



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas Sociais -
FAJS

LUARALICA GOMES SOUTO MAIOR DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS DOS
PACIENTES**

Brasília
2017

LUARALICA GOMES SOUTO MAIOR DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS DOS
PACIENTES**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de bacharelado em Direito da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.
Orientadora: Prof^a. e Dra. Aline Albuquerque.

Brasília

2017

LUARALICA GOMES SOUTO MAIOR DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS DOS
PACIENTES**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de bacharelado em Direito da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Orientadora: Prof.^a e Dr.^a Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira.

Brasília, 11 de novembro de 2017.

Banca Examinadora

Dr.^a Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira
Orientadora

Aléssia Chevitarese
Examinadora

Luciana Mousse
Examinadora

À minha filha Sophie, dedico este trabalho com carinho e gratidão, para que outras crianças possam vir ao mundo sem sofrimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente ao meu pai, Anco Márcio S. M. de O. Lima, por sempre ter acreditado em mim e nos meus ideais e por ter dispensado todo seu tempo, esforço e dedicação para que eu concluísse minha graduação com êxito.

Agradeço à minha mãe Quitéria Lucimar G. A. S. Maior também por ter acreditado nos meus ideais, por ter me incentivado nos momentos mais difíceis do curso e por me ajudar com sua sabedoria, na área da saúde, para o aprofundamento nesta pesquisa. Sua luta diária para concluir a graduação em enfermagem, diante de todas suas responsabilidades, é que me inspirou para a conclusão da minha.

Agradeço ao meu marido Vinicius Nascimento Brasil por ter me apoiado emocionalmente de forma constante durante a graduação, e me ajudado a levantar toda vez que eu caia. Agradeço por ter conseguido me tranquilizar em todos os momentos de desespero para que pudéssemos continuar a seguir juntos.

Agradeço à minha filha Sophie S. M. Brasil, por me fazer decidir a realizar a pesquisa sobre violência obstétrica para que outras crianças não venham a nascer de forma que desrespeite um momento tão nosso.

Agradeço à minha sogra e ao meu sogro, Raimunda Maria Ferreira do Nascimento e João Evangelista do Brasil, por terem me recebido em seu lar de forma tão sincera para que eu pudesse realizar meu ensino médio e meu curso de graduação. Sem vocês o meu caminho teria sido mais difícil.

Agradeço aos meu amigos e familiares que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente na trajetória do meu curso.

Agradeço à minha querida orientadora Dr.^a Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira, que foi uma luz no meu caminho e me guiou de uma forma tão harmônica e tranquila, com sua sabedoria admirável, à conclusão da minha pesquisa.

RESUMO

Esta monografia é uma pesquisa teórica que tem o objetivo de proporcionar um espaço de discussão para relacionar a ocorrência da violência obstétrica e a violação dos Direitos Humanos dos Pacientes, uma vez que tais violações ocorrem sobretudo em ambiente hospitalar. Desta forma, serão analisadas legislações internacionais que abordem o direito dos pacientes e o próprio conceito de violência obstétrica, bem como documentos produzidos no Brasil que indiquem como ocorre sua atuação, e se há o efetivo preparo estatal para prevenir e punir quem infringe os direitos dos pacientes no campo obstétrico/ginecológico. A violência obstétrica será apresentada em suas diversas categorias de atuação como a psicológica, física e institucional. Também serão analisados brevemente, a caracterização de seus agentes violadores. Do ponto de vista dos Direitos Humanos dos Pacientes, a violência obstétrica infringe diversos direitos humanos, como: o direito à vida, direito de não ser submetido a tortura e tratamento cruel ou degradante, direito ao respeito pela vida privada, direito à informação, direito a não ser discriminado e direito a saúde, que serão apresentados individualmente e aplicados em caso concreto.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Direito Internacional. Direitos Humanos dos Pacientes. Intervenção estatal.

ABSTRACT

This monograph is a theoretical research that aims to provide a space for discussion to relate the occurrence of obstetric violence and the violation of Human Rights of Patients, since such violations occur mainly in a hospital environment. In this way, international legislation will be analyzed that addresses patients' rights and the very concept of obstetric violence, as well as documents produced in Brazil that indicate how their work occurs, and whether there is effective state preparedness to prevent and punish those who violate the rights of patients in the obstetrical / gynecological field. Obstetric violence will be presented in its various categories of performance such as psychological, physical and institutional. Also will be analyzed briefly, the characterization of its violating agents. From the point of view of the Human Rights of Patients, obstetric violence violates several human rights, such as: the right to life, the right not to be subjected to torture and cruel or degrading treatment, the right to respect for privacy, the right to information, not to be discriminated against and right to health, which will be presented individually and applied in a specific case.

Keywords: Obstetric violence. International Law. Human Rights of Patients. State intervention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	12
2 DIREITOS HUMANOS DA MULHER PACIENTE E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	25
2.1 DIREITOS HUMANOS DE PACIENTES MULHERES	27
2.2 A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DE PACIENTES MULHERES NO CUIDADO DO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO	29
2.2.1 <i>DIREITO À VIDA</i>	29
2.2.1.1 Negativa de assistência emergencial à gestante	30
2.2.1.2 Do direito à segurança dos pacientes	33
2.2.2 <i>DIREITO A NÃO SER SUBMETIDO À TORTURA E TRATAMENTO CRUEL OU DEGRADANTE</i>	35
2.2.3 <i>DIREITO AO RESPEITO PELA VIDA PRIVADA</i>	38
2.2.4 <i>DIREITO À INFORMAÇÃO</i>	39
2.2.4.1 Do prontuário médico e do Partograma	41
2.2.5 <i>DIREITO A NÃO SER DISCRIMINADO</i>	43
2.2.6 <i>DIREITO A SAÚDE</i>	45
3 CASO ADELIR GOÉS	46
CONCLUSÃO	54
REFERENCIAS	56

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

A violência obstétrica pode ocorrer por meio da violência psicológica, como a discriminação: “Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!”¹; da violência física, como ações que causem dor (exame de toque para a verificação da dilatação do períneo quando ocorrida para fins didáticos aos estudantes da área da saúde); até a violência sexual como a episiotomia, conceituada inclusive por alguns estudiosos como mutilação genital feminina, dentre outras formas.

¹ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2017.

Na maternidade, as gestantes experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, como a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer e serem maltratadas impunemente nas maternidades públicas³.

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

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

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

As consequências físicas e psicológicas são evidentes para as mães e seus filhos muito embora, as consequências sociais sejam muito prejudiciais pois, a mulher perde sua força e autonomia, bem como, o nascimento do ser humano se padroniza como violento em razão do alto nível de incidência da violência obstétrica.

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

No segundo capítulo serão abordados os Direitos Humanos da Mulher na condição peculiar de paciente uma vez que o parto, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) ocorre

³ O direito à vida, direito de não ser submetido a tortura e tratamento cruel ou degradante, direito ao respeito pela vida privada, direito a informação, direito a não ser discriminado e direito a saúde serão discutidos mais adiante.

em 97,85 % em hospitais⁴, estabelecendo-se como modelo predominante de nascer.

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

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

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

Os Direitos Humanos dos Pacientes são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos⁶, na medida em que estão previstos em documentos internacionais e adotados no âmbito de organismos também internacionais, possuindo como princípio matriz a dignidade da pessoa humana.

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

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

⁴DATASUS. *Proporção de partos hospitalares*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f07.def>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

⁶ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A partir do século XVIII o parto, que outrora era um evento adstrito às mulheres auxiliadas por parteiras, passou a ser realizado por médicos na Inglaterra. A concepção tecnicista alterou o modelo de assistência ao parto. Mulheres e filhos foram separados, e a mulher passou a se adequar a parir em função da conveniência médica. Dessa forma, tal incursão histórica desencadeou outros vários procedimentos para corrigir o corpo da mulher tratado como incapaz de parir autonomamente⁷.

O parto então, modifica-se gradativamente até se tornar medicalizado e hospitalizado, e deixar de ser uma experiência unicamente feminina. De acordo com dados do DATASUS⁸, atualmente, 97,85% dos partos no Brasil são hospitalares. Nesse novo contexto, a mulher pode ser analisada sob o enfoque do paciente, uma vez que o parto é realizado em hospitais.

Os hospitais se tornaram palanque da obstetrícia moderna, onde a tecnologia é aplicada não só para salvar a vida das parturientes que dela necessitam, mas para otimizar o tempo do trabalho de parto e, em tese, minimizar potenciais riscos a integridade física da paciente. Na atualidade, o parto hospitalizado é uma indústria de produção, “onde há uma rotina a se seguir, prazos a serem cumpridos, e se a mulher não concluir o trabalho de parto no tempo previsto, serão realizadas intervenções para que ela dê à luz no prazo determinado”⁹.

⁷ SENTIDOS DO NASCER. *A História do Nascimento*. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/nascimento/A-historia-do-nascimento.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2017.

⁸ DATASUS. *Proporção de partos hospitalares*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f07.def>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

⁹ SÁNCHEZ, Silvia Bellón. *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Dilemata. abr. 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

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

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

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

No Brasil, os índices de morbidade materna e neonatal são elevados. Suas causas mais frequentes são consideradas evitáveis em 92% dos casos¹⁰, ou seja, os profissionais encarregados poderiam abster-se em realizá-los uma vez que as causas não são relacionadas a fatores acidentais.

Segundo o DATASUS¹¹, o conceito de morte materna se define no óbito da parturiente, na gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

A pesquisa realizada no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, indica que em 2016, 64.000 mulheres faleceram no Brasil em decorrência de causas relacionadas ou agravadas pela gravidez¹². Os dados

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do Comitês de Mortalidade Materna*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2016.

¹¹ DATASUS. Definições. [Morte materna]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

¹² SIM. *Sistema de informações sobre mortalidade: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

são referentes a notificação de óbitos maternos declarados totais (com causas diretas, indiretas e não especificadas) em todo o Brasil no ano de 2016.

Em 2000, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu formalmente uma série de objetivos com prazos a serem realizados, conhecidos como Objetivos do Milênio (ODM), dentre os quais a melhora da saúde das gestantes foi incluída¹³.

Embora o país tenha conseguido reduzir a taxa de mortalidade materna, ainda registra, em média, 62 mortes para cada 100 mil nascidos vivos não atingindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS, que é de 35 mortes para cada 100 mil nascidos vivos¹⁴.

O dossiê “*Violência Obstétrica Parirás com Dor*”¹⁵, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, instaurada pelo Senado Federal, afirma que, apesar da assistência hospitalar ao parto ser quase universal no país, tendo em vista que a parturiente frequenta mais de cinco consultas de pré-natal, não é evidenciada melhora nas condições de saúde da mulher, mantendo-se a elevação da taxa de mortalidade materna mencionada.

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

No que tange à conduta profissional, verifica-se que alguns profissionais da área da saúde utilizam condutas violentas que se institucionalizam, quando efetuadas habitualmente, e são utilizadas como parte de procedimento médico-hospitalar. Alguns desses procedimentos podem ser enquadrados como

¹³ ODM BRASIL. *O Brasil e os OMS*. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

¹⁴ ONU MULHERES BRASIL. *Caminhos de Reportagem sobre morte materna*. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/com-o-apoio-da-onu-tv-brasil-exibe-hoje-2010-caminhos-de-reportagem-sobre-morte-materna/>>. Acesso em 05 abr. 2017.

¹⁵ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> cesso em: 22 jan. /2017.

aqueles que não são recomendados pela OMS, como o uso da cesariana sem necessidade terapêutica, o que acaba por submeter as parturientes a uma cirurgia de grande porte, somadas aos riscos de qualquer intervenção cirúrgica. Desta forma, a cesárea compõe o grupo de fatores de riscos evitáveis que contribuem para a taxa de mortalidade materna e neonatal. O Brasil é um dos países com maior taxa de realização de cesárea, perfazendo o total de 55% segundo o Ministério da Saúde¹⁶, em descumprimento com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece que até 15%¹⁷ dos nascimentos podem ser operatórios. Desta forma a cesariana pode aumentar os riscos à saúde da mulher, como visto a seguir:

Ocorre que a cesariana sem indicação médica, realizada por mera comodidade, **“ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, aumentando em até 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicando o risco de morte da mulher”**. Esses riscos não se justificam com uma lógica adequada, e só se explicam como uma forma de real violência. Além dos riscos a morte materna, a epidemia de cesáreas eletivas no país tem relação direta com “o aumento de bebês prematuros internados nas UTI’s Neonatais, bem como o número de óbitos”¹⁸.

Outro fator que contribui para a elevação da taxa de mortalidade materna no país é o aborto. O procedimento, que, comumente, é realizado em locais precários devido à sua criminalização, já expõe a mulher ao risco de morte. Estima-se que a cada ano são feitos 22 milhões de abortamentos em condições inseguras, acarretando a morte de cerca de 47.000 mulheres e disfunções físicas e mentais em outras 5 milhões de mulheres¹⁹. O documento *“Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de*

¹⁶ PORTAL DA SAÚDE. *Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/27787-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

¹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

¹⁸ OLIVEIRA, Amanda Lima de. *Violência obstétrica: uma análise de suas dimensões nas normativas Brasileiras*. 2016. 69 f. Trabalho Conclusão de Curso de Graduação (Graduação) Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15883/1/2016_AmandaLimadeOliveira_tcc.pdf. Acesso em: 23 ago. 2016 (grifos nosso).

¹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

Saúde²⁰ afirma que tais mortes poderiam ser evitadas com a implementação de políticas públicas, como visto a seguir:

Na prática, cada uma destas mortes e disfunções físicas e mentais poderia ter sido evitada através da educação sexual, do planejamento familiar e do acesso ao abortamento induzido de forma legal e segura, juntamente com uma atenção às complicações decorrentes do abortamento.

Quanto ao conceito de violência obstétrica, no Brasil, não há legislação vigente que a preconize, existindo tão somente o Projeto de Lei nº 7633/14, que dispõe sobre a humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal.

O termo violência obstétrica, surgiu na América Latina em 2000, com o surgimento dos movimentos sociais em defesa do nascimento humanizado. “O termo, muitas vezes generalizado, é usado para descrever desde a assistência ao parto excessivamente medicalizado, até a violência física contra a parturiente”²¹.

No plano global, podem ser destacadas algumas legislações importantes sobre o tema da violência obstétrica, tal como a legislação argentina, Lei 26.485/2009, Artigo 6º²², que define violência obstétrica como aquela que é exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais, como visto a seguir:

ARTIGO 6 - Modalidades. Para os propósitos desta lei, as modalidades são entendidas como as formas pelas quais diferentes

²⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

²¹ PICKLES, Camilla. *Eliminating abusive 'care': a criminal law response to obstetric violence in South Africa*. Disponível em: <http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1991-38772015000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2017.

²² ARGENTINA. *Ley de protección integral a las mujeres, Ley 26.485, Argentina, 11 de Março de 2009*. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

tipos de violência contra as mulheres se manifestam em diferentes áreas, com o seguinte em particular:

(...)

e) **Violência obstétrica**: exercida por profissionais de saúde que se apropriam do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, que se expressa em tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, de acordo com a Lei 25.929.

Nota-se que o legislador argentino alocou a definição de violência obstétrica como modalidade de violência contra mulher juntamente com a violência doméstica, violência institucional, violência contra mulher no trabalho, violência reprodutiva e midiática e, portanto, também a considerou como decorrência de características específicas advindas do gênero.

No mesmo sentido, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência²³, vigente na Venezuela, assim dispõe:

Formas de violencia

Artigo 15.

São consideradas formas de violência de gênero contra a mulher:

[...]

13. Violência obstétrica: a violência obstétrica é entendida como a apropriação do corpo e os processos reprodutivos das mulheres pelo profissional de saúde, que é expresso em um tratamento desumano, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, levando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, afetando negativamente a qualidade de vida das mulheres.

Desta forma, pode-se concluir que a violência obstétrica consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde que se exterioriza por meio do tratamento violento, que acarretam na perda de autonomia da parturiente e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade de forma negativa. Assim, a violência obstétrica submete a mulher à desnecessária dor excessiva no parto, a procedimentos não recomendáveis e a situações de humilhação que prejudicam sua autodeterminação.

O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres “Parirás com Dor”, elenca uma classificação das

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

modalidades de violência obstétrica no Brasil, com o escopo de abarcar o máximo de situações que possam ocorrer, como por exemplo o caráter físico da violência obstétrica que são ações que incidem sobre o corpo da mulher e que lhe causem dor ou dano físico aplicadas sem recomendação baseada em evidências científicas como a privação de alimentos, interdição de seus movimentos, manobra de Kristeller e não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Outras classificações também foram citadas, como a violência de caráter psicológico, que são ações que causem sentimento de inferioridade, abandono, medo e acuação como ameaças, chantagens e humilhações; de caráter sexual (ações impostas a mulher que violem sua intimidade e pudor, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais como por exemplo assédio, exame de toque invasivo e a episiotomia); de caráter institucional (estrutura organizacional que dificulte, retarde ou impeça o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, de natureza pública ou privada como por exemplo impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde); de caráter material (obtenção de recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei) e caráter midiático (são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação que fazem apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, como por exemplo a ridicularização do parto normal, propaganda de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno e incentivo precoce ao desmame.

A seguir, serão analisados outros métodos invasivos e violentos que são utilizados de maneira inadequada ou não são recomendados pela comunidade médica internacional, baseado no documento ²⁴“Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento” elaborado pela OMS. Este documento elenca quatro categorias de práticas, dentre as quais pode-se concluir que algumas contribuem para a ocorrência da violência obstétrica. As referidas práticas são divididas da seguinte forma:

²⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento*. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/47/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

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

2) Prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

Como o uso rotineiro de tricotomia; exame retal; administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto e lavagem uterina rotineira após o parto.

3) Sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara:

Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto; manipulação ativa do feto no momento do parto; uso rotineiro de ocitocina de rotina e tração controlada do cordão ou sua combinação.

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

Além dessas práticas, a violência obstétrica também pode ser caracterizada por abusos verbais, restrição da presença de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, entre outros²⁵.

A OMS afirma que os relatos acerca da violência obstétrica envolvem “procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a

²⁵ CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Violência Obstétrica é Violação dos Direitos Humanos, diz OMS*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>>. Acesso em: 22 out. 2016.

esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos”²⁶ bem como a recusa em administrar analgésicos, “cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento”²⁷.

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

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

Desta forma, o médico possui poder de persuasão quando detém os conhecimentos de procedimentalização do parto que podem ser utilizados a favor dos interesses médicos ou ser utilizado com violência, como visto a seguir:

[...] pois o poder exercido pelo médico encontra fundamento na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade, sendo legitimado pelo Estado moderno, uma vez que a saúde é um valor inestimável para a sociedade e foi, historicamente monopolizado pela medicina²⁸.

²⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 06 set. 2017.

²⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 06 set.2017.

²⁸ AGUIAR, Janaína Marques De; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 16 nov.2016 (Grifo nosso).

A violência obstétrica é complexa pois se estabelece em três tipos de relações, quais sejam, a violência no âmbito individual, institucional e estrutural²⁹.

A violência individual ocorre na relação médico-paciente, que por sua vez tem apoio institucional pois, toda a organização de atendimento à gestante atua de forma violenta quando padroniza procedimentos invasivos e desnecessários. A violência institucional só ocorre quando há uma estrutura adequada para sua reprodução. Assim, a violência estrutural fomenta a reprodução de práticas violentas e desnecessárias no parto, obtendo da sociedade, a devida anuência para sua perpetuação. Desta forma, a estrutura social reprisa uma necessidade do modelo obstétrico atual, convencida por uma produção de verdade tecnocientífica médica hierarquizada.

Desta forma:

[...] a violência **individual** sempre ocorre fundamentada: em uma violência **institucionalizada** do conhecimento tecnocientífico, onde a relação entre o profissional de saúde e a paciente é hierarquizada; e, em uma violência **estrutural**, onde há exercício do poder por meio das relações hierárquicas de gênero³⁰.

A seguir, serão abordadas algumas práticas compreendidas no conceito de violência obstétrica, com o objetivo de ilustrar a sua ocorrência concreta.

A episiotomia ou “pique” é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Pode provocar vários problemas que variam no que se refere à gravidade de 1° ao 4° grau. A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma,

²⁹ OLIVEIRA, Amanda Lima de. *Violência obstétrica: uma análise de suas dimensões nas normativas Brasileiras*. 2016. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15883/1/2016_AmandaLimadeOliveira_tcc.pdf. Acesso em: 23 ago. 2016.

³⁰ OLIVEIRA, Amanda Lima de. *Violência obstétrica: uma análise de suas dimensões nas normativas Brasileiras*. 2016. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15883/1/2016_AmandaLimadeOliveira_tcc.pdf. Acesso em: 23 ago. 2016.

maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal)³¹. No Brasil, a episiotomia é, usualmente, realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade, seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos³². De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizado pelo Ministério da Saúde, estima-se que a episiotomia é realizada em 94% dos partos normais no Brasil³³. Por tais motivos, a episiotomia de rotina tem sido considerada por vários autores como uma forma de mutilação genital feminina.³⁴

Outra prática diz respeito à sujeição da parturiente a procedimentos desnecessários, dolorosos, e que estabeleçam maiores riscos e complicações, com o escopo de fornecer aprendizado aos estudantes na área da saúde como o uso do toque vaginal, que desrespeita à integridade física das pacientes, bem como seu direito à privacidade. Tal prática é considerada, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional³⁵.

A Manobra de Kristeller consiste na compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero. Este recurso foi abandonado como procedimento adequado em razão das graves consequências que lhe são inerentes como trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta, traumas fetais, dentre outros. O “Manual da Organização Mundial de Saúde Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático” considera que, de modo geral, a “pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto” é uma prática

³¹ SENTIDOS DO NASCER. *Episiotomia "é só um cortezinho": violência obstétrica é violência contra a mulher*. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

³² SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017. (Grifo nosso).

³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 15 out. 2016.

³⁴ CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Pesquisa Mostra que 54% das Mulheres sofrem episiotomia*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/11/pesquisa-mostra-que-54-das-mulheres-sofrem-episiotomia/>>. Acesso em: 15 out. 2016.

³⁵ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

assistencial que “deve ser utilizada com cautela”³⁶ Apesar disso a manobra é frequentemente realizada, ou seja, uma pessoa se coloca em cima do ventre da gestante ou o espreme com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho³⁷. Segundo o Ministério da Saúde, a Manobra de Kristeller ou similar é definida como “pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo”, como claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada³⁸ por ser danosa, dolorida e ineficaz.

Outra forma de violência obstétrica, consiste no impedimento de acompanhante. De acordo com a Lei nº 11.108/2005, com a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as Resoluções Normativas nº 211 e 262 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a parturiente faz jus durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a um acompanhante, segundo sua própria escolha. A legislação é aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Saúde Suplementar. A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tem sido recomendada OMS, desde 1985, a partir da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto³⁹. No entanto, a negativa da Lei se tornou prática institucionalizada nos hospitais, consistindo na proibição da entrada do acompanhante ou nas limitações da sua estadia⁴⁰. O levantamento realizado pela ouvidoria da Rede Cegonha, em 2012, mostrou que os hospitais do SUS

³⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2000. [Tradução realizada com apoio da OPAS e JICA, do original em inglês publicado em 1996, OMS/SRF/MSM/ 96.24].: Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

³⁷ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

³⁸ CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Parecer COREN-SP*. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_036.pdf>. Acesso em: 24 set. 2016.

³⁹ BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; EBELE, Romana Raquel. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 152-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0152.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

⁴⁰ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

não estão cumprindo a Lei, uma vez que das 83.574 mil mulheres entrevistadas, 65,2% relataram que não tiveram direito ao acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁴¹. Desta forma, há interferência injustificada na vida privada, planejamento familiar e no amparo psicológico da parturiente quando não cumprido a disposição legislativa em comento.

Em relação à violência institucional, esta ocorre quando práticas culturais estereotipadas, desvalorizam a mulher com base em discriminação de gênero. Desta forma, “a relação profissional-paciente é, por construção social e histórica, opressora e violenta e atualmente não encontra ferramentas sociais disponíveis para sua reversão”⁴². Assim, a violência obstétrica como violência institucional se dá pela “manutenção do constructo que perpetua o abuso das ações cometidas pelo profissional de saúde, não o considerando um responsável civil pelos seus atos”⁴³. Desta forma, a institucionalização da violência obstétrica “normaliza” a conduta ilegal e ajuda a reproduzi-la facilmente de modo a concebê-la inconsciente e rotineiramente sem questionamento de sua eventual necessidade. Desta forma, disposta na estrutura hospitalar de modo usual, a dificuldade, principalmente da vítima em identificá-la e apreciar seu caráter violento e ameaçador, se torna mais difícil como já mencionado.

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

⁴¹BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; EBELE, Romana Raquel. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 152-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0152.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

⁴² AGUIAR, J. M., D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (doutorado) Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

⁴³ AGUIAR, J. M., D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (doutorado) Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

2. DIREITOS HUMANOS DA MULHER PACIENTE E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

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

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

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

Outrossim, a violência obstétrica atinge tal plenitude que afeta negativamente não só a mulher como também o nascituro e seus familiares.

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

Do ponto de vista dos Direitos Humanos dos Pacientes, a violência obstétrica infringe diversos direitos humanos, como: o direito à vida, direito de não ser submetido a tortura e tratamento cruel ou degradante, direito ao

respeito pela vida privada, direito à informação, direito a não ser discriminado e direito à saúde, que serão discutidos mais adiante. Assim, deve-se considerar a violência obstétrica como prática que detém elevada propensão à violação dos direitos humanos da mulher.

Os Direitos Humanos dos Pacientes são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos⁴⁴, que abarcam o conjunto de convenções, pactos, declarações internacionais em matéria de direitos humanos e a jurisprudência internacional, construída pelos órgãos de monitoramento dos direitos humanos da ONU, o Sistema Europeu de Proteção dos Direitos Humanos, o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e o Sistema Africano de Proteção dos Direitos Humanos. Dessa forma, nota-se que os Direitos Humanos dos Pacientes, enquanto ramo de uma disciplina específica, o Direito Internacional dos Direitos Humanos, é essencialmente internacional, na medida em que os direitos humanos dos pacientes são aqueles previstos em documentos internacionais adotados no âmbito de organismos internacionais. Nessa direção, os Direitos Humanos dos Pacientes compartilham com o Direito Internacional dos Direitos Humanos o princípio da dignidade humana, consensualmente reconhecido como seu princípio-matriz.

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

“Paciente, é a pessoa que se encontra em contato com serviços de cuidado em saúde, podendo estar doente ou sã, em busca de atenção à sua condição de saúde”⁴⁵. Desta forma, o direito do paciente se dá no âmbito da relação médico-paciente, revelando uma condição particularizada de cada paciente.

“Usuário, é aquele que utiliza algum serviço caracterizado por uma relação impessoal com a atividade oferecida, qual seja, o serviço de saúde”⁴⁷. Assim, os direitos relacionados aos usuários se estabelecem quanto ao

⁴⁴ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

⁴⁵ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

⁴⁷ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

conjunto de direito daqueles que fazem uso de determinado serviço e dispõe acerca dos procedimentos e meios de acesso ao referido serviço de saúde.

“Consumidor é aquele cuja relação se perfaz com o conjunto de pressupostos para a constituição consumerista estabelecida no Código de Defesa do Consumidor”⁴⁹, ou seja, deve ter sido adquirido produto ou serviço sendo o consumidor o destinatário final. No que se refere aos cuidados com a saúde, o serviço deve ser oferecido no mercado de consumo mediante remuneração.

2.1 DIREITOS HUMANOS DE PACIENTES MULHERES

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

O paciente carrega dupla condição no processo terapêutico: sua vulnerabilidade e sua centralidade, “na medida em que o paciente é quem compartilha com os profissionais da saúde as deliberações no curso do processo terapêutico”⁵⁰.

A vulnerabilidade, consiste na imposição de limitações dos modos de vida do paciente, fazendo com que este estabeleça uma nova relação com o meio, mais limitada. Desta forma, resta evidente a mudança significativa da relação com o meio em que a gestante se encontra, uma vez que, sofre alterações⁵¹ anatômicas, fisiológicas e bioquímicas⁵². Assim, devem ser considerados os elementos constitutivos da fragilidade da gestante que

⁴⁹ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

⁵⁰ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

⁵¹ VARELLA, Drauzio. *Entrevista gravidez*. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/gravidez/>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

⁵² UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. *Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação*. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4380>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

atingem todas as esferas da sua vida como, por exemplo, seu desgaste emocional ou refreamento das atividades rotineiras⁵³.

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

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

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

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

Considerando, que a condição gravídica é subjetiva, a construção do processo terapêutico depende da relação da paciente com o profissional de saúde, bem como para o desenvolvimento de um planejamento para o parto de

⁵³ CANGUILHEM, 2014, apud ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

modo que o referido processo se ajuste da melhor forma aos papéis de ambos os atores.

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

Em seguida, esta monografia tem como objeto os direitos humanos da paciente, dispostos em Legislação Internacional, no contexto do cuidado no pré-parto, parto e pós-parto e sua correlação com a violência obstétrica, analisados a seguir.

2.2.1. -DIREITO À VIDA

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

As obrigações estatais para a proteção e fornecimento de condições de promoção de vida, que possa ser usufruída na mais alta plenitude, são divididas basicamente em três: “o dever de abstenção em suprir a vida de qualquer ser humano; o dever de investigar e punir mediante os instrumentos jurídicos internos a causa de óbito; e o dever de adotar medidas que previnam a morte evitável”⁵⁵.

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

⁵⁵ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

Como analisado no capítulo anterior, a mortalidade materna e neonatal, no Brasil, ocorre por fatores evitáveis⁵⁶ relacionados à violência obstétrica no que tange à prestação do serviço saúde.

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

2.2.1.1. Negativa de assistência emergencial à gestante

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

Note-se, que a assistência emergencial demanda o acesso e eficácia de um serviço público de saúde que estabelece a relação, da parturiente como usuária de serviço público.

Desta forma, o que se preconiza é o seu acesso aos cuidados de saúde com a qualidade esperada para um efetivo tratamento de saúde.

Evidentemente que os cuidados emergenciais em saúde requerem imediata intervenção, pois sua ausência ou precariedade pode colocar a gestante em de risco de morte.

O que se observa diariamente no Brasil é a violação maciça e diária do direito à vida das gestantes quando ocorre, por exemplo, a negativa de internação de emergência em hospitais, no início do trabalho de parto, dentre outros infortúnios que caracterizam a violência obstétrica. A ausência de serviços obstétricos emergenciais ou a sua negativa levam à mortalidade e à morbidade maternas, o que, por sua vez “constitui uma violação do direito à

⁵⁶MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

vida ou à segurança e, em certas circunstâncias, pode equivaler a tortura ou a tratamento desumano, cruel ou degradante”⁵⁷.

O Brasil ratificou, em 1992, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, por meio do qual se obriga a eliminar leis e políticas que criminalizam, obstruem ou impedem o acesso de determinados grupos a determinados serviços, bens e informações de saúde reprodutiva. Nesse sentido, o Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU⁵⁸ fixou que “práticas baseadas em crenças particulares, assim como a recusa à prestação de serviços fundamentada no arbítrio individual, não podem impedir as mulheres de terem acesso ao cuidado médico”⁵⁹.

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

Alyne era brasileira, afrodescendente, e estava grávida com seis meses, quando faleceu, em virtude da precariedade da assistência médica prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo e na Maternidade de Nova Iguaçu, ambos no Estado do Rio de Janeiro⁶⁰. O Comitê afirma que a morte de Alyne se caracterizou por complicações obstétricas evitáveis, eis que o profissional de saúde que realizou seu primeiro atendimento falhou ao não se certificar do óbito do feto

⁵⁷ ONU MULHERES BRASIL. *Saúde sexual e reprodutiva é inseparável dos outros direitos humanos, destacam especialistas da ONU*. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/saude-sexual-e-reprodutiva-e-inseparavel-dos-outros-direitos-humanos-destacam-especialistas-da-onu/>>. Acesso em: 15 mar.2017.

⁵⁸ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2017.

⁵⁹ ONU MULHERES BRASIL. *Saúde sexual e reprodutiva é inseparável dos outros direitos humanos, destacam especialistas da ONU*. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/saude-sexual-e-reprodutiva-e-inseparavel-dos-outros-direitos-humanos-destacam-especialistas-da-onu/>>. Acesso em: 15 mar.2017.

⁶⁰ REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher, caso Alyne da Silva Pimentel, relatório do governo brasileiro / agosto 2014*. Disponível em: <<file:///C:/Users/Fam%C3%ADlia%20S%20M%20B/Downloads/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

imediatamente, bem como de ter efetuado exames que demandavam urgência. Em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto do feto morto, e da falta de atendimento emergencial, a parturiente veio a óbito. Assim, o Comitê decidiu, que o Estado brasileiro violou o direito ao acesso à saúde e recomendou assegurar o direito da mulher à maternidade saudável e o acesso de todas as mulheres “a serviços adequados de emergência obstétrica, a redução das mortes maternas evitáveis e que seja assegurado que sanções sejam impostas para profissionais de saúde que violem os direitos reprodutivos das mulheres”.⁶¹

Assinala-se outros casos, dentre vários que ocorrem diariamente no país. Nesse caso específico, uma jovem mãe deu à luz no chão, na porta do Hospital Maternidade de Santo Amaro, no interior da Bahia, em abril de 2014. De acordo com a pessoa que a ajudou e filmou o parto, a jovem pedia socorro e batia na porta da maternidade desde às 3h. Afirma que a parturiente teve o pronto atendimento negado⁶².

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

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

⁶¹ CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *O caso Alyne Pimentel e o Direito à Saúde no Brasil*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/03/o-caso-alyne-pimentel-e-o-direito-a-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

⁶² GLOBO. *Jovem dá à luz na calçada, na porta da Maternidade de Santo Amaro, na Bahia*. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/jovem-da-luz-na-calçada-na-porta-da-maternidade-de-santo-amaro-na-bahia-12232415.html>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

2.2.1.2 Do direito à segurança dos pacientes

A violação do direito à segurança do paciente é um campo do saber e de prática definido como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado com a saúde ⁶³, e que deve ser considerado na implementação de políticas públicas com vistas à diminuição das taxas de mortalidade materna no Brasil. Assim, está relacionado ao direito à vida, uma vez que permite ao paciente a não exposição de riscos escusáveis que comprometam sua vitalidade.

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

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

Essas questões sobre segurança do paciente que envolvem procedimentos a serem realizados, se relacionam diretamente à vida da paciente. Como exemplo podemos citar uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) , "Indicadores de qualidade e segurança do paciente na prestação de serviços na saúde", afirma que o erro em procedimentos médico mata mais que câncer no Brasil⁶⁴ . A pesquisa indica que a cada três minutos, cerca de dois brasileiros morrem em um hospital por consequência de um erro que poderia ser evitado em razão de eventos adversos, que vão desde erro de dosagem ou de aplicação de medicamentos,

⁶³ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

⁶⁴ INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *A força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados*. Disponível em: < https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=806&id_tipo=15>. Acesso em: 23 abr. 2017.

até o uso incorreto de equipamentos e infecção hospitalar. A pesquisa estima que, em 2015, essas falhas acarretaram em 434.000 óbitos, o equivalente a 1.000 mortes por dia.

Desta forma, todas as diligências necessárias para a ocorrência da segurança do paciente devem ser asseguradas de modo a prevenir não só os erros médicos, como a aplicação de medicamento ou procedimento não prescrito, bem como a atuação inadequada do profissional da saúde que se sentirá repellido a praticar atos violentos em frente a fiscalização do acompanhante ou do próprio paciente.

Em frente a pesquisa abordada poderemos lembrar que no Brasil, os índices de morbidade materna e neonatal são elevados e suas causas mais frequentes são consideradas evitáveis em 92% dos casos⁶⁵, ou seja, segundo o DATASUS⁶⁶ as causas não são relacionadas a fatores acidentais, como por exemplo os erros médicos. A pesquisa realizada no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, indica que em 2016, 64.000 mulheres faleceram no Brasil em decorrência de causas relacionadas ou agravadas pela gravidez⁶⁷, como dito, não relacionadas a causas acidentais ou incidentais.

Desta forma, podemos observar que a morte evitável por atos ocorridos pelos profissionais da saúde é notória, tendo em vista que em média 1.000 pessoas por dia vem a óbito no Brasil e, em se tratando de mulheres em estado puerperal, esse número é de 175 por dia, ou seja, ao adentrarem ao sistema hospitalar, a segurança dos pacientes já é comprometida.

Portanto, a segurança dos paciente deve ser respeitada de modo que o paciente possa estar ciente e atento aos atos médicos realizados para sentir-se seguro, seja por meio de informações esclarecedoras, seja por meio de acompanhamento familiar para haja uma redução ao mínimo aceitável do risco

⁶⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do Comitês de Mortalidade Materna*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2016.

⁶⁶DATASUS. Definições. [Morte materna]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

⁶⁷SIM. *Sistema de informações sobre mortalidade: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

de dano desnecessário associado ao cuidado com a saúde, fato este que não vem ocorrendo no país uma vez que a estrutura do serviço de saúde não considera o paciente como sujeito ativo de direitos e ainda utiliza métodos e técnicas ultrapassados sem evidencia científica que abala os critérios de segurança e eficácia que deveriam proporcionar.

A seguir, depoimentos de mulheres que sofreram violência obstétrica no que tange ao desrespeito do direito à segurança da paciente, extraídos do documento: *Violência Obstétrica “Parirás com dor”*⁶⁸:

“Quando o médico chegou, **pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar**, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse ‘**Então eu vou embora e você faz o parto**’.” C.M., atendida na rede pública, Barbacena (MG).

“Quando cheguei na maternidade, um plantonista veio fazer o exame de toque, depois chamou outro para fazer outro toque e chegaram à conclusão que eu estava com 4 cm de dilatação. **Fui levada para o centro cirúrgico sem me informarem nada. Quando questionei** o porquê eu estava naquela sala, o médico falou que minha estatura era baixa e provavelmente o bebê não passaria na minha pelve. **Questionei a conduta dele** e pedi para que ele me deixasse tentar o parto normal. **Ele ficou visivelmente irritado e disse que lavava as mãos caso ruim acontecesse. Ele não quis mais me atender** e me passou para outro plantonista. Depois de passar o tempo todo deitada na maca, pois não me permitiram me movimentar para ajudar no trabalho de parto, **sem poder beber ou comer, com ocitocina no soro, sem acompanhante, fui para mesa de parto, amarraram minhas pernas, uma enfermeira subiu em cima da minha barriga e minha filha nasceu. Só depois de 7 horas após o parto levaram a minha filha para eu conhecer.**” R.R.S.V. atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG.

2.2.2- DIREITO A NÃO SER SUBMETIDO À TORTURA E TRATAMENTO CRUEL OU DEGRADANTE

O direito a não ser submetido à tortura nem à penas ou tratamento cruel ou degradante é um direito absoluto, pois, os “Estados não poderão invocar-se de circunstâncias excepcionais, tais como ameaça ou estado de

⁶⁸ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> cesso em: 22 jan. 2017. (Grifo nosso).

guerra, instabilidade política interna ou qualquer outra emergência pública, como justificativa para a prática de tortura”⁶⁹.

Em seu documento, a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes estabelece, no artigo 2, a definição de tortura, *in verbis*:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por **tortura** todo ato pelo qual **são infligidos intencionalmente** a uma pessoa penas ou sofrimentos **físicos ou mentais**, com fins de investigação criminal, como meio de intimidação, **como castigo pessoal**, como medida preventiva, como pena ou **com qualquer outro fim**. Entender-se-á também como tortura a aplicação sobre uma pessoa, de **métodos** tendentes a anular a personalidade da vítima, ou a **diminuir sua capacidade física ou mental, embora não causem dor física ou angústia psíquica**⁷⁰.

Como visto, a tortura é ato pelo qual são infligidos intencionalmente à uma pessoa, penas ou sofrimentos físicos ou mentais como meio de intimidação ou como castigo pessoal, por meio de métodos que anulem a personalidade da vítima ou diminuam sua capacidade física ou mental.

Entender-se-á por tratamento desumano aquele que causar intenso tratamento físico ou psíquico. Por tratamento degradante, entende-se como “aquele que provocar na vítima sentimento de medo, angústia, humilhação ou retirar-lhe a possibilidade de resistir a moral, psíquica ou fisicamente uma situação adversa”⁷¹.

A configuração do tratamento desumano ou degradante, pressupõe a “intervenção médica forçada ou coagida, a negativa de cuidado em saúde ou provisão de cuidado inferior ao padrão sob bases discriminatórias e a provisão de tratamento médico de modo humilhante”⁷².

⁶⁹ BRASIL. *Decreto n° 40, de 15 de fevereiro de 1991*. Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm>. Acesso em: 07 jan. 2017.

⁷⁰ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Convenção interamericana para prevenir e punir a tortura*. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/i.Tortura.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2017. (Grifo nosso).

⁷¹ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

⁷² VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS. *Uniceub*. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Apud EZER, Tamar; COHEN, Jonathan; Quinn, Ryan. *The problem of torture in health care*. In: CENTER FOR HUMAN RIGHTS & HUMANITARIAN LAW. *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*. Disponível em: <http://antitorture.org/wpcontent/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.

O direito em comento impõe aos Estados o dever de proteger os pacientes por meio de medidas eficazes de caráter legislativo, administrativo, judicial ou de outra natureza, a fim de impedir a prática de atos de tortura, o tratamento desumano ou degradante em qualquer território sob sua jurisdição, praticados pelos profissionais de saúde que venham a violar tal preceito.

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

Ainda quanto a incidência do dispositivo mencionado em relação à tortura ou ao tratamento cruel e desumano, pressupõe-se a demonstração de dor ou sofrimento grave⁷³ o que se distingue do tratamento degradante, que exige para sua configuração a severa humilhação do paciente. Outra diferenciação relevante diz respeito à tortura e aos demais tratamentos pois, a primeira condiciona-se à presença da intencionalidade do agente que deseja infligir dor ao paciente, e ao seu propósito indevido; os demais podem ser intencionais ou por negligência e não precisam apresentar propósito específico. Dessa forma, constata-se que nos cuidados em saúde é mais fácil a caracterização do tratamento desumano ou degradante, que por tal motivo será o enfoque a seguir.

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

⁷³ VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

2.2.3-DIREITO AO RESPEITO PELA VIDA PRIVADA

O direito ao respeito pela vida privada é o direito que todas as pessoas possuem de proteção a ingerências arbitrárias ou ilegais em suas vidas privadas, suas famílias bem como a ataques a honra e reputação⁷⁴. Entende-se por ilegais qualquer ingerência que não esteja prevista em lei. As autorizadas devem observar os objetivos e parâmetros legais das normas de direitos humanos. Desta forma, em ambiente hospitalar, qualquer disposição que cerceie a vida privada da paciente deve estar contida lei, constituído por indivíduo competente designado para sua criação e estar em conformidade com os objetivos as quais a lei deseja proteger.

Entende-se que o conceito de vida privada é amplo e abarca “a autonomia pessoal, o desenvolvimento pessoal, aspectos físicos do indivíduo, sua identidade, integridade física, bem como a recusa em cuidados na saúde”⁷⁵. Desta forma, o paciente tem o direito de decidir se deseja ou não se submeter a um procedimento médico, não havendo qualquer dever legal em fazê-lo.

Para a plena conservação da vida privada, a parturiente deve exercer sua autonomia por meio do consentimento informado, que não deve traduzir na simples aquiescência de uma intervenção médica e sim em uma decisão voluntária, e suficientemente informada. Portanto, pode-se afirmar que o direito à autodeterminação da paciente envolve o direito de não realizar exames, testes e outros procedimentos terapêuticos bem como de solicitar opinião médica divergente, dentre outros.

Em relação à participação de estudantes de medicina no procedimento terapêutico, há que se atentar para o fato de que tal ingerência pode ser violadora da privacidade da paciente quando não há o seu consentimento prévio e adequadamente informado. É claro que a participação

⁷⁴ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. *Derecho a la intimidad*: HRC Observación general N° 16. Disponível em: <<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3584.pdf?view=1>>. Acesso em: 23 maio 2017.

⁷⁵ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

do estudante de medicina contribui para um melhor desenvolvimento e aprimoramento de sua própria formação, mas a autonomia feminina e a vida privada da paciente deve ser preservada no sentido de demandar seu consentimento para a aludida intervenção.

À paciente, devem ser prestadas todas as informações para a obtenção de seu consentimento. Sob o enfoque dos direitos humanos o consentimento informado é um aspecto fundamental da privacidade da paciente de maneira que a informação deve ser acessível de acordo com as necessidades para comunicação de cada pessoa, incluindo suas especificidades culturais⁷⁶.

2.2.4-DIREITO À INFORMAÇÃO

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

Implica no direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão⁷⁷.

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

⁷⁶ ALBUQUERQUE, Aline. *Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado*. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017.

⁷⁷ UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

De acordo como dossiê *Violência Obstétrica “Parirás Com Dor”*⁷⁸ as parturientes não são consultadas nas tomadas de decisão em relação aos procedimentos realizados no parto, como visto a seguir:

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

A seguir depoimento de uma parturiente que não foi informada acerca de qualquer procedimento realizado em sua filha:

Ao nascer, minha filha passou por todos os procedimentos de rotina, incluindo aplicação de nitrato de prata, procedimento que só pode fazer algum sentido em nascidos por parto normal, **também sem que eu fosse informada.**⁷⁹

O direito à informação respeita o planejamento familiar, os valores éticos e morais da parturiente, bem como a individualidade e autonomia sob seu corpo.

Outrossim, o direito reprodutivo da mulher respeita tal autonomia, na medida em que garante o pleno controle de seus corpos e incide na livre decisão acerca da quantidade, espaçamento e oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão.

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

⁷⁸ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> cesso em: 22 fev. 2017. (Grifo nosso).

⁷⁹ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> cesso em: 22 fev. 2017. (Grifo nosso).

Desta forma, é dever do profissional de saúde transmitir as informações técnicas em uma linguagem que seja compreensível à paciente de modo a respeitar seu nível educacional, etário e cultural que influenciem na compreensão da informação oferecida⁸⁰ para a realização de um efetivo consentimento informado.

O modelo “analítico de consentimento informado dispõe que todos os serviços de saúde que prestam informação devem ser acessíveis, aceitáveis, disponíveis e de boa qualidade”⁸¹, assim como sensíveis a especificidades culturais e éticas; que os serviços de saúde devem ser prestados por meio do consentimento informado e que a proteção do Estado deve ser efetivada quando se tratar da proteção de pessoas vulneráveis em razão de sua situação social, econômica e política.

Portanto, podemos reconhecer que as desigualdades estruturais podem ter um impacto significativo no que tange ao acesso a informação.

Portanto, as informações sobre questões de saúde devem ser da mais alta qualidade, livremente disponível sobre base não discriminatória e acessível de acordo com as necessidades de comunicação de cada paciente, incluindo todas suas especificidades.

2.2.4.1 Do prontuário médico e do Partograma

Outra importante fonte de acesso à informação é o prontuário médico, documento único constituído por um conjunto de informações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional⁸².

⁸⁰ ALBUQUERQUE, Aline. *Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado*. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017.

⁸¹ ALBUQUERQUE, Aline. *Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado*. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2017.

⁸² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.638, de agosto de 2002*. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002. Disponível em:

No Brasil, o Conselho de Ética Médica dispõe em seu Artigo 88⁸³, que é “ vedado ao médico: negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão”, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

As informações transmitidas pelo agente de saúde ou escritas no prontuário médico, além de serem omissas ou insuficientes, muitas vezes são questionáveis quando por exemplo indicam falsamente a necessidade de cesariana, impossibilitando a escolha do parto normal da parturiente⁸⁴.

A seguir, depoimento de uma parturiente que sofreu violência obstétrica com ausência de informações relevantes em seu prontuário médico:

"A paciente estava deste às 4 horas da manhã em cima da mesa de cirurgia aguardando a cesariana que foi deixada para o plantão seguinte. Quando a doutora do plantão chegou, ela perguntou a indicação da cirurgia e a paciente não soube responder. **Não tinha nada escrito no prontuário dela.**" L., estudante de Medicina, Pró-Matre, Vitória-ES⁸⁵

O Partograma também é um instrumento de acesso à informação que em muitos locais não há a previsão de sua utilização. Se constitui como a “representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de desvios, ajudando ainda a evitar intervenções”⁸⁶ desnecessárias. Apesar do Partograma ajudar a intervir em momento oportuno na redução de sofrimento fetal, o país caminha lentamente na

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 22 maio 2017.

⁸³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_10.asp>. Acesso em: 22 maio 2017.

⁸⁴ PARTO DO PRINCÍPIO. *FAQ Violência Obstétrica Perguntas frequentes*. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/faq-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 22 maio 2017.

⁸⁵ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> cesso em: 22 jan. 2017. (Grifo nosso).

⁸⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <<http://leidoparto.blogspot.com.br/p/resolucao-rdc-n-36-de-3-de-junho-de.html>>. Acesso em: 22 maio 2017.

implementação das recomendações da OMS pelo Ministério da Saúde, no que tange ao estabelecimento ao uso dessa prática⁸⁷.

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

2.2.5-DIREITO A NÃO SER DISCRIMINADO

Discriminação se constitui como qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em motivos de raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnico que tenha como “objetivo ou efeito anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, dos direitos humanos e fundamentais nas áreas político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública”⁸⁸.

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

Insta salientar, que, como já debatido, a violência obstétrica que ocorre em discriminação à condição de mulher.

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

⁸⁷ VASCONCELOS, Karen Leverger. *Partograma*: aplicação de instrumento no processo parturitivo. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <https://ppgenf.fen.ufg.br/up/127/o/Karen_Leverger_Vasconcelos.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

⁸⁸ ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. Observacion General 18. *No discriminación*. Disponível em: <<http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404>>. Acesso em: 25 maio 2017.

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

Segundo o Ministério da Saúde, em 2014, 60% da mortalidade materna ocorre entre mulheres negras, contra 34% da mortalidade entre mães brancas⁸⁹.

Isso indica um elevado índice de mortalidade materna entre as mulheres negras e pardas.

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

O racismo dos profissionais de saúde é um exemplo de discriminação que atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificulta seu acesso ao serviço de saúde e ao tratamento adequado⁹⁰.

A seguir, depoimentos de vítimas que sofreram violência obstétrica pelo fato de serem discriminadas seja pela opção sexual, seja pela cor, ou condição econômica que possuíam⁹¹:

“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!” fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES

“Muitas pacientes são migrantes, tem sotaque do nordeste. Vêm do nordeste ter filhos e depois voltam. São muito ignorantes!” fala atribuída a um médico em (HOTIMSKY, 2007)

⁸⁹PORTAL DA SAÚDE. *Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/596-sas-raiz>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

⁹⁰ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> cesso em: 22 jan. 2017

⁹¹ SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> cesso em: 22 jan. 2017. (Grifo nosso).

“E, ainda por cima, é uma gringa!” Fala atribuída a uma médica referindo-se a uma paciente que falava português com forte sotaque espanhol (HOTIMSKY,2007)

“[...] cabe ressaltar que houve outras circunstâncias, ao longo da pesquisa de campo, em que constatamos que ‘pacientes estrangeiras’ se incluíam entre as categorias sociais que frequentemente recebiam um tratamento hostil ou discriminatório.” (HOTIMSKY, 2007)

Homofobia “Ligaram do Hospital Dório Silva pro Conselho Tutelar para denunciar a parturiente, pois ela se declarou lésbica.” 136 F. funcionária do hospital Dório Silva, na Serra-ES

Especialistas do Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (CESCR) afirmaram que práticas baseadas em ideologias, bem como a recusa à prestação de serviços baseada no arbítrio individual não podem impedir que as pessoas tenham acesso ao cuidado médico. A avaliação chamou atenção para as necessidades específicas de grupos minoritários, como as pessoas com deficiência; gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros que têm atendimento médico negado ⁹².

2.2.6-DIREITO A SAÚDE.

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁹³, estabelece em seu Artigo 12, o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

Afirma, que para que o direito à saúde seja assegurado, devem ser constituídos planos para o combate e diminuição da mortalidade infantil dentre outros.

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

⁹² ONU MULHERES BRASIL. *Saúde sexual e reprodutiva é inseparável dos outros direitos humanos, destacam especialistas da ONU*. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/saude-sexual-e-reprodutiva-e-inseparavel-dos-outros-direitos-humanos-destacam-especialistas-da-onu/>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

⁹³ BRASIL. *Decreto n° 591, de 6 de julho de 1992*. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 20 abr. 2017.

No entanto, observamos que a violência obstétrica possui parcela de responsabilidade, uma vez que ao atingir a parturiente, também pode atingir seus filhos de modo a comprometer sua integridade física ou até mesmo sua vida, como é o caso exposto da criança que nasceu na calçada, em frente ao hospital que negou atendimento à genitora, no momento do parto, e caiu no chão, vindo a óbito⁹⁴.

O direito a saúde compreende não só a disposição de serviços de qualidade como também os meios para seu acesso.

A morbi-mortalidade materna possui elevados índices em decorrência da omissão estatal em relação à saúde da mulher no período de gestação, e as condições de parto precárias e desumanas, incluído não só a infraestrutura e gestão como tratamento ofertado pelos profissionais de saúde.

Desta forma, “o Estado deve assegurar a disponibilidade e acessibilidade de bens e serviços de saúde de qualidade ética e culturalmente aceitáveis”⁹⁵.

3. CASO ADELIR GOÉS

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

Na madrugada do dia 1º de abril de 2014, em Torres- Rio Grande do Sul, Adelir Carmen de Goés, então grávida, foi forçada a realizar seu parto por meio de uma cirurgia cesariana. Adelir foi reconduzida ao hospital por um Oficial de Justiça, escoltada por policiais, em cumprimento de uma ordem judicial coercitiva, oriunda do pedido do Ministério Público (MP). A medida foi

⁹⁴ GLOBO. *Bebê cai no chão logo após nascer e morre em posto de saúde na Bahia*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bahia/noticia/2016/06/mulher-tem-parto-em-pe-bebe-cai-no-chao-e-morre-em-clinica-na-bahia.html>>. Acesso em: 20 jul. /2017.

⁹⁵ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016. P. 37.

pleiteada pela médica responsável pelo atendimento, que decidiu recorrer ao Judiciário para cumprir sua orientação de que o parto fosse realizado por meio da cesárea⁹⁶.

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

Adelir afirma que o ultrassom que demonstrava que o nascituro se encontrava em posição pélvica, afirmada pela médica, não lhe foi apresentado⁹⁸. Desta forma, por constatar que o bebê estava saudável e com os batimentos cardíacos dentro do padrão, fato este verificado por meio de exames realizados pela própria médica, Adelir decidiu aguardar as contrações e retornar para ser internada em um estado mais avançado do trabalho de parto. Após assinar termo de responsabilidade, foi para casa, quando mais tarde foi surpreendida pelos policiais.

Como visto, para fruição do direito à vida é necessária a presença do cumprimento da obrigação estatal de abstenção de interferência, o dever de investigar e punir mediante os instrumentos jurídicos internos a causa do óbito; e o dever de adotar medidas que previnam a morte evitável⁹⁹.

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

⁹⁶ FOLHA DE SÃO PAULO. *Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade*. Acesso em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>. Acesso em: 25 jul. 2017.

⁹⁸ GLOBO. *'Levantei a bandeira', diz obrigada a fazer cesárea sobre parto humanizado*. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/levantei-bandeira-diz-obrigada-fazer-cesarea-sobre-parto-humanizado.html>. Acesso em: 25 jul. 2017.

⁹⁹ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016. P. 37.

Sabe-se que bebês nascidos de cesarianas apresentam riscos maiores de dificuldades respiratórias e são internados em UTI neonatal com mais frequência. Quando não tem indicação clínica, a cesariana aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe de acordo com o Ministério da Saúde¹⁰⁰.

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

Adelir foi submetida a uma cirurgia de alto risco pelo Estado, o qual foi retirada sua autonomia de decisão em realizar o parto normal, sem que se quer lhe fosse conferida a possibilidade para a manifestação da gestante a respeito de sua divergência de indicação médica.

Ademais, não foram ouvidos outros profissionais da saúde para a verificação da real necessidade da cirurgia.

O Direito à Segurança do paciente que preconiza a redução do mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à saúde, também não fora assegurado pelo Estado, pois, como visto, a cesárea sem indicação real expõe a mulher ao risco de morte ou às sequelas. A gestante também não conseguiu obter acompanhamento durante o parto, assegurado pela Lei nº 11.108/2005, que também influi na não efetivação dos cuidados e segurança na saúde do paciente.

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

¹⁰⁰ PORTAL DA SAÚDE. *Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

No que tange ao Direito ao Respeito pela Vida Privada, este se perfaz na proteção à ingerências arbitrárias ou ilegais na vida privada, na família bem como na honra e reputação do indivíduo¹⁰¹. Envolve a autonomia, desenvolvimento pessoal, aspectos físicos, identidade, integridade física e inclusive a recusa em cuidados na saúde¹⁰².

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

Adelir afirmou que se houvessem riscos, ela jamais teria se recusado a fazer a cirurgia indicada pela médica¹⁰³.

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

Os médicos que preconizam a humanização do parto, como os filiados da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento¹⁰⁴, defendem o protagonismo da mulher no momento do parto e a diminuição de intervenções desnecessárias como a cesárea.

O Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento é um movimento que propõe formas menos interventivas para o nascimento. Esse Movimento iniciou-se no Brasil no começo da década de 1980, e critica o

¹⁰¹ ALBUQUERQUE, Aline. *Violência obstétrica e direitos humanos*. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

¹⁰² ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016

¹⁰³ FOLHA DE SÃO PAULO. *Meu parto foi roubado, afirma mãe forçada a fazer cesárea no RS*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435071-meu-parto-foi-roubado-afirma-mae-forcada-a-fazer-cesarea-no-rs.shtm>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

¹⁰⁴ Organização da sociedade civil que atua no Brasil desde 1993 com objetivo de divulgação de assistência perinatal baseado em evidências científicas REHUNA. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

modelo médico hegemônico e o impulso que este deu à assistência hospitalar/medicalizada do parto¹⁰⁵.

O termo 'humanização', apesar de ampla, tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde, como um amplo conjunto de iniciativas que valoriza a qualidade técnica, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente e de sua subjetividade social, cultural dentre outras. O conceito de humanização serve, inclusive, de subsidio para a criação e aplicação de políticas públicas como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que tem por objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido¹⁰⁶.

Desta forma, há divergência de entendimento técnico entre os profissionais de saúde na aplicação ou não de alguns procedimentos no momento do parto, sejam estes adeptos a práticas humanizadas ou não, que também podem influenciar na escolha da gestante de como parir e que também devem ser respeitados como forma de exercício de sua autonomia sem que haja intervenção em sua vida privada.

Aliado ao seu arcabouço de informações e meio de vivência, Adelir de modo autônomo, resolveu aguardar o momento certo para sentir as contrações e obter seu filho por meio do parto normal, adequando-se ao seu entendimento de ausência de maturação fetal para o nascimento, como preconizado pelo parto humanizado. No que tange à alegação de que o parto normal não poderia ocorrer após a realização de cirurgias cesáreas anteriores, tal informação também é divergente entre os profissionais da saúde¹⁰⁷.

¹⁰⁵ SIMAS, Raquel. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *Vivência Revista de Antropologia*. Rio de Janeiro. N° 48. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/viewFile/11504/8095>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

¹⁰⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humanização do parto*. disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

¹⁰⁷ AMORIM, Melania. *Indicações reais e fictícias de cesariana*. Disponível em: <http://partohumanizadob.blogspot.com.br/2012/03/indicacoes-reais-e-ficticias-para.html>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

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

Ademais, o direito à informação, disposto no Artigo 19 da Declaração Universal de Direitos Humanos, que aduz que todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, implica no direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão¹⁰⁸, que no caso de Adelir foi desrespeitado quanto a sua decisão acerca de como seu parto deveria ocorrer.

Quando Adelir tentou entender e verificar a causa da necessidade da cirurgia cesariana indicada, a médica responsável suprimiu a visualização do exame. Como demonstrado anteriormente, muitos procedimentos médicos são realizados de modo a não ser informados ou esclarecidos à paciente. Desta forma, a omissão da informação ou seu não esclarecimento enseja na violência obstétrica e sua conseqüente violação do direito humano à informação.

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

Em relação ao direito a não ser submetida à tortura ou tratamento cruel ou degradante, observamos que tal direito fora violado pelo Estado ao submeter uma mulher em estado puerperal a um deslocamento coercitivo por

108 UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

meio de ameaça, pois, Adelir afirma que na abordagem para o cumprimento do mandado judicial, foi ameaçada, uma vez que, se não cumprisse a liminar, seu marido seria preso.

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

Assim, a configuração do tratamento desumano e degradante ocorreu na medida em que houve lhe foi dispensado tratamento físico e psicológico degradante por meio d do sentimento de medo, angústia e humilhação que lhe foi provocado, impossibilitando a mãe de resistir moral, psíquica e fisicamente a uma situação adversa¹⁰⁹.

A incidência do tratamento desumano ou degradante, pressupõe a intervenção médica forçada ou coagida, a negativa de cuidado em saúde ou provisão de cuidado inferior ao padrão sob bases discriminatórias e a provisão de tratamento médico de modo humilhante¹¹⁰.

Desta forma, aos Estados é incumbido o dever de proteger os pacientes por meio de medidas eficazes de caráter legislativo, administrativo, judicial ou de outra natureza, a fim de impedir a prática de atos de tortura, de tratamento desumano ou degradante em qualquer território sob sua jurisdição, praticados pelos profissionais de saúde que venham a violar tal preceito, fato este que não ocorreu, uma vez praticado pelo próprio poder estatal.

Esta linha de proteção e coerção estatal, no caso da violência obstétrica, pode ser tênue pois as consequências de uma decisão judicial podem, em razão da coercitividade, além de violar direitos básicos como a

¹⁰⁹ ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

¹¹⁰ EZER, Tamar; COHEN, Jonathan; Quinn, Ryan. *The problem of torture in health care*. In: CENTER FOR HUMAN RIGHTS & HUMANITARIAN LAW. *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*. Apud ALBUQUERQUE, Aline. *Violência obstétrica e direitos humanos*. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Disponível em: <http://antitorture.org/wpcontent/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2016.

autonomia das pacientes, incorrer em sofrimento físico e psicológico ocasionados pela tortura e tratamento cruel e degradante como no caso de Adelir, ao ser retirada de seu lar, sob ameaça, para realizar uma cirurgia reconhecidamente invasiva e que não era compatível com suas crenças e expectativas em relação ao seu corpo, sua sexualidade e seu filho.

Como se não bastasse, Adelir afirma ainda que a médica a agrediu verbalmente chamando-a de irresponsável¹¹¹.

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

Tais atos, são consequência da violência de gênero que concretizam fatos misóginos, aceitos e replicados pela sociedade que afirma a igualdade, “ a liberdade e autonomia ao mesmo tempo em que produz um constrangimento sistemático para a docilidade dos corpos, ou seja, para a continuidade dos padrões e regras impostos”¹¹².

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

A situação é ainda mais grave quando as violações ocorridas são protagonizadas pelo Estado e ratificadas pelo direito e pelo sistema e justiça, como no caso de Adelir. Assim, há padrões sociais e legais que desrespeitam a condição da paciente e suas condições peculiares gravídicas, propiciando a ocorrência da violência obstétrica.

¹¹¹ FOLHA DE SÃO PAULO. *Meu parto foi roubado, afirma mãe forçada a fazer cesárea no RS*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435071-meu-parto-foi-roubado-afirma-mae-forcada-a-fazer-cesarea-no-rs.shtml>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

¹¹² STEVENS, Cristina M. T. e SWAIN, Tania Navarro. *A construção dos corpos: Perspectivas feministas*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2008.

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

CONCLUSÃO

O parto é um momento muito complexo que envolve processos, biológicos, psicológicos e emocionais, dos quais podem participar diversos atores de modo direto ou não, como os genitores, a família e os profissionais. Evidente que a parturiente e o nascituro se relacionam de forma intensa e

direta com a parturição e dependem do harmônico desenvolvimento do parto para alcançarem a saúde em seu mais elevado nível.

Sendo assim, a violência obstétrica que consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde se exterioriza por meio do tratamento violento, do abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que acarretam na perda de autonomia da parturiente e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade de forma negativa. A ocorrência da violência obstétrica se dá de modo variado e complexo por meio da violência institucional, física, psicológica, dentre outros, bem como sua forma abordada sua difícil detecção por meio das vítimas que não possuem conhecimento técnico-científico a ponto de contradizer falácias utilizadas pelos profissionais da saúde para coagirem a fazer algo diverso do pretendido pela parturiente.

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

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

saúde. Assim, as peculiaridades que envolvem a parturiente no que tange ao gênero, condição social e cultural serão considerados ao se respeitarem os direitos das pacientes de não serem discriminados.

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

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

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M., D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. Tese (doutorado) Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 16 nov.2017.

ALBUQUERQUE, Aline. *Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado*. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017.

ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos Paciente*. Curitiba: Juruá, 2016.

ALBUQUERQUE, Aline. *Violência obstétrica e direitos humanos*. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. *Derecho a la intimidad: HRC Observación general N° 16*. Disponível em: <<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3584.pdf?view=1>>. Acesso em: 23 maio 2017.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. *Observacion General 18. No discriminación*. Disponível em: <<http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404>>. Acesso em: 25 maio 2017.

AMORIM, Melania. Indicações reais e fictícias de cesariana. Disponível em: ARGENTINA. *Ley de proteccion integral a las mujeres, Ley 26.485*, Argentina, 11 de Março de 2009. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BRASIL. *Decreto n° 40, de 15 de fevereiro de 1991*. Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm>. Acesso em: 07 jan. 2017.

BRASIL. *Decreto n° 591, de 6 de julho de 1992*. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; EBELE, Romana Raquel. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 152-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0152.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Violência Obstétrica é Violação dos Direitos Humanos, diz OMS*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>>. Acesso em: 22 out. 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *O caso Alyne Pimentel e o Direito à Saúde no Brasil*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/03/o-caso-alyne-pimentel-e-o-direito-a-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Pesquisa Mostra que 54% das Mulheres sofrem episiotomia*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/11/pesquisa-mostra-que-54-das-mulheres-sofrem-episiotomia/>>. Acesso em: 15 out. 2016.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Convenção interamericana para prevenir e punir a tortura*. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/i.Tortura.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.638, de agosto de 2002*. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 22 maio 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_10.asp>. Acesso em: 22 maio 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Parecer COREN-SP*. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_036.pdf>. Acesso em: 24 set. 2016.

DATASUS. Definições. [*Morte materna*]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

DATASUS. *Proporção de partos hospitalares*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f07.def>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade*. Acesso em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Meu parto foi roubado, afirma mãe forçada a fazer cesárea no RS*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435071-meu-parto-foi-roubado-afirma-mae-forcada-a-fazer-cesarea-no-rs.shtm>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

GLOBO. *Bebê cai no chão logo após nascer e morre em posto de saúde na Bahia*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bahia/noticia/2016/06/mulher-tem-parto-em-pe-bebe-cai-no-chao-e-morre-em-clinica-na-bahia.html>>. Acesso em: 20 jul. /2017.

GLOBO. *Jovem dá à luz na calçada, na porta da Maternidade de Santo Amaro, na Bahia*. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/jovem-da-luz-na-calçada-na-porta-da-maternidade-de-santo-amaro-na-bahia-12232415.html>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

GLOBO. *'Levantei a bandeira', diz obrigada a fazer cesárea sobre parto humanizado*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/levantei-bandeira-diz-obrigada-fazer-cesarea-sobre-parto-humanizado.html>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *A força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados*. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=806&id_tipo=15>. Acesso em: 23 abr. 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humanização do parto*. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do Comitês de Mortalidade Materna*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 15 out. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 15 out. 2017.

ODM BRASIL. *O Brasil e os OMS*. Disponível em:
<<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

OLIVEIRA, Amanda Lima de. *Violência obstétrica: uma análise de suas dimensões nas normativas Brasileiras*. 2016. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em:
<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15883/1/2016_AmandaLimadeOliveira_tcc.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

ONU MULHERES BRASIL. *Caminhos de Reportagem sobre morte materna*. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/com-o-apoio-da-onu-tv-brasil-exibe-hoje-2010-caminhos-de-reportagem-sobre-morte-materna/>>. Acesso em 05 abr. 2017.

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

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento*. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/47/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 06 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde

Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2000. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

PARTO DO PRINCÍPIO. *FAQ Violência Obstétrica Perguntas frequentes*. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/faq-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 22 maio 2017.

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

PORTAL DA SAÚDE. *Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/596-sas-raiz>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. *Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. *Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/27787-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher, caso Alyne da Silva Pimentel, relatório do governo brasileiro / agosto 2014*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/nota-de-reconhecimento-da-onu-brasil-a-reparacao-feita-pelo-governo-brasileiro-ao-caso-alyne-pimentel/>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Dilemata. abr. 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SENADO FEDERAL. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2017.

SENTIDOS DO NASCER. *A história do nascimento*. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do->

nascer/assets/pdf/nascimento/A-historia-do-nascimento.pdf> Acesso em: 25 jun. 2017.

SENTIDOS DO NASCER. *Episiotomia "é só um cortezinho": violência obstétrica é violência contra a mulher*. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE. *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

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

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

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. *Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação*. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4380>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

VARELLA, Drauzio. *Entrevista gravidez*. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/gravidez/>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

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

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

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS. Disponível em:
<<https://www.uniceub.br/media/940669/relatorioviolacao.pdf>>. Acesso em: 23
maio 2017.