indefinidamente ou revogada, de acordo com parecer da CMICBPO.

Art. 27 - Para o cumprimento desta Lei, a CMICBPO:

I - realizará monitoramento constante dos registros cirúrgicos e do descumprimento dos princípios e das diretrizes obstétricas previstas nesta Lei;

II - afixará cópia das decisões e atos do Ministério Público e/ou do Poder Judiciário em local público e visível da instituição;

III – solicitará auxílio técnico de entidades da sociedade civil e conselhos profissionais.

TÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28 - A observação dos dispositivos desta Lei pelos e pelas profissionais e instituições de saúde e o atendimento aos princípios nela expostos independem da criação e início de funcionamento das Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO.

Art. 29 - As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões. Art. 30 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.

Art. 31 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo – SESC sobre “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” revelou inúmeras queixas em relação aos procedimentos dolorosos realizados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, sem consentimento da gestante e/ou sem a prestação das devidas informações. As denúncias vão desde a falta de analgesia, passando por negligência médica, até diversas formas de violência contra as parturientes.

Essa pesquisa também revelou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou durante o

parto. O assunto teve ainda mais repercussão quando várias mulheres, ao terem acesso aos dados da pesquisa, confirmaram ter passado por situação semelhante durante o parto de seu(s) filho(s).

Dados e informações constantes do dossiê elaborado em 2012 pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres alertam que o Brasil lidera o ranking mundial de cesarianas e propõem uma redução nessa taxa para que o país possa se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios.

A realidade mostra que mulheres foram e continuam sendo submetidas a procedimentos cirúrgicos sem justificativa clínica e sem esclarecimento adequado acerca dos riscos e complicações inerentes a tais procedimentos.

No recente seminário “Fases da Violência Contra a Mulher”, ministrado por esta Comissão de Direitos Humanos e Minorias, tivemos a oportunidade de ouvir sérias e respeitáveis explanações acerca da violência obstétrica, que leva, não raras vezes, ao óbito da parturiente e de seu bebê.

Em que pese a existência de regulamentações técnicas do Poder Executivo acerca do funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, aplicáveis aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, o cenário de violência obstétrica mostra-se constante, ao passo em que o bom atendimento obstétrico é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto.

Há de ser feito, pois, um esforço concentrado para combater a violência obstétrica praticada pelos profissionais da saúde, que se traduz em toda a sorte de violações, dentre as quais podemos citar: negligência, imprudência, abuso sexual, violência física e verbal, ameaças, repreensões, humilhação, realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele, por exemplo.

Aliado ao acima exposto, corroboram com a presente iniciativa:

- a) A Declaração ou Carta de Fortaleza/Ceará, de 1985, com as “Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o Nascimento” quanto às boas práticas;
- b) O Tratado Internacional adotado pela Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 18/12/1979 e ratificado pelo Brasil em 01/02/1984 (Convenção do Pará) – Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW);
- c) O direito humano da parturiente no que tange à sua integridade pessoal, liberdade e consciência, protegido pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica) de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992, especialmente abarcando os seguintes direitos: direito à liberdade pessoal; direito à liberdade de consciência; direito à proteção da família;
- d) A Portaria Ministerial nº 569, de 01/06/2000, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, bem como a Portaria Interministerial nº 2.669, de 03/11/2009, que define metas e objetivos para a redução da mortalidade materna e infantil no Pacto pela Vida;
- e) O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08/03/2004;
- f) A Portaria da Presidência da República nº 1.459, de 24/06/2011, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha,
- g) A Portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde, que instituiu o programa nacional “Rede Cegonha”, cujos princípios e objetivos são adotar medidas 20 destinadas a assegurar a

melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e da assistência à criança;

h) A iniciativa “Hospitais Amigos da Criança” da Unicef/ONU e do Programa Nacional “Amamenta Brasil” instituído pela Portaria nº 2.799/2008 do Ministério da Saúde;

i) A Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante.

Pela relevância da temática e, ainda, como forma de coibir toda e qualquer violência contra a mulher, conto com os nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei, que busca tratar da humanização da assistência à mulher e ao concepto, bem como de seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, quer seja pela realidade mostrada pelos relatos de óbitos de parturientes e seus bebês, quer seja pela dificuldade de colocar-se efetivamente em prática uma política nacional atenta às recomendações e tratados internacionais dos quais o Brasil faz parte.

Sala das Sessões, em 27 de maio de 2014.

JEAN WYLLYS

Deputado Federal PSOL/RJ

ANEXO B – Projeto de Lei nº 7.867/2017

PROJETO DE LEI Nº , DE 2017

(Da Sra. Jô Moraes)

Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A presente Lei tem por objeto a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

Art. 2º. A atenção à gravidez, parto, abortamento e puerpério adotará os princípios de boas práticas com enfoque na humanização, de acordo com as normas regulamentadoras. Parágrafo único. É obrigatória a elaboração do plano de parto.

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.

Art. 4º. Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal;

II – ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – ironizar ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico;

IV – não responder a queixas e dúvidas da mulher gestante, parturiente ou puérpera;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos;

VI – induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança;

VII – recusar atendimento ao parto;

VIII – promover a transferência da gestante ou parturiente sem confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento ou de tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto;

X – impedir a mulher de se comunicar pessoalmente ou por meio de telefone;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIII – realizar a episiotomia indiscriminadamente, em desacordo com as normas regulamentadoras;

- XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV – realizar qualquer procedimento sem pedir permissão ou esclarecer, de modo acessível, a sua necessidade;
- XVI – demorar injustificadamente para alojar a puérpera em seu leito;
- XVII – submeter a mulher e/ou recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes;
- XVIII – submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e de permitir o aleitamento;
- XIX – impedir o alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas;
- XX – não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticoncepcionais reversíveis ou não;
- XXI – obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido.
- Art. 5º. Os estabelecimentos de saúde deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 4º desta Lei.
- § 1º. Equiparam-se aos estabelecimentos de saúde, para os efeitos desta Lei, os postos, centros e unidades básicas de saúde, casas de parto, maternidades, hospitais e consultórios médicos especializados no atendimento à saúde da mulher.
- § 2º. Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para encaminhar denúncias de violência obstétrica.
- Art. 6º. O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil. Art.
- 7º. Esta Lei entra em vigor na centena e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 confere, em seu art. 6º, direito à saúde, ao lazer, a proteção à maternidade e à infância e à convivência familiar, a todos os brasileiros.

O parto é o momento em que se identifica a consonância de direitos de várias naturezas: direitos humanos, à saúde e de proteção à maternidade. No entanto, é neste instante especial na vida da mulher e das famílias que ocorre um dos mais revoltantes tipos de violência, a violência obstétrica.

Recentemente foi sancionada no Estado de Santa Catarina a Lei nº 17.097/2017 que cria mecanismos de divulgação e combate a violência obstétrica e traz a delimitação de ações que podem ser consideradas violência obstétrica. De autoria da ex-deputada federal Ângela Albino (PCdoB/SC), a lei traz, dentro da competência estadual, inúmeras inovações que podem lastrear os trabalhos legislativos federais. Logo após a sanção, o Ministério Público de Santa Catarina lançou campanha contra a violência obstétrica, o que vem ocorrendo em outros estados.

Por acreditarmos que a violência obstétrica é um conceito muito amplo, achamos importante categorizar todos os procedimentos, físicos ou não, aos quais as mulheres são submetidas na gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e abortamento em desacordo com os princípios da humanização e da medicina baseada em evidências.

O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, “Parirás com dor”, de 2012, trouxe inúmeros dados importantes para

contribuir para este debate. O documento apresenta pesquisa realizada em 2010 sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em parceria entre Fundação Perseu Abramo e SESC.

Os resultados revelaram que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor (apesar de medicamento indicado), realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (VENTURI et al., 2010).

Traz também exemplos de legislações latino-americanas, em especial, a argentina e a venezuelana. Informa que elas são bastante semelhantes no que tange à definição factual de violência obstétrica: a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais.

Prossegue pontuando que a violência obstétrica pode conter, em sua manifestação (havendo a necessidade, portanto, de considerar cada caso individualmente), os tipos de violência física e sexual, no caso de uma episiotomia consentida, por exemplo, ou física, sexual e psicológica, se não houver consentimento da mulher em submeter-se ao procedimento.

É necessário, portanto, que a legislação reforce o importante papel de as autoridades sanitárias adotarem medidas de informação e proteção à gestante, parturiente e puérpera para promover as boas práticas em todas as etapas do cuidado com as mulheres, protegendo-as contra a violência obstétrica.

Ante o exposto, esperamos contar com o apoio dos nobres colegas para o aperfeiçoamento e aprovação da matéria.

Sala das Sessões, em de de 2017.

Deputada JÔ MORAES

ANEXO C – Projeto de Lei nº 8.219/2017

PROJETO DE LEI , DE 2017.

(Do senhor Francisco Floriano)

“Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após

Art. 2º. A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia.

Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

IV - negligenciar o atendimento de qualidade;

V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto;

VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;

VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa

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

JUSTIFICATIVA

O objetivo desse Projeto de lei é impedir que a mulher em trabalho de parto ou logo em seguida sofra qualquer tipo de constrangimento ou tratamento vexatório por parte dos médicos e outros profissionais da saúde.

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação.

Durante o pré-natal, parto e mesmo pouco tempo depois de dar à luz, mulheres são vítimas de agressões sutis, disfarçadas de protocolos médicos e, muitas vezes, carregadas de discriminações.

Vale ressaltar que, de acordo com pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo, 1(uma) em cada 4 (quatro) brasileira é vítima de violência obstétrica. (Fonte: Correio Braziliense, Saúde, 09/07/2017, p. 6)

Os abusos vão desde pressão psicológica a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários e sem consentimento da mulher.

Esse tipo de comportamento médico e de profissionais da saúde é odioso e covarde, pois gera uma sensação de insegurança na mulher num momento de maior fragilidade que é a hora do parto. É um sofrimento calado, de temor, pois naquele momento, a mulher não pode controlar o que ocorre ao seu redor durante o parto. Precisa confiar na equipe médica e nos profissionais de saúde que estão participando do parto.

Infelizmente, ainda existe no país uma cultura de que a mulher tem que sofrer durante o parto e a gestação, senão “não é mãe”.

Conforme alerta a promotora de justiça do Ministério Público de São Paulo e diretora do Ministério Público Democrático Fabiana Dal’Mais. “Além do preconceito contra a mulher, a violência obstétrica também passa por uma falha na formação dos profissionais de saúde”.

Ressalta que, existem procedimentos que já foram extintos pela organização mundial de saúde (OMS) desde a década de 1990, por serem considerados agressivos, no entanto, ainda são práticas freqüentes em hospitais públicos do país. É o caso da episiotomia (corte feito na região do períneo para facilitar a passagem do bebê).

Essa técnica é indicada pela OMS apenas em caso de sofrimento da criança ou complicação no parto que coloque a vida da mulher e do bebê em risco. O problema é que a prática é realizada de forma indiscriminada, principalmente, por médicos pouco experientes ou com formação deficitária que trabalham, muitas vezes, como plantonista em hospitais públicos nos pequenos centros.

É preciso atentar para a questão de que, a violência obstétrica traz em si uma discriminação de gênero e, como tal, deve ser combatida assim como vem sendo a violência doméstica através da aplicação da Lei Maria da Penha, a tipificação do crime de feminicídio no Código Penal e a declaração da OMS sobre violência obstétrica caminham no sentido de proteger a integridade física e a dignidade da mulher.

Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso.

Por ser de relevância social, peço o apoio dos nobres pares à aprovação deste Projeto de lei.

Sala das Sessões, em 10 de julho de 2017.

Deputado FRANCISCO FLORIANO (DEM/RJ)