



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

ANA CAROLINA SILVEIRA VASCONCELOS SADECK

CESÁREA A PEDIDO: direito à autodeterminação da gestante e violência obstétrica.

**BRASÍLIA
2020**

ANA CAROLINA SILVEIRA VASCONCELOS SADECK

CESÁREA A PEDIDO: direito à autodeterminação da gestante e violência obstétrica.

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientadora: Professora Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira

BRASÍLIA
2020

ANA CAROLINA SILVEIRA VASCONCELOS SADECK

CESÁREA A PEDIDO: direito à autodeterminação da gestante e violência obstétrica.

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientadora: Professora Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira

BRASÍLIA, 3 de junho de 2020

BANCA AVALIADORA

Professora Orientadora

Professor(a) Avaliador(a)

Título do artigo: CESÁREA A PEDIDO: direito à autodeterminação da gestante e violência obstétrica.

Autora: Ana Carolina Silveira Vasconcelos Sadeck

Resumo: Este artigo objetiva analisar a opção pela cesariana fundada no medo de sofrer violência durante o parto normal, enquanto exercício do direito à autodeterminação da gestante. A Lei nº 17.137/2019, do Estado de São Paulo, autorizou a realização da cesariana a pedido na rede pública de saúde, sob as alegações de respeito ao princípio da autonomia da mulher e de combate à violência obstétrica sofrida pelas gestantes quando são obrigadas a esperar pelo parto normal. A partir do referencial teórico dos Direitos Humanos dos Pacientes, realizou-se pesquisa teórica e documental, com o intuito de demonstrar a importância de as gestantes disporem de informações completas e de qualidade para sentirem-se seguras para exercer o protagonismo dos seus partos e para tomarem decisões conscientes, independente da via de parto escolhida. O elevado número de cesarianas realizadas no Brasil não significa um atendimento obstétrico de qualidade, pois, além de contrariar as orientações da OMS, não contribui para a redução da taxa de mortalidade materna. Ademais, os dados mostram que muitas mulheres, rotineiramente, são vítimas de violência obstétrica durante o atendimento pré-natal, trabalho de parto, parto e em situações de abortamento. A solução para esse grave problema é complexa e requer mudanças na gestão dos sistemas de saúde, na formação dos profissionais e na legislação. Concluiu-se que a opção pela cesariana por medo de sofrer violência durante o parto normal não pode ser considerada uma escolha verdadeiramente livre e, portanto, não há respeito ao direito à autodeterminação da gestante.

Palavras-chave: Autodeterminação. Informação. Violência obstétrica. Cesariana. Parto normal.

Sumário: Introdução. 1 - Análise da exposição de motivos da Lei nº 17.137/2019 – PL nº 435/2019. 2 - Dados sobre benefícios e riscos associados a cada via de parto. 3 - A escolha da via de parto: respeito ao direito à autodeterminação da gestante. 4 - Violência obstétrica. 6 - Considerações finais. Referências.

1. Introdução

Em 23/08/2019, foi promulgada, pela Assembleia Legislativa de São Paulo, a Lei nº 17.137, que “*Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal*”. Sua aprovação teve como principais justificativas: o respeito ao princípio da autonomia da gestante; o combate ao sofrimento da gestante e à violência obstétrica decorrentes da imposição da espera pelo parto normal às parturientes atendidas na rede pública de saúde; o respeito ao princípio da não maleficência; e a isonomia entre pacientes das redes pública e privada (SÃO PAULO, 2019).

Movimentos de mulheres, pesquisadores da área de saúde da mulher e entidades médicas manifestaram-se, à época, contra o Projeto de Lei nº 435/2019, tanto pelos argumentos apresentados como justificativas para a sua proposição, por não serem condizentes com as evidências científicas, como pela forma como se deu sua tramitação, em regime de urgência, sem uma ampla discussão sobre o tema, com a participação dos diversos atores interessados.

Este artigo tem como objetivo analisar a opção pela cesariana fundada no medo de sofrer violência durante o parto normal, enquanto exercício do direito à autodeterminação da gestante.

Para tanto, procede-se a uma pesquisa teórica e documental, tomando como base a exposição de motivos da Lei nº 17.137/2019, como apresentada no Projeto de Lei nº 435/2019. Como metodologia, emprega-se a análise argumentativa, que segundo Liakopoulos (2008, p. 219), tem como objetivo “*documentar a maneira como afirmações são estruturadas dentro de um texto discursivo, e avaliar sua solidez.*” Para construir a interação com os argumentos apresentados no Projeto, foi realizada investigação bibliográfica, com base em livros, artigos científicos e periódicos,

Apesar de reconhecer a relevância de outros aspectos relacionados à Lei sob análise, como as especificidades e as diferenças entre os sistemas público e privado de saúde e os impactos financeiros na rede pública decorrentes da possibilidade de escolha pela cesárea, diante da necessidade de delimitação do tema, eles não serão discutidos no presente trabalho.

Tomando como referencial teórico os Direitos Humanos dos Pacientes, o presente artigo pretende contribuir para a discussão sobre o direito à autodeterminação da gestante e sobre a violência obstétrica, diante da importância de uma maior conscientização sobre o modelo de assistência obstétrica vigente e da urgente necessidade de mudanças. No que tange ao respeito à autonomia pessoal, visa, ainda, demonstrar a importância da informação para a tomada de decisão. Em relação à violência obstétrica, busca apresentar o conceito e as formas como ela ocorre, avaliar os desafios e as formas de combater o problema.

Os Direitos Humanos dos Pacientes são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos aplicados aos cuidados em saúde. Decorrentes do princípio da dignidade humana, buscam, em contraponto ao modelo paternalista, materializar o modelo de cuidado centrado no paciente. Nessa perspectiva, os direitos dos pacientes à autodeterminação; à privacidade; à informação; à integridade corporal; à não ser submetido à tratamento cruel, desumano ou degradante; à não ser discriminado, entre outros, devem ser respeitados (ALBUQUERQUE, 2016).

A pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, mostra que apesar das altas taxa de cesariana realizadas, no início da gestação, apenas 27% das gestantes preferiam o parto cirúrgico, ressaltando a influência exercida pelos médicos sobre as gestantes como fator importante para a desproporção entre a preferência inicial pelo parto normal e o resultado final de prevalência das cesarianas. Tal fato evidencia a persistência do modelo paternalista na assistência obstétrica. Sobre os motivos que levam as mulheres a decidir pela cesariana, o medo do parto vaginal foi o principal deles, enquanto a informação sobre os tipos de parto não foi considerada relevante para a decisão (DOMINGUES *et alli*, 2014).

Em relação à violência obstétrica, essa é aquela praticada por profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos da mulher, por meio de tratamento degrandante, do abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que reduzem a sua autonomia e a sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade (VENEZUELA, 2007). Ressalta-se que, muitas vezes, a violência obstétrica está relacionada ao desconhecimento das gestantes sobre seus direitos e à falta de informação sobre procedimentos realizados sem necessidade durante o trabalho de parto e o parto e, até mesmo, desaconselhados por entidades de saúde internacionais (JARDIM; MODENA, 2018; SENS; STAMM, 2019).

De acordo com a pesquisa “*Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*”, 1 em cada 4 mulheres relatou ter sofrido algum tipo de violência durante o atendimento ao parto. Entre as entrevistadas que já tiveram aborto provocado e passaram por consulta médica em seguida, 53% relataram ter sofrido algum tipo de violência durante o atendimento (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

A escolha do tema se justifica pois, apesar da gravidade e da recorrência da violência obstétrica no atendimento a mulheres durante o pré-natal, parto, pós-parto e em situações de abortamento, o problema é negado e banalizado pela classe médica hegemônica. Ainda, constata-se a dificuldade de se estabelecer uma discussão franca sobre o tema e o seu enfrentamento, uma vez que a solução depende essencialmente de mudanças no modelo de assistência obstétrica vigente, que perpassa pela gestão dos hospitais e maternidades, o comportamento dos médicos e a formação dos novos profissionais de saúde nas instituições de ensino.

Este artigo se estrutura em quatro partes. A primeira se destina a apresentar a Lei nº 17.137/2019 e, mais especificamente, os argumentos apresentados na sua exposição de motivos. Em seguida, na segunda, é feita uma breve análise sobre riscos e benefícios associados a cada via de parto, apenas no intuito de contrapor o argumento de que a cesárea seria mais segura do que o parto normal. A terceira parte discorre sobre o direito à escolha da via de parto

como respeito ao direito à autodeterminação, ressaltando-se a importância de a gestante dispor de informação completa e confiável e de estar livre de qualquer tipo de coação para tomar sua decisão. A quarta parte trata da violência obstétrica, o que é, suas dimensões, a realidade brasileira, as orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, o posicionamento do Ministério da Saúde - MS e das entidades representativas da classe médica sobre o tema e, por fim, sobre formas de combater o problema.

1. Análise da exposição de motivos da Lei nº 17.137/2019 – PL nº 435/2019

Em 23/08/2019, foi promulgada, pela Assembleia Legislativa de São Paulo, a Lei nº 17.137, que “*Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal*” (SÃO PAULO, 2019).

A Lei prevê, ainda, a necessidade de a gestante ser informada sobre os benefícios do parto normal e os riscos de sucessivas cesarianas, bem como do registro da decisão da parturiente por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. Determina que sejam afixadas placas informando sobre o direito de escolha da gestante nas maternidades e instituições afins e que o médico que não concordar com a opção da mulher, deve encaminhá-la para outro profissional (SÃO PAULO, 2019).

O Projeto de Lei nº 435/2019, que a originou, é de autoria da Deputada Janaína Paschoal e apresenta como principais argumentos que o justificam: o respeito ao princípio da autonomia da gestante; o combate ao sofrimento da gestante e à violência obstétrica decorrentes da imposição da espera pelo parto normal às parturientes atendidas na rede pública de saúde; o respeito ao princípio da não maleficência; e a isonomia entre pacientes das redes pública e privada (SÃO PAULO, 2019).

No que se refere ao princípio da autonomia, a justificativa cita o desenvolvimento da bioética e a consequente mudança na relação entre médico e paciente, que deixa de ser vertical, tendendo à horizontalidade, com maior destaque para o direito do paciente de participar das tomadas de decisões referentes à sua saúde e à sua própria vida, sem desrespeitar os saberes médicos (SÃO PAULO, 2019).

A autora alega que, nos últimos tempos, ganhou força um movimento liderado por formadores de opinião que defende a supremacia do parto normal sobre a cesárea, que só respeita o direito da gestante sobre o próprio corpo, bem como o de ser ouvida e acolhida acerca de suas decisões, quando a escolha da gestante é pela via de parto normal, pois quando a escolha é pela cesárea presumem que a mulher não foi devidamente informada. Por isso, entende ser

um movimento que pretende impor suas convicções a todas as mulheres, e não dar voz a elas, violando, portanto, o princípio da autonomia da gestante (SÃO PAULO, 2019).

A Deputada denuncia como violência obstétrica o fato de mulheres, na rede pública de saúde, mesmo pedindo pela cesárea, serem obrigadas a sofrer por longas horas à espera do parto normal e, na maioria das vezes, sequer receberem analgesia durante o trabalho de parto (SÃO PAULO, 2019).

Segundo a autora, a imposição do parto normal viola também o princípio da não maleficência, *“haja vista os riscos que circundam o parto normal”*. Entre esses riscos a Deputada cita a anóxia (falta de oxigênio) decorrente da espera pelo parto normal, que pode causar sequelas para o resto da vida, em virtude de paralisia cerebral, ou, até mesmo, a morte da criança, ainda na barriga da mãe, ou alguns dias após o nascimento (SÃO PAULO, 2019).

No citado Projeto de Lei, a Deputada Estadual informa ter presenciado audiências em que médicos *“explicavam que tentar o parto normal é protocolo e que eles não estavam autorizados a, desde logo, realizar a cesariana”*. Afirma, ainda, que muitas mortes da mãe ou do neonato, atribuídas à cesariana, ocorrem porque quando a realização da cirurgia é determinada, após longas horas de espera pelo parto normal, a situação já se tornou emergencial (SÃO PAULO, 2019).

Nesse sentido, a autora contesta os dados da OMS de que o parto normal é mais seguro para a mãe e para a criança, ressaltando que o desenvolvimento da cesárea nas últimas três décadas foi acompanhado de significativa redução das taxas de mortalidade materna. Pois, *“quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta”* (SÃO PAULO, 2019).

Na sequência, apresenta uma tabela com dados relativos à mortalidade materna (para cada cem mil nascidos vivos) no Brasil e no Estado de São Paulo entre os anos 2000 e 2017. Acerca dos elevados números, sem apresentar dados sobre as causas dessas mortes ou da via de parto, a Deputada Estadual conclui que *“o Brasil ruma na contramão daquele que seria o caminho para alterar (ou melhorar) este estado de coisas, impondo às parturientes o parto normal.”* E prossegue, *“De fato, nos casos concretos em que houve morte e ou graves sequelas ao bebê, fica bastante evidente que se a cesárea tivesse sido determinada antes, os sinistros não teriam se verificado. Em outras palavras, a cesárea diminui os riscos para as mães e para os filhos”* (SÃO PAULO, 2019). Ressalta-se que não foram apresentados dados científicos que permitam se chegar a tais conclusões.

Em relação à busca pela isonomia entre pacientes da rede pública e privada, a autora do PL cita a Resolução nº 2.144/2016, do Conselho Federal de Medicina, que

expressamente prevê a possibilidade de a gestante optar pela realização da cesariana, a partir da 39ª semana de gestação, desde que devidamente informada sobre o parto vaginal e a cesariana, seus respectivos riscos e benefícios. Argumenta, contudo que, na rede pública, essa Resolução não é observada (SÃO PAULO, 2019).

Segundo a parlamentar, o problema que a Lei pretende resolver sempre existiu, mas a situação piorou com a crescente defesa do parto normal como via de parto melhor do que a cesariana e o que ela chama de “*obstinação pelo parto normal*”. Alega, todavia, que a realidade nos hospitais públicos é muito diferente da idealizada pelos entusiastas do parto normal/natural e, diante da impossibilidade de se oferecer às usuárias da rede pública todos os procedimentos e a estrutura disponíveis na rede privada, a melhor solução seria autorizar a realização da cesariana por escolha da gestante, mesmo sem indicação médica, pois, os seus possíveis malefícios seriam menores do que aqueles causados pela espera pelo parto normal (SÃO PAULO, 2019).

Por fim, a Deputada argumenta que a aprovação da Lei não implicará elevação das despesas do Estado e, mesmo que implicasse, tal aumento compensaria os gastos decorrentes das mortes e sequelas provocadas pelo parto normal (SÃO PAULO, 2019).

2. Dados sobre benefícios e riscos associados a cada via de parto

Não há dúvidas de que a cesariana é um importante procedimento para salvar vidas e o seu desenvolvimento foi fundamental para diminuir os índices de morte materna e neonatal em todo o mundo. Entretanto, a OMS (2015) afirma não haver evidência de que a realização de cesáreas quando não há indicação real para a sua prática traga qualquer benefício para mães ou neonatos

Nesse sentido, a OMS informa que “*ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal*” (OMS, 2015). Quando consideradas as características da população e dos serviços de saúde brasileiros, a indicação é de que os partos cirúrgicos não superem 25 a 30% dos nascimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Estudos apontam que, inicialmente, o aumento das taxas de cesáreas de fato reduz a mortalidade materna, mas, quando o índice de cesáreas aumenta devido à realização indiscriminada dos partos cirúrgicos, a tendência é o crescimento, em até 3 vezes, da mortalidade materna (MASCARELLO *et alli*, 2017). Além de não trazer qualquer benefício quando não indicada, a cesárea é uma cirurgia complexa e, como tal, acarreta riscos imediatos e de longo prazo, podendo inclusive comprometer futuras gestações (OMS, 2015).

De acordo com a pesquisa “*Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer?*”, conduzida por Oliva (2010), estão associados ao parto cirúrgico: maior risco de hemorragia, de infecções, de lacerações e lesões em órgãos internos da gestante, de complicações em gravidezes posteriores, de histerectomia, além de complicações decorrentes da anestesia, maior chance de internação em UTI logo após e nos primeiros 30 dias após o parto e de morte materna. Para o neonato, a pesquisa associa ao parto cesáreo maior incidência de problemas respiratórios, prematuridade, hipoglicemia, necessidade de internação, complicações no estabelecimento da amamentação e adaptação neurológica mais lenta. Por outro lado, os benefícios da cesariana, sem indicação médica, são a conveniência para a família e para o médico e a ausência de dor (que pode surgir no pós-parto). Nesses casos, não há qualquer benefício para o neonato (OLIVA, 2010).

Em contrapartida, durante o parto vaginal, a mãe produz a ocitocina, hormônio capaz de proteger a criança de danos no cérebro e ajudar no amadurecimento cerebral, e a prolactina, que favorece a amamentação, fundamental para o desenvolvimento do sistema imunológico do recém-nascido. Permite, ainda, o contato pele a pele logo após o parto, que, além de proporcionar maior vínculo entre mãe e filho e maior sucesso na amamentação, acarreta benefícios às capacidades psicológicas, neurológicas e comportamentais do neonato (OLIVA, 2010).

Dessa forma, as conclusões apresentadas na exposição de motivos do PL nº 435/2019 sobre os números de mortalidade materna no Brasil e no Estado de São Paulo entre os anos 2000 e 2017, além de contrariarem a grande maioria das pesquisas científicas sobre o tema, bem como os dados da OMS, vão de encontro à realidade do Brasil.

Apesar de apresentar a segunda maior taxa de cesarianas do planeta (55% dos partos realizados), dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2019) mostram que, em 2017, a mortalidade materna no Brasil foi de 64,5 óbitos por cem mil nascidos vivos, mais que o dobro da meta de 30 por cem mil, estabelecida pelo Ministério da Saúde para 2030 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Desde 2012, quando o Brasil registrou a menor taxa de mortalidade materna da história – de 59,3 óbitos por cem mil nascidos vivos – esse número vem aumentando gradativamente (IPEA, 2019). Tais dados comprovam que altos índices de cesáreas não estão associados à redução da mortalidade materna.

3. A escolha da via de parto: respeito ao direito à autodeterminação da gestante

Os Direitos Humanos dos Pacientes são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos aplicados aos cuidados em saúde. Decorrentes do princípio da dignidade

humana, são, portanto, universais e buscam materializar o modelo de cuidado centrado no paciente, por meio de normas jurídicas às quais se subordinam a gestão das instituições e a conduta dos profissionais de saúde (ALBUQUERQUE, 2016).

Historicamente, verifica-se a submissão do paciente ao profissional de saúde. Nessa relação, pressupunha-se a obediência do paciente às determinações médicas. A partir da década de 1970, nos Estados Unidos, os pacientes, com importante participação do movimento feminista, se mobilizaram para questionar a autoridade e o paternalismo médico, em defesa do direito de poderem expressar suas necessidades e preferências. Mas, somente na década de noventa, os países passaram a regular a atuação dos profissionais de saúde por meio de leis que reconheciam os direitos dos pacientes (ALBUQUERQUE, 2016).

No Brasil, os Direitos Humanos dos Pacientes foram previstos pela primeira vez no Código de Ética Médica de 1988. Contudo, elaborado a partir da ótica dos médicos, não teve como fundamento o referencial dos direitos humanos, mas a incorporação do princípio da autonomia na prática clínica (ALBUQUERQUE, 2016).

Atualmente, apesar de haver muitas variações na forma como os países abordam o tema, decorrentes de questões culturais, sociais e da forma como o processo de incorporação dos direitos dos pacientes se deu em cada caso, são previstos em documentos internacionais como Direitos Humanos dos Pacientes, entre outros, os direitos: à vida; à privacidade; à autodeterminação; à integridade corporal; à não ser submetido à tratamento cruel, desumano ou degradante; de ser plenamente informado sobre sua condição de saúde; à não ser discriminado; à recusa a tratamentos e procedimentos em saúde. São direitos *“que reforçam uma relação médico-paciente mais colaborativa e menos assimétrica”* (ALBUQUERQUE, 2016, p. 61).

O modelo do cuidado centrado no paciente concebe o paciente como elemento principal do processo terapêutico, que deve atender às suas necessidades física, emocional e social. Baseia-se na dignidade; na colaboração entre profissionais, pacientes e suas famílias; no compartilhamento de informações; no respeito aos desejos e necessidades dos pacientes e *“materializa-se, essencialmente, pelo consentimento informado, do qual constam informações centrais para que o paciente decida sobre o seu tratamento”* (ALBUQUERQUE, 2016, p. 79)

Com fundamento no direito à autodeterminação, derivado do princípio da autonomia, qualquer pessoa deve poder decidir o que pode ou não ser feito com o seu corpo e ter suas escolhas respeitadas, mesmo quando elas podem causar danos à sua saúde, pois considera-se que cada pessoa sabe o que é melhor para si. Importante se ter em conta que essas decisões são influenciadas pelas histórias de vida e pelas relações pessoais do indivíduo. Nesse sentido, verifica-se que quando o paciente recebe suporte emocional, tem suas opiniões

acolhidas e é bem orientado para fazer suas escolhas, mais seguro fica para exercer sua autonomia (ALBUQUERQUE, 2016).

Segundo Andorno (2009, p. 74):

a liberdade pressupõe que o ser humano não está condicionado de modo absoluto nem por seus genes, nem por seu instinto, nem pela educação que recebeu, a atuar de um modo particular, mas que, em última análise, é ele mesmo a causa de seu agir (causa sui), é ele quem decide, desde seu interior, de que modo agir. Essa capacidade de autodeterminação é, juntamente com a inteligência, a mais nobre das faculdades humanas, a tal ponto que desde a antiguidade tem sido vista como um dom divino ou, mais ainda, como uma espécie de reflexo da Divindade no ser humano.

O autor ressalta, contudo, que, apesar de o contrário ser possível, a liberdade em sentido pleno é aquela exercida de modo racional, com o objetivo de se alcançar o que é bom, para si e para o outro, mesmo que a percepção sobre o que é o bem varie a depender do sujeito e do contexto (ANDORNO, 2009).

Há dois níveis de liberdade: interno (liberdade como querer) e externo (liberdade como poder). A primeira, também conhecida como livre arbítrio, “*significa que a causa do agir está no sujeito mesmo*” (ANDORNO, 2009, p. 75). A segunda, com maior relevância no plano jurídico-político, significa a falta de impedimentos (ou a disponibilidade dos meios) à prática de determinada ação. É por esse motivo que, segundo o autor (ANDORNO, 2009, p. 75), “*em termos gerais, o respeito da liberdade implica que se garantam conjuntamente estas duas exigências: que seja o sujeito mesmo, sem coação de terceiros, quem determina seu agir e que não se coloquem obstáculos injustificados a realização de seu querer*”.

Nesse sentido, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, prevê em seu artigo 5º:

Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente seu consentimento.

Segundo Veatch (2014, p. 82), verificou-se, no início da década de 1970, a “*mudança de um consentimento com base hipocrática mais paternalista para um consentimento baseado diretamente no respeito pela autonomia do paciente*”. De acordo com esse novo padrão, o paciente precisa ter todas as informações significativas necessárias para tomar uma decisão verdadeiramente livre e consciente, e não apenas aquelas que o médico acha conveniente repassar (VEATCH, 2014).

Essa nova perspectiva de direitos, bem como o aperfeiçoamento da técnica da cirurgia cesariana e das anestésias utilizadas nesses casos, contribuíram para que a discussão sobre a escolha da via de parto nos dias atuais extrapole os critérios médicos, levando em consideração outros fatores que influenciam a decisão da gestante e dos médicos (SCHLEMPER; BONAMIGO, 2014).

A pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, desenvolvida pela Fiocruz entre 2011 e 2012, em todos os Estados e no Distrito Federal, em estabelecimentos de saúde públicos e privados, buscou entender, entre outras coisas, os motivos que levam as mulheres a decidir por uma ou outra via de parto. Os resultados mostraram que: 52% dos partos foram via cesariana, sendo que na rede pública a taxa de cesarianas foi de 46% e no setor privado de 88%, apesar de, no início da gestação, apenas 27% das gestantes preferiam o parto cirúrgico. Os maiores índices de cesariana foram verificados em mulheres brancas, multíparas, com cesariana anterior, com maior idade, maior escolaridade e nos serviços de saúde privados, demonstrando grande influência dos fatores socioeconômicos na decisão (DOMINGUES *et alli*, 2014).

Entre as usuárias da rede pública, cerca de 66% consideravam o parto vaginal mais seguro. Na rede privada, apenas 38% consideravam essa via de parto mais segura e 45% consideravam ambos os partos seguros. No final da gestação, verificou-se que a decisão sobre a via de parto coube à mulher em cerca de 30% dos casos, à mulher e ao médico em cerca de 20% e ao médico em 20% dos casos. Mulheres “*sem decisão*” (cerca de 30%) tiveram majoritariamente o parto cesáreo, principalmente na rede privada (DOMINGUES *et alli*, 2014).

Nesse sentido, a pesquisa mostrou ainda que “*a preferência das mulheres pelo parto vaginal não foi apoiada ou incentivada pelos profissionais*” (p. S112), ocorrendo o oposto quando verificada a preferência pelo parto cesáreo. Tendo em vista a influência que os médicos exercem sobre as gestantes (seja porque detentores do conhecimento científico, seja pela insegurança da mulher em relação a sua capacidade de parir), a preferência desses pelo parto cirúrgico (pela conveniência, ou por sentirem-se mais seguros na posição de protagonistas do procedimento) ajuda a entender a desproporção entre a preferência inicial pelo parto normal e o resultado final de prevalência das cesarianas (DOMINGUES *et alli*, 2014).

No que se refere ao motivo da preferência por determinada via de parto, os principais motivos para a escolha da cesariana foram o medo do parto vaginal, muitas vezes relacionado a experiências anteriores negativas, a intenção de realizar a laqueadura tubária e cesariana prévia. A comodidade de planejar o parto, poder ter a presença do médico que realizou o pré-natal, problemas de saúde preexistentes, preferência do marido, manter a integridade das

funções sexuais e relatos de amigas e familiares sobre experiência negativa com o parto normal também foram motivos citados (DOMINGUES *et alli*, 2014).

Entre as mulheres que preferiram o parto vaginal, o principal motivo citado foi a recuperação mais rápida, além de ser considerado mais natural, mais fisiológico e mais seguro para a mãe e o bebê. O medo da cesariana e experiência anterior (pessoal ou de amigas e familiares) positiva com o parto normal também foram citados (DOMINGUES *et alli*, 2014).

Chama a atenção o dado de que “*a informação sobre tipos de parto, recebida em diversos meios, inclusive nos serviços de saúde, foi referida por menos de 3% das mulheres*” (DOMINGUES *et alli*, 2014, p. S109) como motivação para a escolha da via de parto, sendo citada com maior frequência por múltiparas atendidas no setor privado,

evidenciando a pouca importância da informação para o processo de decisão das mulheres brasileiras, diferentemente de estudos internacionais que mostram a informação como fator de grande relevância para a participação das gestantes nos processos decisórios e na satisfação com o parto (DOMINGUES *et alli*, 2014, p. S112).

De acordo com pesquisa desenvolvida por Pereira *et alli* (2011), a participação em cursos preparatórios para gestantes foi avaliada como positiva, importante para o aprendizado e para a troca de experiências, embora o costume da leitura como meio de informação tenha sido pouco referenciado. Mas, aquelas “*gestantes que buscam orientações por meio da leitura consideram que a informação reduz o medo, porém transmitem a impressão de que as leituras não as esclarecem totalmente nas questões mais objetivas e específicas sobre a etapa da parturição*” (Pereira *et alli*, 2011, p. 584).

A pesquisa também identificou que os médicos pouco conversam com as gestantes sobre o momento do parto, tanto pela falta de questionamento por parte delas, como pela percepção dos médicos de que tais informações não são importantes, evidenciando uma relação assimétrica de poder (PEREIRA *et alli*, 2011) e a persistência do modelo paternalista segundo o qual o médico decide o que é bom ou não para a paciente, e quais informações devem ou não ser compartilhadas com ela (VEATCH, 2014).

Fica evidente que algumas mulheres ainda não entendem claramente que podem (e devem) participar da escolha sobre a via de parto e, diante do desconhecimento dos critérios médicos, da ansiedade e do medo do parto normal, hesitam em decidir e acabam transferindo a responsabilidade para o médico, deixando de exercer a sua autodeterminação e o seu protagonismo no processo de parturição (PEREIRA *et alli*, 2011).

Nos Estados Unidos, país caracterizado pelo liberalismo nos mais diversos setores e pela pouca interferência do Estado na vida privada, a gestante tem liberdade para

escolher a via de parto. Lá, onde as taxas de cesárea, em 2015, eram de 32%, estima-se que os partos cirúrgicos realizados por desejo da gestante, sem indicações médicas, representavam 2,5% de todos os nascimentos (ACOG, 2018).

Sobre o tema, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2018) entende que, na falta de indicações médicas, o parto normal é seguro e apropriado e deve ser recomendado. Se o motivo da opção pela cesariana é o medo da dor do parto normal, a orientação e o apoio durante o pré-natal são muito importantes. Os profissionais de saúde que atendem a gestante devem esclarecer sobre os métodos de analgesia que podem ser utilizados, além de oferecer apoio psicológico durante o trabalho de parto e o parto (ACOG, 2018).

Se depois de conhecidas as razões e esclarecidos os riscos e benefícios, a gestante decide pelo parto cirúrgico, o ACOG faz as seguintes recomendações: não havendo indicações médicas, o parto cesáreo não deve ser realizado antes de 39 semanas de gestação; as gestantes devem ser informadas que os riscos de placenta prévia, placenta acreta, hemorragia pós-parto e histerectomia gravídica aumentam a cada parto cesáreo subsequente (ACOG, 2018).

No Reino Unido, onde há um sistema de saúde público, mais próximo, portanto, da realidade brasileira, houve amplo debate sobre o tema e, desde 2011, as gestantes podem escolher a via de parto, inclusive pelo parto cesáreo sem indicação médica. O principal motivo apontado para a escolha pela cesariana é o medo do parto normal, devido a insegurança pelo desconhecido ou por experiências traumáticas anteriores (BIRTHRIGHTS, 2017).

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda que os profissionais de saúde devem conversar para entender as verdadeiras razões que levam a mulher a querer a cesariana, esclarecer sobre os riscos e benefícios associados a cada via de parto, sanando todas as dúvidas da gestante. Se o motivo da escolha for medo ou ansiedade acerca do parto normal, a gestante deve receber um acompanhamento por profissional capacitado para trabalhar especificamente esses fatores. Se depois de tudo isso, a mulher continuar preferindo uma cesariana, a sua decisão deve ser respeitada. Caso o obstetra prefira não realizar a cesárea, a gestante deve ser encaminhada para outro profissional que a faça (NICE, 2011).

O atual entendimento, que permite a cesárea sem indicação médica no Reino Unido, teve como importante fundamento o caso *Ternovsky x Hungary* (2010) julgado pela Corte Europeia de Direitos Humanos (Birthrights, 2017). Uma gestante procurava garantir o seu direito a um parto domiciliar pois, diante da falta de regulamentação clara sobre o assunto, na prática, ela estava impedida de ter o seu filho da forma como gostaria, uma vez que os profissionais de saúde não estavam dispostos a assumir os riscos e a responsabilidade pelo

atendimento. A gestante alegou violação ao seu direito à vida privada, previsto no art. 8º da Convenção Europeia de Direitos Humanos (ECHR, 2010).

A Corte decidiu, por 6 votos a 1, que, de fato, havia violação ao direito à privacidade, atingindo também a integridade física e psicológica. Firmou-se o entendimento que, no caso em análise, o exercício da liberdade necessitava de um ambiente regulatório positivo para que houvesse segurança jurídica e fosse possível a efetivação do direito de escolha da gestante. A incerteza jurídica gerava medo e clandestinidade, podendo resultar em consequências fatais para a mãe e para o recém-nascido. Portanto, o Estado devia garantir o exercício do direito à vida privada com segurança (ECHR, 2010).

Considerando que os dados analisados mostram o medo e a ansiedade como fatores extremamente relevantes quando se trata da opção por uma ou outra via de parto, importante abordar a vulnerabilidade. Em sentido amplo, todo ser humano é vulnerável, como possibilidade, e algumas situações o fazem estar vulnerável, como probabilidade (HOSSNE, 2009). Trata-se, portanto, de condição intrínseca ao ser humano, que resulta em fragilidade e suscetibilidade a sofrer dano, físico ou psíquico, e que ressalta a dependência de cada indivíduo em relação ao outro. Todavia, de acordo com o referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes, a vulnerabilidade não pode ser usada como justificativa para cercear a autonomia do paciente e torna-lo sujeito passivo do processo terapêutico (ALBUQUERQUE; PARANHOS, 2017). Pereira Filho (2017) alerta que, diante de uma situação em que se identifica a vulnerabilidade, o mais relevante é o modo como o paciente deve ser tratado, com cuidado, atenção e disponibilidade.

Além de todas as mudanças físicas e fisiológicas decorrentes da gestação, os medos e as expectativas em relação à gravidez, ao parto, à sua saúde e à do seu filho e, ainda, as inseguranças acerca de como será o seu desempenho no papel de mãe e a falta de controle sobre tudo isso, deixam a mulher mais sensível e frágil, isto é, mais vulnerável.

É fundamental que o médico reconheça essa vulnerabilidade, busque compreender todas as questões que podem desencadear angústias (que podem ser médicas, mas também culturais, éticas, religiosas...), informe a paciente, a conforte e apoie, com vistas a reduzir sua vulnerabilidade e afirmar sua autodeterminação (PEREIRA FILHO, 2017).

O autor acrescenta que:

a vulnerabilidade jamais deve ser motivo para não praticar a beneficência, ou seja, para deixar de agir. Por mais incômoda que seja para o médico a vulnerabilidade de seu paciente ela não pode ensejar a negligência e sim estimular a diligência, aumentar o cuidado, da mesma forma como quando se tem na mão uma caixa com carimbo 'frágil' (PEREIRA FILHO, 2017, p. 9).

4. Violência obstétrica

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, praticada por profissionais de saúde, que se manifesta no tratamento degradante, no abuso de medicalização e na patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da mulher e a sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, impactando negativamente a sua qualidade de vida (VENEZUELA, 2007). Essa forma de violência ainda não é prevista em legislação nacional no Brasil, embora, há mais de uma década, países como a Argentina, por meio da Lei de Proteção Integral às Mulheres, e a Venezuela, na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, a reconheçam como crime contra as mulheres (ARGENTINA, 2009; VENEZUELA, 2007).

Segundo Albuquerque (2016, p. 117),

o tratamento do paciente pode ser considerado desumano se causar intenso sofrimento físico ou psíquico, e pode ser degradante quando provocar na vítima sentimentos de medo, angústia, humilhação ou retirar-lhe a possibilidade de resistir moral, psíquica ou fisicamente a uma situação adversa.

Sens e Stamm (2019) abordam a violência obstétrica a partir de três dimensões, distinguindo-as em institucional, individual e da relação humana. A primeira relaciona-se às condições de trabalho dos profissionais de saúde, bem como pela definição de normas e rotinas nos hospitais. Sobre essa dimensão, as autoras ressaltam que, na perspectiva de humanização do parto, a ambiência tem grande importância, não se tratando apenas da estrutura, mas também de uma atenção acolhedora e respeitosa à parturiente. E acrescentam que as condições precárias e a sobrecarga de trabalho muitas vezes são apontadas como justificativas para as violências individual e da relação humana, praticadas pelos profissionais.

A dimensão individual se expressa na ação do profissional de saúde, em especial do médico, que é quem, em regra, conduz o trabalho nas instituições de saúde, sendo, muitas vezes, o resultado positivo ou negativo mais dependente da sua conduta do que da questão estrutural. Configura-se, principalmente, na forma de violência física. Nesse contexto, as autoras entendem que *“a formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança e, por isso, a prática médica pode ser descolada do balizamento ético, priorizando competências em detrimento de valores como o cuidado”* (SENS; STAMM, 2019, p. 8).

Ainda segundo Sens e Stamm (2019, p. 10-11), *“A relação humana envolve os aspectos da interação que se estabelece entre o médico e a paciente, permeando a comunicação; a decisão compartilhada; o respeito à autonomia e ao protagonismo da mulher; e a empatia entre as partes*

envolvidas no contato estabelecido”. Portanto, a dimensão da relação humana da violência obstétrica apresenta-se como violência psicológica e verbal. É a mais difícil de ser percebida, pois muitas vezes é tratada como cuidado necessário e encoberta pela social e culturalmente reconhecida e aceita autoridade do médico, o detentor do conhecimento técnico-científico. Nesse sentido, as autoras ressaltam que “*em vários estudos sobre a assistência nas maternidades, é demonstrado que a obediência é uma qualidade esperada da paciente, sendo que a não obediência é percebida pelos profissionais como desrespeito, ignorância ou agressividade*” (p. 12).

A violência obstétrica pode ocorrer na gestação, no parto, no puerpério e no atendimento em situações de abortamento. São exemplos de condutas e procedimentos que a caracterizam: a negativa de direitos, como à analgesia durante o trabalho de parto e à presença de um acompanhante escolhido pela mulher; o desrespeito ao plano de parto; a realização de vários exames de toque por diferentes profissionais, com objetivos acadêmicos; o uso abusivo de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; a episiotomia como procedimento de rotina; a manobra de Kristeller, técnica banida pelo Ministério da Saúde e pela OMS; a proibição de que a gestante se movimente, beba água ou ingira alimentos leves durante o trabalho de parto; a sutura do períneo sem anestesia; a cesárea desnecessária e sem consentimento; a falta de informação adequada sobre o andamento do parto e os procedimentos realizados; o menosprezo aos sentimentos e aos desejos da mulher; o tratamento infantilizado da mulher, referindo-se a ela por diminutivos; comentários irônicos, grosseiros e preconceituosos; a realização de procedimentos no bebê logo após o nascimento sem o consentimento dos pais; a demora injustificada em permitir o contato da mãe com o recém-nascido (JARDIM; MODENA, 2018; SENS; STAMM, 2019).

De acordo com a pesquisa “*Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*”, realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), em 176 municípios, distribuídos em 24 Estados e no DF, 1 em cada 4 mulheres relatou ter sofrido algum tipo de violência durante o atendimento ao parto. Entre as entrevistadas que já tiveram aborto provocado e passaram por consulta médica em seguida, 53% relataram ter sofrido algum tipo de violência durante o atendimento. Esses dados podem ser ainda mais graves, considerando que muitas vezes a mulher não identifica que foi vítima de violência.

Outro dado relevante é o reconhecimento da violência obstétrica como violência de gênero. De acordo com Jardim e Modena (2018, p. 8) “*a VO é uma questão feminista, fruto de uma opressão patriarcal que leva à redução, à repressão e à objetificação dos corpos femininos, limitando seu poder e suas maneiras de expressão*”, gerando ainda mais perplexidade o fato de, muitas vezes, a violência obstétrica ser praticada por profissionais mulheres.

A OMS (2014, p. 1) reconhece que *“No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde”* e que, considerando o estado de intensa vulnerabilidade das mulheres durante o parto, *“Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança”*. Afirma também que *“Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação”* e trata esse tipo de violência como *“violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente”* (OMS, 2014, p. 2).

Nesse sentido, alerta a OMS (2014, p. 2) que *“Para obter um alto nível de respeito na assistência ao parto, os sistemas de saúde devem ser organizados e administrados de forma a garantir o respeito à saúde sexual e reprodutiva e os direitos humanos das mulheres”* e sugere ações que devem ser tomadas para combater o problema: 1) Maior envolvimento dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para uma melhor avaliação do problema, dos seus impactos e para a implementação de possíveis soluções; 2) Instituição e manutenção de programas com vistas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, ressaltando a importância da assistência respeitosa, competente e atenciosa; 3) Reconhecimento da assistência obstétrica digna e respeitosa como direito das mulheres e dever dos profissionais de saúde; 4) Produção e difusão de dados sobre boas práticas na assistência à saúde, capacitação dos profissionais e responsabilização daqueles que violam direitos e normas éticas; e 5) Envolvimento de todos os interessados na busca de soluções para combater a violência obstétrica.

Entretanto, apesar de todas essas orientações e da realidade verificada nos hospitais e maternidades brasileiros, em 03/05/2019, o MS emitiu um Despacho orientando que o termo violência obstétrica não seja utilizado em documentos oficiais e políticas públicas, alegando que o termo *“tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”*. Ressalta que o termo violência traz a ideia de intencionalidade na realização do ato e que os profissionais que atendem as gestantes não têm a intenção de prejudicar ou causar dano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), por sua vez, reagiu à manifestação do Ministério da Saúde, afirmando que *“negar a violação de direitos da mulher na gravidez, parto e puerpério representa um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e de saúde materna”* (CNDH, 2019).

O posicionamento do MS, contudo, reforça o que dizem as entidades médicas sobre o assunto, que mostram desconforto com o uso do termo violência obstétrica. Pesquisa desenvolvida por Palharini (2017), que analisou o discurso sobre o tema da violência obstétrica em publicações veiculadas por órgãos representativos da classe médica, verificou que, quando reconhecem que há um problema, ele é apontado como responsabilidade do Estado, na sua incapacidade em garantir boas condições de trabalho, e decorrente de comportamentos pontuais de um ou outro médico, tratados como exceções. Pois, segundo essas entidades, em regra, o comportamento médico é pautado na dedicação, no cuidado, na capacidade técnica, na ética e sempre voltado ao bem-estar dos pacientes, como se o diploma de Medicina automaticamente os tornassem incapazes de praticar qualquer violência.

A preocupação em ressaltar a boa reputação dos médicos chega a colocá-los como vítimas da situação, sendo recorrente o uso da expressão “*violência contra o obstetra*”, pois trabalham com excesso de demanda, em instituições que não fornecem condições para um atendimento adequado e ainda são, injustamente, tratados pela mídia e pelos movimentos de mulheres como hostis, agressivos e mal-intencionados. Sobre esse aspecto, a autora pontua que todo esse empenho em defender a classe está também relacionado à maior conscientização das mulheres sobre seus direitos e sobre a violência obstétrica, que tem levado ao aumento das ações judiciais que buscam responsabilizar os médicos pelos abusos cometidos (PALHARINI, 2017).

O discurso médico ressalta a importância do respeito à autonomia da paciente, mas, em diversos momentos, o que se percebe é que o desejo da mulher é respeitado desde que não divirja da posição do médico, do que ele considera como boa prática. Por exemplo: a opção da mulher em realizar uma cesariana sem nenhuma indicação, costuma ser atendida (na rede privada), mas a mulher que apresenta um plano de parto listando os procedimentos que ela não quer que sejam realizados, muitas vezes não tem suas escolhas respeitadas ou é orientada a procurar outro profissional (PALHARINI, 2017). Ocorre que

os preceitos da cultura médica hegemônica, perpetuada por meio de suas práticas e da garantia de sua continuidade pela formação dos futuros médicos, funcionam como um dispositivo de verdade que ultrapassa evidências científicas, normas e recomendações de órgãos da saúde (PALHARINI, 2017, p. 25).

Segundo Palharini (2017), diversas publicações analisadas ressaltam a necessidade de a mulher ser acompanhada no parto pelo mesmo médico que a acompanhou no pré-natal, como forma de prevenir a violência. Esse entendimento, de que é o médico quem faz o parto, nega o protagonismo da mulher, gera insegurança e, muitas vezes, é a causa para a

cesariana eletiva. Além disso, negligencia o fato de que a maioria das mulheres não podem fazer essa escolha, tendo em vista os altos custos que ela envolve. Dessa forma, *“os riscos de violência no parto, bem como a impossibilidade de escolha pela cesariana nos atendimentos públicos, são colocados como a verdadeira face da violência e decorrente dos atrasos que caracterizariam a assistência oferecida na rede pública”* (p. 21).

É exatamente esse o principal argumento utilizado como justificativa da Lei nº 17.137/2019 para autorizar a cesariana a pedido na rede pública de São Paulo, sob a alegação de respeito à autonomia da gestante. Isto é, a solução encontrada transfere o ônus de um problema estrutural (de saúde pública) e da incapacidade do Estado de resolvê-lo, para a gestante que, diante de uma situação em que precisa escolher entre um parto normal sujeito à violência ou uma cesárea, tenderá, é claro, a optar pela cirurgia.

O combate à violência obstétrica é uma tarefa bastante complexa. Pesquisa desenvolvida por Oliveira e Penna (2017), a partir de entrevistas realizadas com parturientes, enfermeiras e médicos obstetras, verificou que, em muitos casos, tamanha é a sua naturalização que a mulher não consegue identificar a violência sofrida no momento em que ela ocorre, em tantos outros, se cala diante da autoridade do médico e muitas mulheres chegam até mesmo a se sentirem culpadas ou consentirem com o tratamento recebido. Por outro lado, aquelas mulheres que mostram conhecer seus direitos e se posicionam contra as decisões do médico, são rotuladas e tratadas com hostilidade.

As orientações da OMS (2014) ressaltam a importância da atuação do Estado no enfrentamento do problema, por meio da gestão do sistema público de saúde e da regulação do setor privado. A solução para o problema passa necessariamente por mudanças no modelo de assistência obstétrica vigente, normas e rotinas precisam ser revistas. Para Oliveira e Penna (2017) isso depende da mudança da

lógica de entendimento do parto, quando ele parar de ser visto somente como um evento médico e hospitalar e puder ser entendido como um evento humano, porque, só a partir deste reconhecimento, haverá a possibilidade de se fazer ouvir a voz das mulheres, resgatando a autonomia e a capacidade de deliberar sobre questões relacionadas ao seu processo de parto e nascimento.
(p. 9)

Nesse sentido, faz-se necessária a atualização do processo de formação dos profissionais de saúde. O respeito aos direitos humanos na assistência obstétrica e a prática baseada em evidências precisam fazer parte da rotina e serem exaustivamente discutidas nos cursos de graduação, pós-graduação e, especialmente, nos hospitais escolas. Para isso, é fundamental que a classe médica reconheça o problema da violência obstétrica, que ele é grave

e recorrente, não se tratando de casos isolados, e comece a enfrentá-lo, ao invés de banalizá-lo (PALHARINI, 2017; JARDIM; MODENA, 2018).

Toda a sociedade precisa ser conscientizada sobre o problema e saber que o atendimento obstétrico digno e respeitoso é um direito de todas as mulheres e dever dos profissionais de saúde (OMS, 2014). As mulheres e os acompanhantes precisam de informação confiável e de qualidade. O conhecimento sobre a fisiologia e as fases do trabalho de parto, sobre os métodos de alívio da dor, sobre os procedimentos que podem ser recomendados, em quais situações e com quais objetivos reduzem o medo e a ansiedade e preparam a mulher para exercer sua autodeterminação e tomar as decisões de forma verdadeiramente livre e consciente (PALHARINI, 2017). Durante o pré-natal todos esses assuntos devem ser abordados, ressaltando-se, ainda, a importância da presença de um acompanhante de confiança da gestante, como fator relevante para o aumento da satisfação da mulher e para inibir as situações de abuso (SILVA *et alli*, 2017).

A experiência relatada por Silva *et alli* (2017) acerca de projeto de extensão vinculado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, com práticas de educação em saúde para a prevenção da violência obstétrica, buscou orientar as gestantes e seus acompanhantes sobre seus direitos e práticas capazes de aumentar a autonomia da gestante e tornar a experiência do parto mais agradável. Agentes comunitários de saúde também participaram do projeto, tornando-se multiplicadores de conhecimento e passando a atuar na defesa do parto humanizado e no combate à violência obstétrica.

Por meio de capacitação, distribuição de material educativo e rodas de conversas, as gestantes tiveram oportunidade de trocar experiências, sanar suas dúvidas, falar sobre seus medos e apresentar suas demandas. O resultado foi considerado muito positivo, uma vez que as mulheres ficaram satisfeitas com o atendimento clínico, pois sentiram-se acolhidas e respeitadas e, também, mais seguras e preparadas para serem as protagonistas dos seus partos (SILVA *et alli*, 2017).

Por fim, além do reconhecimento do direito a uma assistência obstétrica livre de violência, são necessárias leis que garantam esse direito, por meio da tipificação das condutas violentas e da responsabilização dos profissionais e gestores que as desrespeitarem e, ainda, a disponibilização de canais de atendimento acessíveis que facilitem a denúncia (JARDIM; MODENA, 2018).

5. Considerações finais

O exercício do direito à autodeterminação requer que a gestante disponha de informação completa, clara e confiável para fazer suas escolhas, não só sobre a via de parto, mas sobre todos os procedimentos e intervenções que aceita ou não que sejam realizados e em quais casos.

Entretanto, as pesquisas demonstram que as mulheres, em regra, não são devidamente informadas e são fortemente influenciadas pela autoridade dos médicos. Dessa forma, a orientação durante o pré-natal sobre os direitos da gestante, a fisiologia e as fases do trabalho de parto, sobre os métodos de alívio da dor, sobre os procedimentos que podem ser recomendados, em quais situações e com quais objetivos são fundamentais para a tomada de decisão.

Outro fator relevante no exercício da autodeterminação é que a gestante não esteja sujeita a nenhum tipo de coação. Isto é, não se sinta constrangida a fazer determinada escolha sob o fundado temor de dano à sua pessoa ou ao seu filho ou filha. Todavia, os dados apresentados mostram que a violência obstétrica é um grave problema de saúde pública, praticada rotineiramente nos hospitais e maternidades brasileiras e que o medo de sofrer maus tratos durante o parto normal é um motivo relevante na opção pela cesariana.

Tendo como fundamento os Direitos Humanos dos Pacientes, a violência obstétrica trata-se de violação aos direitos humanos, pois atenta contra o seu princípio matriz, o da dignidade humana. Pode se configurar, ainda, como ofensa aos direitos à autodeterminação, à informação, à privacidade, a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante, à integridade corporal, à não discriminação, entre outros.

Reconhece-se que o combate à violência obstétrica é uma questão bastante complexa, pois depende de uma mudança significativa no modelo de assistência obstétrica vigente no Brasil. O respeito aos direitos humanos e a prática baseada em evidências precisam ser fomentados no processo de formação dos profissionais de saúde. Verifica-se, contudo, enorme dificuldade no enfrentamento do problema, uma vez que as entidades representativas da classe médica não reconhecem a sua gravidade.

Assim, conclui-se que a suposta solução para a violência obstétrica dada pela Lei nº 17.137, sob a alegação de proteção ao direito de autonomia da gestante, trata-se, na verdade, da banalização do problema pelo Estado, pois o reduz à discussão cesárea *versus* parto normal, e da sua omissão ao não enfrentar as suas verdadeiras causas e causadores. E, pior, em um momento de grande vulnerabilidade física e emocional, impor à mulher uma decisão que, segundo dados científicos, não é a melhor para a sua saúde e a do seu filho, frente ao medo de

sofrer maus tratos, desrespeito e violência, por profissionais que têm o dever de cuidado, significa punir a vítima.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.

ALBUQUERQUE, Aline; PARANHOS, Denise G. A. M. Direitos Humanos dos Pacientes e Vulnerabilidade: o paciente idoso à luz da jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos. *Quaestio Iuris*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 2844-2862. 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/27401>> Acesso em: 29/05/2020.

ANDORNO, Roberto. Liberdade e Dignidade da pessoa: dois paradigmas opostos ou complementares na bioética? In: MARTINS-COSTA, Judith; MOLLER, Leticia Ludwig (organizadoras). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 73-93.

ARGENTINA. *Lei nº 26.485, de 01/04/2009*. Disponível em: <<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/actualizacion>> Acesso em: 10/05/2020.

BIRTHRIGHTS. Do I have a right to choose a caesarean section? 2017. Disponível em: <<https://www.birthrights.org.uk/2017/05/24/do-i-have-a-right-to-choose-a-caesarean-section/>> Acesso em: 12/02/2020.

COLÉGIO AMERICANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (ACOG). *Cesarean Delivery on Maternal Request*. 2018. Disponível em: <<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/cesarean-delivery-on-maternal-request>> Acesso em: 24/05/2020.

CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (CNDH). *CNDH aprova por unanimidade Recomendação sobre violência obstétrica*. 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/2019.05.09CNDHaprovaRecomendaosobreviolenciaobsttrica.pdf>> Acesso em: 14/05/2020

CONVENÇÃO PARA A PROTEÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DA DIGNIDADE DO SER HUMANO FACE ÀS APLICAÇÕES DA BIOLOGIA E DA MEDICINA. Disponível em: <<http://dhnet.org.br/direitos/sip/euro/principaisinstrumentos/16.htm>> Acesso em: 06/03/2020.

CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS (ECHR). Case of Ternovsky v. Hungary. App. No. 67545/09. Seond Section. Data do julgamento: 14/12/2010. Disponível em: <<https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%5B%2201-102254%22%5D%7D>> Acesso em: 07/03/2020.

DALL'AGNOL, Darlei. *Bioética: Filosofia passo-a-passo 55*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et alli*. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 30 Supl. 1, 2014. p. S101-S116. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017> Acesso em: 07/03/2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em: 01/10/2019.

HOSSNE, William Saas. Dos referenciais da Bioética – a Vulnerabilidade. *Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo. 2009; 3(1). p. 41-51. Disponível em <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/68/41a51.pdf>> Acesso em: 02/03/2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Cadernos ODS. ODS 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil? 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf> Acesso em: 04/03/2020.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 27/04/2020.

LIAKOPOULOS, M. Análise Argumentativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.) *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 218-243.

MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. p. 51-105, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389.pdf> Acesso em: 21/11/2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Despacho*. 2019. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0> Acesso em: 11/05/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna*. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>> Acesso em: 30/03/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 306, de 28/03/2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>> Acesso em 01/10/2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE) Caesarean Section. Cínical Guidelinne [CG 132]. 2011. Disponível em:

<<https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-Guidance#planned-cs>> Acesso em: 23/02/2020.

OLIVA, Célia Maria Pinto Saraiva. *Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer?* 2010. 31f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto, Portugal. 2010. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52793/2/Tese%20de%20mestrado.pdf>> Acesso em: 01/10/2019.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto contexto – enferm. (online)*, v. 26, n. 2, jul. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000200331&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 11/05/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. 2015. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=E357C89E9CF386EAF2700015F446BD85?sequence=3> Acesso em: 01/10/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=723DDB00C3F8F89F00D0A3A19C426CE8?sequence=3> Acesso em: 26/10/2019.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernus Pagu (online)*, n. 49, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332017000100307&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 08/04/2020.

PEREIRA FILHO, Antônio. Dos princípios aos referenciais – Reflexões. In: JORGE FILHO, Isac (autor/organizador). *Bioética: Fundamentos e reflexões*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 7-14.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 3. p. 579-589, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300005> Acesso em: 10/03/2020.

SÃO PAULO. *Lei nº 17.137, de 23/08/2019*. Disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/norma/191323>> Acesso em 12/09/2019.

SCHLEMPER JÚNIOR, Bruno Rodolfo; BONAMIGO, Élcio Luiz. Uma discussão bioética da escolha da via de parto. In: SANCHES, Mário Antônio (organizador). *Bioética e planejamento familiar: Perspectivas e escolhas*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2014. p. 173-204.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface*, Botucatu, v. 23, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100277&tlng=pt> Acesso em: 13/05/2020.

SILVA, Thamiles Sena da *et alli*. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. *Revista Ciência em Extensão*, v. 13, n. 1, p. 176-189. 2017. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1589> Acesso em: 17/05/2020.

VEATCH, Robert M. *Bioética*. Tradução Daniel Vieira; revisão técnica Gisele Joana Gobbeti. 3ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

VENEZUELA. *Lei nº 38.668, de 23/04/2017*. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>> Acesso em: 10/05/2020.