

**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR REINALDO RAMOS – CESREI
FACULDADE REINALDO RAMOS – FARR
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

VANESSA DO NASCIMENTO LOURENÇO

**CESÁREA ELETIVA COMO INSTRUMENTO DO COMBATE À VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Campina Grande – PB

2020

VANESSA DO NASCIMENTO LOURENÇO

**CESÁREA ELETIVA COMO INSTRUMENTO DO COMBATE À VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Trabalho Monográfico apresentado à
Coordenação do Curso de Direito da
Faculdade Reinaldo Ramos - FARR,
como requisito parcial para a obtenção do
grau de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Prof .Me. Olivia Maria
Gomes.

Campina Grande – PB

2020

L892c Lourenço, Vanessa do Nascimento.
Cesárea eletiva como vertente do combate à violência obstétrica no
Brasil / Vanessa do Nascimento Lourenço. – Campina Grande, 2020.
41 f.

Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade Reinaldo Ramos-
FAAR, Centro de Educação Superior Reinaldo Ramos-CESREI, 2020.
"Orientação: Profa. Ma. Olivia Maria Cardoso Gomes".

1. Violência Obstétrica. 2. Bioética. 3. Cesárea Eletiva – Autonomia de
Vontade. 4. Direitos Fundamentais. I. Gomes, Olivia Maria Cardoso.
II. Título.

CDU 343.62-055.26(043)

VANESSA DO NASCIMENTO LOURENÇO

**CESÁREA ELETIVA COMO INSTRUMENTO DO COMBATE À VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Olívia Maria Cardoso Gomes
Faculdade Reinaldo Ramos – FARR
Orientadora

Prof. Me. Gustavo Giorgio Fonseca Mendonza
Faculdade Reinaldo Ramos – FARR
1º Examinador

Prof. Me. Ana Carolina Câmara Bezerra
Faculdade Reinaldo Ramos – FARR
2º Examinadora

Dedico este trabalho às minhas filhas,
Maria Cecília e Maria Klarice, fonte de
toda minha força e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Em Primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me permitido seguir firme no meu propósito.

A meu esposo, por todo apoio e dedicação ao longo de toda a minha graduação.

Agradeço, também, à minha orientadora, professora Olívia, por ter aceitado me conduzir na elaboração do meu trabalho de conclusão de curso, com todo profissionalismo e paciência, bem como a todos os profissionais da Faculdade Reinado Ramos por terem me acolhido e contribuído para a minha formação.

“O fim do Direito não é abolir nem restringir, mas preservar e ampliar a liberdade.”

Jonh Locke

RESUMO

A presente monografia tem por finalidade debater os aspectos doutrinários e legais que gravitam em torno da temática da violência obstétrica, por meio da análise pormenorizada das condutas que podem vir a configurá-la, em contraposição às normas que visam combatê-la. Tem por objetivo, ainda, traçar uma abordagem histórica dos aspectos culturais que levaram a sociedade a naturalizar ou justificar o sofrimento exacerbado no parto, colocando os direitos e interesses individuais da parturiente em posição subsidiária, mediante a utilização de métodos que resultam em sofrimento físico, moral e psicológico desnecessários. Nesse diapasão, visa, de igual modo, tratar dos aspectos relativos à cesárea eletiva, como viés alternativo no combate a esse tipo de violência, que ainda é tão recorrente nos hospitais, principalmente na rede pública de saúde, em que existem mais entraves para que a parturiente desfrute dessa opção. Assim, através desse procedimento, a mulher pode retomar a autonomia sobre o seu próprio corpo, ser protagonista do seu próprio parto, desde que observados os possíveis riscos, mediante acompanhamento periódico durante todo o pré-natal, com atuação conjunta de todos os profissionais da área de saúde, promovendo um parto seguro e sem experiências traumáticas para a mãe, bem como o nascimento tranquilo para o bebê. A pesquisa foi desenvolvida baseada nos métodos de abordagem analítico-descritivo, tendo em vista que pretende descrever os aspectos dos tipos de parto, com ênfase ao parto cesáreo, os tipos de violência obstétrica e analisá-los em conjunto com o aparato normativo sobre o tema à luz do princípio da autonomia de vontade. Nessa continuidade, observou-se o que as omissões legislativas a nível federal impedem uma atuação harmônica na busca pela observância, por parte dos setores público e privado de saúde, na busca pela garantia de proporcionar às gestantes condições dignas no momento do parto. Da mesma forma, observa-se uma desigualdade no exercício da autonomia de vontade entre a gestante usuária do sistema público e do sistema privado de saúde, uma vez que as que utilizam o sistema privado possuem maior liberdade de escolha para optar pela forma que dará à luz.

Palavras-chave: cesárea eletiva. Violência obstétrica. Autonomia de vontade

ABSTRACT

The purpose of this monograph is to debate the doctrinal and legal aspects that gravitate towards the theme of obstetric violence, through a detailed analysis of the conducts that may come to configure it, in opposition to the rules that aim to combat it. It also aims to outline a historical approach to the cultural aspects that led society to naturalize or justify the exacerbated suffering in childbirth, placing the parturient's individual rights and interests in a subsidiary position, using methods that result in physical suffering, unnecessary moral and psychological. In this tuning fork, it also aims to address aspects related to elective cesarean section, as an alternative bias in combating this type of violence, which is still so recurrent in hospitals, especially in the public health system, in which there are more obstacles for the parturient woman enjoys this option. Thus, through this procedure, the woman can regain autonomy over her own body, be the protagonist of her own birth, as long as the possible risks are observed, through periodic monitoring throughout the prenatal period, with the joint performance of all health professionals. Health area, promoting a safe delivery and without traumatic experiences for the mother, as well as a peaceful birth for the baby. The research was developed based on the methods of analytical-descriptive approach, considering that it intends to describe the aspects of the types of delivery, with emphasis on cesarean delivery, the types of obstetric violence and to analyze them together with the normative apparatus on the theme in the light of the principle of autonomy of will. In this continuity, it was observed that legislative omissions at the federal level prevent a harmonious performance in the search for observance by the public and private health sectors, in the search for the guarantee of providing pregnant women with dignified conditions at the time of delivery. In the same way, there is an inequality in the exercise of autonomy of will between pregnant women who use the public system and the private health system, since those who use the private system have greater freedom of choice to choose the form that will give light.

Keywords: elective cesarean section. Obstetric violence. Autonomy of will.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	8
1.1 Evolução Histórica.....	8
1.2 Tipos de Parto.....	10
1.3 Espécies de Violência obstétrica.....	12
2 LEGISLAÇÃO CORRELATA.....	15
2.1 Proteção à maternidade na Constituição federal de 1988.....	16
2.2 Lei n. 17.097/2017 (Santa Catarina)	17
2.3 Lei n. 3.385/2018 (Tocantins)	19
2.4 Lei n. 11.108/2005 (direito ao acompanhante)	20
2.5 Código de Ética Médica (resolução CFM n. 1.931/2009)	22
2.6 Responsabilidade Civil nos casos de violência obstétrica.....	23
2.7 Resolução CFM n. 2.144/2016.....	27
2.8 Lei nº 17.137/2019 (Estado de São Paulo)	27
2.8.1 Controle de Constitucionalidade.....	28
3 CESÁREA ELETIVA COMO FATOR DE REDUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	30
3.1 Exercício da autonomia de vontade como uma questão de bioética.....	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

INTRODUÇÃO

Por violência obstétrica pode-se entender qualquer conduta que venha a denegrir a integridade física, psicológica ou moral da gestante, por meio de ações que podem começar com intimidações e xingamentos, ausência de prestação de informações detalhadas sobre o estado de saúde da gestante e do feto, impedimento de a gestante escolher a melhor forma de dar à luz, intervenções invasivas desnecessárias durante o parto, entre outros. Ou seja, são intervenções realizadas sem o consentimento da gestante ou sem que haja qualquer necessidade.

Sendo uma terminologia relativamente nova, carece de regulamentação a nível federal, existindo apenas algumas leis a nível estadual e resoluções tratando sobre questões específicas do tema, como é o exemplo da Lei nº 17.137/2019, do Estado de São Paulo. Assim, com a carência de normas e consequente ausência de fiscalização, se torna uma atividade extremamente desafiadora a identificação dos lugares onde ela mais ocorre.

É dentro dessa perspectiva que a luta contra a violência obstétrica se fundamenta no âmbito dos direitos humanos, mais especificamente, nas garantias sexuais e reprodutivas (CUNHA, 2015, p. 9), passando ser um dever do poder público garantir que para a mulher que escolhe ser mãe, este seja o melhor momento de sua vida, sem lembranças traumáticas.

Nesse seguimento, como será demonstrado no decorrer desta pesquisa, muitas mulheres passaram a optar pelo parto cesáreo, na modalidade eletiva, em razão do medo de passar por uma experiência traumática, o que por muitas vezes se inicia ainda na fase de pré-natal. Assim, a problemática a ser abordada é justamente até que ponto as gestantes, no uso de sua autonomia podem optar pelo parto cesáreo eletivo e se esta pode ser (ou não) uma alternativa de enfrentamento à violência obstétrica.

Isso posto, a presente pesquisa tem por objetivo geral analisar a cesárea eletiva como um viés de resistência da violência obstétrica no Brasil. Como objetivos específicos, buscamos apresentar a evolução histórica e legislativa sobre o tema, analisar as discrepâncias sociais em relação à escolha do parto e como o judiciário tem se portado diante das (poucas) leis estaduais que envolvem o tema.

A metodologia desenvolvida neste trabalho foi essencialmente bibliográfica, através da busca do desenvolvimento teórico sobre o tema na literatura jurídica, médica, bem como através das pesquisas desenvolvidas pelos estudiosos sobre o tema, partindo de um método de abordagem analítico-descritivo, uma vez que buscou analisar e descrever as hipóteses de violência obstétrica, de perto, e de medidas cabíveis para evitar que as condutas ocorram no dia a dia dos hospitais.

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

A violência obstétrica é um tema bastante discutido na atualidade. Os debates mais calorosos sobre o tema começaram a surgir na década de 90, por meio dos movimentos feministas, evoluindo gradativamente até alcançar a amplitude dos dias atuais, possuindo, inclusive, normatividade própria.

1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Em uma visão introdutória, a violência obstétrica pode ser caracterizada como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Tesser et al ,2015, p.30).

Assim, segundo DUARTE (2015), podem ser caracterizadas como violência obstétrica as seguintes condutas:

(...) Dar hormônios para tornar mais rápido e intenso um trabalho de parto que está evoluindo normalmente; cortar a vagina (episiotomia) da mulher quando não há necessidade (discute-se a real necessidade em não mais que 5 a 10% dos partos); dar um ponto na sutura final da vagina de forma a deixá-la menor e mais apertada para aumentar o prazer do cônjuge ("ponto do marido"); subir na barriga da mulher para expulsar o feto Submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes e residentes.

Os procedimentos alhures mencionados são alguns dos exemplos de condutas degradantes a que são submetidas as parturientes, resultando em uma experiência traumatizante antes, durante ou logo após o parto.

Nesse sentido, para ampliar o entendimento sobre o assunto, é necessário trazer à baila alguns apontamentos sobre as diversas transformações pelas quais passaram o parto e a assistência ao parto ao longo da história.

Inicialmente, o parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como o da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam (MALDONADO, 2002).

Via de regra, os médicos eram chamados apenas nos casos em que havia alguma complicação (HELMAN, 2003, p. 159), o que veio posteriormente a mudar com o surgimento do fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal (MALDONADO, 2002).

Desse modo, a ampla autonomia da mulher e da família sobre o parto foi dando lugar às intervenções médicas, surgindo a cesariana e a medicalização do parto com o uso de anestésias (MALDONADO, 2002).

No Brasil, com a chegada da Corte Portuguesa, em 1808, ocorreu a implantação do ensino oficial de Medicina. A primeira escola foi implantada na Bahia e decorreu de um pedido do Barão de Goyana, José Correia Picanço (SOUZA, 1967). Ocorre que, nesta época, havia a ênfase apenas no ensino teórico, havendo deficiência no ensino prático, como explica SOUZA (1967):

Animado pelo mais ardente desejo, e sem ter arrefecido ainda na carreira do ensino, empenho todo o esforço de que disponho para que os estudantes se habilitem na arte de partejar; apesar do meu empenho, confesso que apenas eles adquirem conhecimentos teóricos por nos faltar ainda o ensino prático, falta sentida e contra a qual têm reclamado quase todos, senão todos os historiadores de ambas as Faculdades de Medicina do Império. Entretanto, tenho fé que um dia virá em que semelhante falta desaparecerá, dotando-nos o governo Imperial ao menos com uma pequena sala, onde sejam recebidas as parturientes.

Ainda segundo o autor, a falta de conhecimento prático resultava em baixa procura pela enfermagem de partos, o que perdurou por muitos anos até que houvesse o amadurecimento da prestação desse serviço no país.

Já no século XX, com a apropriação do saber médico na assistência ao parto estabeleceu-se a medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), resultando no rompimento dos laços entre a mulher e sua família no momento

do parto, uma vez que passou a ser admitida a realização do procedimento apenas com a presença da equipe médica.

Esse modelo tecnocrático resulta, pois, na retirada da autonomia da mulher sobre o seu próprio parto diante das múltiplas intervenções, muitas vezes desnecessárias e prejudiciais para a mãe e para o bebê (MARTINS; BARROS, 2016).

Nesse contexto, a partir das décadas de 1980 e 1990, impulsionados por movimentos feministas, profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres passaram a se organizar para discutir e combater as condutas que resultavam na violência do parto (TORNQUIST, 2004).

1.2 TIPOS DE PARTO

Podemos definir como parto normal aquele realizado pela via vaginal, assistido por um profissional qualificado (médico ou Enfermeiro obstetra) e que, usualmente, é realizado no próprio hospital, dentro de um centro obstétrico ou centro cirúrgico, em alguns locais (COREN 2009). Ou seja, é, via de regra, o parto realizado naturalmente, sem intercorrência ou realização de procedimentos desnecessários, o que não ocorre na maioria das vezes, como evidenciado a seguir:

Tradicionalmente, quando uma mulher tem indicação para o parto normal, e é admitida em uma maternidade, são utilizados procedimentos de rotina para a sua realização, tais como: tricotomia, punção venosa e administração de ocitocina, enema ou clister, repouso no leito, jejum, rompimento artificial das membranas amnióticas, parto na posição litotômica, excesso de manuseio perineal durante o período expulsivo, manobra de Kristeller e a proibição da presença de um acompanhante, dentre outros. Nem sempre as orientações são oferecidas à mulher e seus familiares, e o ambiente vivenciado nesta experiência é o hospitalar, com luzes fortes, pessoas transitando e conversando, falta de privacidade, ar condicionado (COREN, 2009, p. 22).

Desta feita, o parto que deveria acontecer a forma mais natural possível, acaba tendo, por muitas vezes, excesso de intervenções e medicalizações e nesse âmbito que, em nível internacional o movimento de humanização no parto, que objetiva o uso prioritário da tecnologia apropriada apenas quando realmente necessário, desincorporando as tecnologias danosas desnecessárias, além de

promover melhor qualidade na relação entre o profissional de saúde e gestante/parturiente (BARROS, 2011), cujos desdobramentos serão pormenorizados mais adiante.

Já a cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. Evoluiu ao longo dos anos, passando a ser admitida a cesárea eletiva ou a pedido, que é a cirurgia de cesariana que é realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e realizada antes mesmo do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem caracterizar urgência ou emergência.

¹De acordo com a Rede Parto do Princípio , em relatório para CMPI da violência contra as mulheres:

No Brasil, muitos hospitais privados possuem altíssimos índices de cesáreas. Em alguns períodos do ano em alguns hospitais, é difícil encontrar vagas disponíveis devido a grande demanda para agendar cesáreas. Os riscos e complicações dessa cirurgia devem ser esclarecidos à mulher, já que, possui aumento considerável de mortalidade e morbidade grave para mãe e bebê comparados a um parto normal com assistência adequada.

Dentro dessa perspectiva, muitas das indicações de cesáreas que são realizadas frequentemente na obstetrícia brasileira não possuem respaldo na literatura científica (SOUZA, AMORIM, PORTO, 2010).

Em contraponto à cesárea eletiva, também existe a cesárea por conveniência do médico. Também conhecida como “limpar a área”, é conduta corriqueira nos plantões obstétricos, tanto da rede pública quanto da rede privada, se trata de uma “etiqueta” de não sobrecarregar o próximo médico que irá assumir o plantão, pois ele possivelmente estará chegando de outro plantão e estará cansado (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 114).

Já a cesárea por coação é aquela que acontece quando os médicos se utilizam de meios para intimidar a mulher para, assim, obter um falso consentimento, sem que a parturiente tenha os corretos esclarecimentos. Segundo Shearer, a escolha desta e de qualquer intervenção médica deve ocorrer com a análise dos riscos e dos benefícios (e não por meio de imposição). Entretanto, no Brasil tem sido

¹ Rede de mulheres usuárias do sistema de saúde nacional que possui atuação proativa na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

utilizada de forma abusiva, sem a garantia, caso a caso, de que trará benefícios para a mãe ou pare o bebê.

Infelizmente, muitos são os casos em que é retirado da gestante o seu real poder de escolha, por meio de alegações falsas de um risco que, na realidade, é inexistente. Vejamos o exemplo extraído do inquérito civil intitulado “Parirás com dor”, realizado pela Rede Parto do Princípio (2012, p. 123):

Quando completei 40 semanas, o obstetra solicitou um ultrassom para avaliar se ainda dava para esperar que eu entrasse em trabalho de parto espontaneamente. O resultado do exame foi ótimo, boa quantidade de líquido, placenta grau II, boa vitalidade fetal. Porém, meu médico me indicou a cesárea para o dia seguinte, alegando que o bebê não tinha encaixado direito ainda, ele não encaixaria mais. Fui para casa chorando. Meu marido tentou me consolar dizendo que poderíamos consultar outro médico, já que o exame dizia que estava tudo bem. Mas ir para qual médico? Ainda liguei para desmarcar a cirurgia e o médico limitou-se a dizer que eu deveria tomar calmante e eu não devia colocar a vida do meu filho em risco adiando essa cirurgia. (Socorro Moreira, atendida através do plano de saúde em Fortaleza-CE).

Desta feita, a possibilidade de cercear o direito de escolha da futura mãe, mesmo que apenas por indução, é algo que pode ser considerado contrário à ética profissional.

Devido a seu conhecimento e ao respeito que impõe, o médico deve manter-se cauteloso quanto à possibilidade de influenciar a decisão da paciente, levando-a a escolhas que possam não atender a seus legítimos anseios ou interesses (BARCELLOS et al, 2009).

1.3 ESPÉCIES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Várias são as práticas hospitalares que atentam contra a dignidade, a integridade e liberdade da mulher, caracterizando a violência obstétrica. Algumas delas são tão enraizadas na prática médica e muitas vezes as vítimas sentem-se intimidadas de denunciar os abusos e traumas sofridos (CUNHA, 2015).

Por conseguinte, podem ser citadas como espécies de violência obstétrica:

1) VO física: quando são realizadas práticas invasivas, administra-se medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeita o tempo ou as possibilidades de parto biológico; 2) VO psíquica: refere-se ao tratamento desumanizado, grosseiro, humilhação e discriminação. Além disso, cabe nesta classe a omissão de informações sobre a evolução do parto; 3) VO sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo (PEREIRA, SILVA, BORGES, RIBEIRO, AUAREK, SOUZA, 2016).

A Violência física, é aquela realizada por meio de atos que podem impactar de forma direta na saúde reprodutiva e sexual da gestante, geralmente cometida por profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e demais profissionais que atuam no acompanhamento da gestante.

A psicológica, por sua vez, se caracteriza por meio verbal ou comportamental, que venha a coagir, inibir ou constranger a gestante, deixando-a emocionalmente instável.

A violência obstétrica de caráter sexual, por fim, é caracterizada por ações impostas à gestante que venham a violar a sua intimidade, integridade sexual e reprodutiva por meio de práticas constrangedoras não autorizadas, como é o exemplo do exame de toque que, por vezes, é realizado por diversas pessoas diferentes, mais comum em hospitais universitários.

À vista disso, outras condutas realizadas no ambiente hospitalar também podem ser caracterizadas como violência obstétrica, como indução à tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); lavagem intestinal; imobilização; posição horizontal durante o trabalho de parto; utilização do soro com o objetivo de puncionar a veia para facilitar a posterior administração de medicamentos; administração de ocitocina, realizada para acelerar o trabalho de parto; episiotomia (REIS; PATRICIO, 2005).

Esta última conduta é uma das mais comuns e se caracteriza pela incisão cirúrgica realizada na região do períneo com o intuito de aumentar o lúmen do introito vaginal já na fase expulsiva do parto, somente indicada em casos restritos, de mulheres primíparas (que está em seu primeiro parto) ou múltiparas (que já deu a luz duas ou mais vezes) com episiotomia realizada em parto anterior (VASCONCELOS; FONSECA; ARRUDA, 2012). Geralmente é realizado de forma

desnecessária, sem o consentimento das mulheres e sem informar ou orientar quanto a realização da técnica (SANTOS; SOUZA, 2014).

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil (2014) a episiotomia é realizada em 56,1% nos partos de baixo risco obstétricos, 48,6% em risco obstétrico e 53,5% em todas as mulheres. A partir desses dados estatísticos percebe-se que o índice da realização de episiotomia é elevado, pois é executado praticamente em todos os partos, mesmo naqueles de baixo risco. (SANTIAGO; SOUZA 2017).

Outra conduta que faz parte do cotidiano dos hospitais é o impedimento de que a parturiente seja acompanhada por pessoa de sua escolha, que apesar de ser uma recomendação do Ministério da Saúde garantido por lei, são criadas barreiras para que haja de fato a sua participação. A justificativa alegada pelas instituições é a inadequada infraestrutura dos serviços que não comporta muitas pessoas na sala, e também se nota a ausência de preparo da equipe de saúde em saber como lidar com esse acompanhante (LONGO; ANDRAUS, BARBOSA, 2010).

É importante ressaltar que o direito ao acompanhante não constitui um “privilégio” da mulher usuária da rede pública do SUS, mas uma medida que se aplica a todos os estabelecimentos de atendimento à saúde onde sejam realizados partos independentemente de convênio público ou particular (Parto do princípio, 2012, p. 19). Infelizmente, não é o que se verifica na prática e as mulheres que dependem do Sistema Único de Saúde comumente são obrigadas à vivenciarem a solidão no parto.

O manejo de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto também é bastante utilizado. A função da ocitocina no parto é promover contrações uterinas, de forma ritmada, até que o bebê nasça. Quando a mulher entra em trabalho de parto, a ocitocina é produzida pelo próprio corpo encarrega-se deste trabalho. Contudo, quando é feito o diagnóstico de que o trabalho de parto não está evoluindo como deveria e que isto pode ocasionar riscos reais ao feto, o medicamento pode ser útil para salvar vidas. Entretanto, o quadro atual é o de aplicação rotineira da ocitocina sintética como forma de induzir o parto nas mulheres com mais de 41 semanas de gestação (CUNHA, 2015, p.14).

Outra forma de estimular o parto que atualmente não é recomendada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) é a manobra de Kristeller. Quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve (PARTO DO

PRINCÍPIO, 2012, p. 103). Não é mais recomendada pois existem algumas evidências, ainda que escassas, de que tal manobra representa um fator de maior risco de morbidade materna e fetal (LIMA; LOPES; 2019, p. 5).

O uso da litotomia e da posição supina também são constantes. Em ambas a parturiente fica em posição horizontal e de barriga para cima. Porém, é a menos recomendada por diversas razões, dentre elas: a expulsão do bebê contra a gravidade, o peso do neném sobre os ossos do cóccix- o que impede a sua total dilatação, e a tensão dos músculos do períneo pela posição das pernas – o que aumenta os riscos de laceração (CUNHA, 2015, p. 15).

Os exemplos representam, pois, o retrato da objetificação da mulher, no qual jamais a mulher é colocada como protagonista do seu próprio parto. Sobre o assunto, explica Cunha:

A objetificação da mulher é ponto de difícil compreensão e aceitação até mesmo para as mulheres que passaram por procedimentos violentos. Isto porque os protocolos hospitalares atuais, muitos deles sem o devido respaldo científico, estão bastante assentados e aceitos, não apenas na cultura hospitalar, mas pela sociedade em geral. Desta forma, muitas mulheres desinformada dos estudos médicos mais atuais, aceitam a experiência como normal, sem se insurgir contra esta realidade e sem se permitir o direito de reclamar seu sofrimento.

Todas as condutas mencionadas são mais comuns nos partos ditos normais, o que pode resultar na escolha, pela maioria das mulheres, sobretudo a que já tiveram alguma experiência traumática, de optar pelo parto cesáreo.

2 LEGISLAÇÃO CORRELATA

Primeira questão importante sobre o tema, é que o Brasil carece de legislação federal específica que trate sobre violência obstétrica, bem como dos desdobramentos da autonomia de vontade a ser exercida pela gestante em relação à escolha do parto. Existem apenas algumas leis estaduais que de forma singela tratam sobre o tema.

2.1 PROTEÇÃO À MATERNIDADE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Inicialmente, como observam Nazário e Hammarstron, a Constituição Federal garante à mulher os mesmos direitos e deveres dados ao homem, mas, apesar de ter conquistado seu espaço diante da sociedade, ainda é vítima das mais diversas formas de violência², sendo a violência obstétrica mais uma das formas de violência de gênero institucionalizada em razão do gênero.

Do mesmo modo, o direito à proteção da maternidade foi elevado à condição de direito social fundamental, em especial devido ao valor jurídico-social assumido pela garantia de índole constitucional em comento, que busca, de maneira robusta, dar efetividade à proclamação constante no artigo 6º da Carta da República³.

Entretanto, pelo que se observa na praxe jurídica e legislativa é que não é observado o momento essencial ao início do exercício da maternidade: o parto.

Partindo dessa premissa, observa Pedro Lenza:

A proteção à maternidade aparece tanto com natureza de direito previdenciário (art. 201, II, CF), como de direito assistencial (art. 203, I, CF).

² NAZÁRIO, Larissa; HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol. **Os direitos da parturiente em caso de violência obstétrica**. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20-%20ARTIGOS/OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20NOS%20CASOS%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.PDF>. Acesso em 15/11/2020.

³ RANGEL, Tauã Lima Verdan. **O reconhecimento da proteção à maternidade como direito social: ponderações à luz do STF**. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-148/o-reconhecimento-da-protecao-a-maternidade-como-direito-social-ponderacoes-a-luz-do-stf/>. Acessado em 15/11/2020

A teor do art. 201, II, a proteção à maternidade deverá ser atendida pela previdência social, sendo um dos objetivos da assistência social (2018, p. 1343).

Embora a Constituição estabeleça, de modo coerente, a proteção especial à gestante, observa-se que, na prática, a vertente mais aplicada é a do direito ao pré-natal, que deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde (Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000).

Não menos importante, nos últimos anos surgiram diversas leis em proteção ao mercado de trabalho da mulher, de modo a possibilitar que esta exerça, em grau de igualdade com os homens, suas funções profissionais sem precisar comprometer as suas funções maternas.

Como exemplos, podem ser mencionadas a Lei 13.363/2016 que alterou o Estatuto da Advocacia (Lei n. 8.906/94), e o Código e Processo civil, para estipular direitos e garantias à advogada gestante, lactante, adotante ou que ser à luz.

Do mesmo modo, a Lei n. 11.770/2008, regulamentada pelo Decreto 7.052/2009, passou a permitir a prorrogação da licença à maternidade por mais 60 dias mediante incentivos fiscais às empresas.

Já no ano de 2016, em razão do surto das doenças causadas pelo *Aedes aegypti*, foi promulgada a lei que ficou conhecida como “Lei do Mosquito” (Lei n. 13.301/2016, que em seu art. 18, § 3º, estabelece a licença-maternidade de 180 dias no caso das mães acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo mosquito (LENZA, 2018, p. 1343).

Como é possível observar, a atuação nos poderes para garantir a proteção à maternidade, sem sido incisiva principalmente no pós-parto, deixando de lado as consequências físicas e psicológicas que podem vir a trazer um parto traumático e irresponsável. Com isso, de forma tímida, passaram a surgir algumas leis estaduais tratando sobre violência obstétrica, que serão mencionadas a seguir.

2.2 LEI N. 17.097/2017 (SANTA CATARINA)

Um dos maiores desafios do combate à violência obstétrica é a amplitude do seu conceito, o que dificulta, no caso concreto, a constatação da sua existência ou não. Esse foi um dos motivos que levou a ser promulgada a Lei n. 17.097/2017, de autoria da ex-deputada federal Ângela Albino.

A referida lei dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, descrevendo, em seu art. 2º, quais as condutas que podem vir a configurá-la:

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

- I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;
- II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;
- III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;
- IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;
- V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;
- VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;
- VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;
- VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;
- IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;
- X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;
- XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;
- XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
- XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Como se pode depreender da leitura dos incisos, as condutas podem ocorrer tanto antes do parto, como nos casos em que o médico responsável ou enfermeiros influenciam na escolha do parto da gestante, durante, por meio de xingamentos, recriminando a mulher por características físicas ou pela forma que se comporta durante o parto, bem como depois, impedindo-a de permanecer em alojamento conjunto com seu filho recém-nascido.

Para garantir a observância das disposições legais, o Poder executivo deverá elaborar a Cartilha dos Direitos da Gestante e da parturiente, de modo a propiciar às mulheres informações sobre atendimento hospitalar digno e humanizado, cabendo aos órgãos públicos competentes a aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas constantes na lei⁴.

2.3 LEI 3.385/2018 (TOCANTINS)

⁴ Art. 4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no caput deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências”.

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

De modo semelhante ao que ocorreu no Estado de Santa Catarina, no ano de 2018 foi promulgada a Lei n. 3.385, do Estado do Tocantins, buscando a erradicação da violência obstétrica, nela conceituada como todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, maternidade e unidade de saúde, por um familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de estado puerperal (art. 2º).

As condutas caracterizadoras dessa espécie de violência foram descritas de forma bastante semelhante a lei do Estado de Santa Catarina, porém, foi aquém ao não estabelecer formas de divulgação de conteúdo às futuras parturientes, exceto quando estabelece aos hospitais a exposição das condutas elencadas na lei. Também carece de dispositivo tratando a forma de aplicar sanções aos eventuais infratores.

2.4 LEI N. 11.108/2005 (DIREITO AO ACOMPANHANTE)

Há de se reconhecer que a legislação federal não é no todo omissa sobre o tema, tendo sido promulgada no ano de 2005 a Lei n. 11.108, que trata especificamente do direito que assiste à gestante de ser acompanhada durante o parto.

Alterou a Lei nº 8.080/90 (Lei orgânica da Saúde), para incluir o art. 19-J, que possui a seguinte redação:

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

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

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

A previsão legal possui razão de ser, pois, inúmeras vezes neste momento a parturiente está vulnerável, e quanto mais passiva a parturiente, mais fácil é a prática médica ou da equipe que lhe acompanha. Além disso, facilmente pode ser

convencida a aceitar algum procedimento sob a falsa justificativa de que sua vida ou a do seu filho está em risco, sem ter certeza de que é realmente imprescindível.⁵

Assim, busca-se evitar que a gestante fique desassistida de pessoa de sua confiança, que possa ajuda-la na tomada de decisões, além de romper com a cultura do parto solitário, que por vezes acaba resultando em condutas desrespeitosas e degradantes às gestantes, como mostra o relato a seguir:

Quando cheguei, me instalaram em uma cadeira de plástico da recepção e informaram meus acompanhantes que eu deveria procurar outro hospital porque aquele estava lotado. Lembro que fazia muito frio e eu estava molhada e gelada, pois minha bolsa continuava a vazar. Fiquei muito doente por causa disso. Minha mãe ameaçou ligar para o advogado, disse que processaria o hospital e que eu não sairia de lá em estágio tão avançado do trabalho de parto.

Meu pai quis bater no homem da recepção. Enquanto isso, minhas contrações aumentavam. Antes de ser finalmente internada, passei por um exame de toque coletivo, feito por um médico e seus estudantes, para verificar minha dilatação. “Já dá para ver o cabelo do bebê, quer ver pai?” Mostrava o médico para seus alunos e para o pai do meu filho. Consigo me lembrar de poucas situações em que fiquei tão constrangida na vida.

Cerca de uma hora depois, me colocaram em uma sala com várias mulheres. Quando uma gritava, a enfermeira dizia: “pare de gritar, você está incomodando as outras mães, não faça escândalo”. Se eu posso considerar que tive alguma sorte neste momento, foi o de terem me esquecido no fim da sala, pois não me colocaram o soro com ocitocina sintética que acelera o parto e aumenta as contrações, intensificando muito a dor. Hoje eu sei que se tivessem feito, provavelmente eu teria implorado por uma cesariana, como a grande maioria das mulheres⁶.

Com a presença de acompanhante no parto, a mulher há de se sentir menos insegura e, em caso de eventual violência, irá contar com ao menos uma testemunha dos fatos ocorridos.

No mesmo sentido, é de amplo conhecimento da população a situação atípica pela qual a sociedade está passando nesse momento, em razão da pandemia do

⁵ NAZÁRIO, Larissa; HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol. **Os direitos da parturiente em caso de violência obstétrica.** Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20-%20ARTIGOS/OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20NOS%20CASOS%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.PDF>. Acesso em 15/11/2020

⁶ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO.** Agosto de 2010. Disponível em: https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf; Acesso em 16 de novembro de 2020

COVID-19. Por óbvio, com atenção à redução dos índices de contaminação, foi e ainda está sendo necessária uma reconfiguração da dinâmica dos hospitais.

Em consonância com a situação enfrentada, foi promulgada a Lei n. 13.079/2020, que trata das medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, devendo ser mantido, não obstante a necessidade de distanciamento social, o direito de a gestante ser acompanhada durante o parto, entendimento que pode ser extraído da leitura do artigo 3º, § 2º, inciso III, ao prever que “a disciplina para os cuidados com a Covid-19 não deve se afastar dos postulados da dignidade da pessoa humana”.

2.5 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (RESOLUÇÃO CFM N. 1.931/2009)

Em uma perspectiva humanista, em seu capítulo IV, do Código de Ética Médica disciplina um rol de proteção aos direitos humanos, estabelecendo vedações como tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar a sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto, bem como deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa seu bem-estar, bem como exercer a sua autoridade para limitá-lo.⁷

Disposição importante é a constante no art. 28, que trata da importância de o médico respeitar a autonomia do paciente:

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina (grifo nosso).

Essa previsão legal possui (ou deveria possuir) relevância no momento do parto, tendo em vista as peculiaridades e o momento delicado que é o de trazer um

⁷ Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto

art. 24 Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

filho ao mundo. Destarte, além da proteção à integridade física e psicológica da parturiente, também deve ser levada em conta a sua opinião a respeito do parto.

No mesmo sentido, o Código de Ética de Enfermagem n. 564/2017 também prevê a garantia de direitos fundamentais durante o atendimento. São exemplos:

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Entretanto, embora haja essa previsão pela obrigatoriedade de respeito aos direitos fundamentais dos pacientes, é cediço que na prática o que se verifica são situações corriqueiras de desrespeito à integridade do paciente, sobretudo em relação às gestantes na hora do parto. Esse cenário resulta, por muitas vezes, em ações reparatórias.

2.6 RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com as lições de Flávio Tartuce (2015, p. 445), a responsabilidade civil surge em face do descumprimento obrigacional, pela desobediência de uma regra estabelecida em um contrato, ou por deixar determinada pessoa de observar um preceito normativo que regula a vida.

Está prevista, inicialmente, no art. 927 c/c art. 186 do Código Civil. Vejamos:

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

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

De igual modo, o Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078 de 1990) dispõe sobre a reparação de danos causados na prestação de serviços. Verbis:

Art. 14: O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

(...)

“a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Como é possível notar, o Código de Defesa do Consumidor – CDC é o pioneiro ao tratar da responsabilidade civil dos profissionais liberais. Dispõe que para a responsabilização civil desses profissionais deve ser imposta mediante a culpa destes. Assim, essa responsabilidade poderá recair nos casos em que a gestante contrata o serviço privado de saúde para a realização do seu parto.

De outra parte, estabelece o art. 196 da Constituição Federal que:

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

Assim, o Estado, na prestação de serviços, possui responsabilidade objetiva, conforme dicção do art. 37, parágrafo 6º do texto constitucional. A saber:

Art. 37

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

Sobre o assunto, leciona José dos Santos Carvalho Filho:

Toda responsabilidade rende ensejo a determinada sanção, cuja natureza varia em função do tipo de responsabilidade: a responsabilidade penal importa a aplicação de sanção penal; a civil, a penalização de caráter privado, e assim por diante. Se o mesmo fato provoca responsabilidade de mais de uma natureza, são aplicáveis, cumulativamente, as respectivas sanções. A sanção aplicável no caso de responsabilidade civil é a indenização, que se configura como montante pecuniário que representa a reparação dos prejuízos causados pelo responsável (2018, p. 593).

Dessa maneira, a responsabilidade civil por danos causados em decorrência de violência obstétrica tem se entendido que o dano é presumido, conforme pode se verificar do julgado colacionado a seguir, do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

No caso, desnecessária a produção de prova pericial para analisar se a anestesia foi aplicada ou não no momento adequado. Isso porque a causa de pedir não se refere a erro médico. **A autora reclama, na verdade, do “lado humano” do tratamento dispensado pela equipe médica. Deveras, aduz que foi tratada com descaso e ironia pela equipe médica, o que lhe teria causado danos morais.** Verifica-se, portanto, que a existência ou não de erro médico em nada interfere no mérito da demanda, razão pela qual não foi deferida a produção de exame pericial.

(...)

Somado ao inadimplemento contratual, restou comprovado nos autos a chamada “violência obstétrica”. De fato, durante a instrução foi ouvida uma testemunha que presenciou os fatos e confirmou o evento noticiado na inicial. Noticiou o ambiente insalubre no qual foi instalada a requerente e o descaso da equipe médica, sendo que as enfermeiras chegaram a indicar que autora estava **enchendo o saco** (TJSP. Comarca de Taboão da Serra. 1ª Vara Cível. Autos n. 1003315-16.2015.8.26.0609. Julgado em 21/08/2017, grifo nosso).

A despeito disso, conforme corretamente leciona Sthefany Machado⁸, dentre vários aspectos que podem ser destacados sob a ótica da responsabilidade civil, indubitável que, hodiernamente, a área da saúde se apresenta como uma das esferas mais galgadas nos tribunais pelas ações de caráter indenizatório, nas espécies moral, material e estética, especialmente a área da gineco-obstetrícia, que lidera o ranking das especialidades médicas demandadas perante o judiciário em virtude de erro médico.

Sendo assim, as ações judiciais funcionam como uma forma de sopesar as omissões legislativas, bem como de fiscalização, funcionando como sucedâneo para garantia da dignidade dos usuários dos sistemas público e privado de saúde.

⁸ CORDINI, Sthefany Machado, 2018 **A responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica praticada na rede pública de saúde.** Disponível em: <https://smcordini.jusbrasil.com.br/artigos/687322866/a-responsabilidade-civil-nos-casos-de-violencia-obstetrica-praticada-na-rede-publica-de-saude>. Acesso em 23 de novembro de 2020.

Analisados alguns diplomas legais sobre a violência obstétrica, é igualmente necessário analisar as normas infraconstitucionais voltadas para cirurgia eletiva.

2.7 RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016

Possui o objetivo de atender à vontade da gestante de realizar o parto cesariano, desde que ressalvada a autonomia do médico, da paciente e do nascituro, prevendo que a cesariana em situação de risco habitual somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana gestacional, como forma de garantir a segurança do feto.

Como é possível enxergar, resta evidenciada a importância da autonomia da gestante, proporcionando-a o direito de participação ativa na escolha do parto, com a atenção à segurança materno-fetal.

É nesse sentido que, na exposição de motivos, salienta o relator José Hiran da Silva Gallo ⁹sobre a importância de que a gestante seja bem informada e orientada previamente para que esteja apta a compreender as implicações do procedimento. Para tanto, destaca ser essenciais as seguintes medidas:

Nas primeiras visitas pré-natais, médico e paciente devem discutir, de maneira ampla e exaustiva, sobre o parto vaginal e a cesariana, seus riscos e benefícios e também sobre o direito de escolha da via de parto. Uma vez esclarecida, a gestante deve externar o seu desejo e uma decisão dividida com o médico deve ser tomada.

Desta feita, é ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional (art. 3º). Resta evidenciado, assim, que a autonomia de vontade se aplica não só em relação à gestante, mas também ao médico que a atender.

2.8 LEI Nº 17.137/2019 (ESTADO DE SÃO PAULO)

⁹ <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>

Em 23 de agosto de 2019, entrou em vigor no Estado de São Paulo a Lei nº 17.137/2019, que tratou de disciplinar e prever a possibilidade de a gestante optar pela cesariana ou pela analgesia (em caso de escolha do parto normal), a partir das 39 semanas de gestação¹⁰.

Estabeleceu que a opção pelo parto deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, devendo o médico ao discordar da opção da gestante pelo parto cesáreo, registrar as razões da discordância no prontuário.

Como forma de garantir efetividade ao regramento nela previsto, a lei determina que nas maternidades e hospitais que funcionem como maternidade, bem como nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres “constitui direito da parturiente escolher a via de parto seja normal, seja cesariana (a partir das 39 semanas de gestação) ”.

2.8.1 Controle de constitucionalidade

É instrumento que visa garantir a supremacia e a defesa das normas constitucionais (explícitas ou implícitas) frente a possíveis usurpações, devendo ser entendida como a verificação da compatibilidade (ou adequação) de leis ou atos normativos em relação a uma Constituição (GONÇALVES, 2018, p. 1517).

A inconstitucionalidade pode ser formal ou material. Esta se verifica quando o conteúdo do ato normativo é incompatível com a Constituição. Já a inconstitucionalidade formal, se dá em relação à criação do ato em si, podendo ser por vício de competência ou procedimental.

Nesses termos, a Constituição Federal em seu art. 125, § 2º, dispõe que cabe aos Estados a instituição de representação de inconstitucionalidade de leis ou atos normativos estaduais ou municipais em face da Constituição estadual, vedada a atribuição de legitimação de agir para outro órgão. Esse controle será de competência do Tribunal de Justiça, não cabendo a nenhum outro órgão do Poder Judiciário (GONÇALVES, 2018, p. 1665). É o chamado controle de constitucionalidade ou ADI estadual.

¹⁰ 10 Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário

Foi o que ocorreu com a Lei nº 17.137/2019. Proposta pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), a ADI nº 2188866-94.2019.8.26.0000, da Comarca do Estado de São Paulo, que foi declarada formalmente inconstitucional, como se depreende do julgado colacionado a seguir:

VI. INCONSTITUCIONALIDADE FORMAL – Lei que trata da opção por um procedimento médico atinente ao nascimento, conferindo-a à gestante. **Ainda que toque matérias diversas, como o direito à autonomia, a relação médico-paciente** ou, em mais larga escala, a relação entre prestador de serviço e seu beneficiário, essencialmente, toca aspectos relativos à saúde e à vida da gestante e da criança, que termina por ser o tema central do diploma legislativo. Necessária sua subsunção, portanto, ao artigo 24, inciso XII, último item, da Constituição Federal. Cenário que trata da competência da União para o estabelecimento de normas gerais e dos Estados para suplementá-las, havendo competência legislativa plena na hipótese de inexistência de norma federal que trate da questão. A lei questionada não traz em seu bojo qualquer elemento capaz de demonstrar a particularidade deste Estado a justificar a edição de legislação suplementar. Ausente o cenário específico deste ente da federação que justifique a suplementação federal, necessário concluir que se trata de norma geral, que seria de competência do Estado apenas na ausência de legislação federal reguladora do assunto. Matéria já disciplinada, de modo geral e abrangente por legislação federal. Trata-se da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) , que "regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado". Não bastasse isto, há também a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências), que prevê: (...) Do Direito à Vida e à Saúde Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (...) § 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. VII. A interpretação não precisa se afastar da meramente gramatical. Assegura-se à parturiente o parto natural cuidadoso, e estabelece-se a cesariana

por motivos médicos. Há, assim, nítido confronto entre a legislação vergastada e o regramento federal, mais antigo a abrangente. Nesta, resta estabelecida a necessidade de critérios médicos para o parto cesariano. Já a lei estadual, mais recente, prevê a livre opção da parturiente, ainda que não haja recomendação médica para o procedimento almejado. A tutela da Saúde encontra-se no campo da ciência e não da mera volição emocional. VIII. Há que se concluir, à luz da síntese dos argumentos trazidos até então, que a lei estadual em foco invadiu a esfera de competência da União ao disciplinar matéria, como norma geral, que já fora regrada de modo diverso (restando afastada, com isso, a hipótese de competência legislativa plena por parte do Estado de São Paulo). IX. Usurpação de competência legislativa da União, afrontando o disposto nos artigos 144 da Carta Bandeirante e 24, inciso XII, da Constituição Federal. Ação julgada procedente para declarar a inconstitucionalidade da Lei Estadual nº 17.137, de 23 de agosto de 2019.

(TJ-SP - ADI: 21888669420198260000 SP 2188866-94.2019.8.26.0000, Relator: Alex Zilenovski, Data de Julgamento: 01/07/2020, Órgão Especial, Data de Publicação: 02/07/2020)

É possível perceber que foi reconhecida a inconstitucionalidade formal da lei, uma vez que esta violou alguns dispositivos constitucionais, dentre eles a competência da prevista no art. 24, XI, além do vício de iniciativa. Também violando o art. 25 da Constituição do Estado de São Paulo.¹¹

Isso porque a lei foi omissa quando à existência de dotação orçamentária para abarcar as consequências práticas, pois, em consequência de um possível aumento de cesarianas haveria um aumento de gastos com insumos hospitalares e com os profissionais que atuariam no parto.

Superada a questão da inconstitucionalidade formal, não é demais destacar que embora a lei, tenha sido formalmente declarada inconstitucional, não há reconhecimento de incompatibilidade de seu conteúdo com os preceitos constitucionais fundamentais. Assim, resta evidenciado um tímido avanço no sentido do olhar do legislador sobre a gestante e sobre as dirimentes da autonomia de vontade no parto.

¹¹ Artigo 25 - Nenhum projeto de lei que implique a criação ou o aumento de despesa pública será sancionado sem que dele conste a indicação dos recursos disponíveis, próprios para atender aos novos encargos.

3 CESÁREA ELETIVA COMO FATOR DE REDUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como reportado anteriormente, a cesárea eletiva é aquela que ocorre a pedido da gestante, sem indicação médica, mas com a autorização do médico responsável, analisadas as condições da gestante e do feto.

Com essa possibilidade, a autonomia da mulher sobre o próprio corpo, sem colocar a sua própria vida ou a do feto em risco, se mostra como principal desiderato do procedimento. Entretanto, é perceptível que as mulheres que mais desfrutam dessa possibilidade de escolha são as que podem usufruir da rede privada de saúde, diferente do que ocorrem com as que dependem da rede pública.

Sendo assim, o exercício da autonomia deve ser observado em conjunto da primazia da justiça, sem estipular diferenças entre classes:

No caso da cesárea eletiva e do princípio ético da autonomia, o que deve prevalecer é o princípio da justiça. O que tem sido verificado é o direito de as gestantes de clínica privada optarem pela via de parto, enquanto as da rede pública têm esse direito abolido, aventando-se que os hospitais-escola devem seguir rotinas burocráticas e técnicas de ensino da obstetrícia. As discussões atuais são muitas e acaloradas em torno da escolha da mulher pela cesárea eletiva como uma opção legítima para o nascimento, aberta a todas as mulheres, não só às de maior poder aquisitivo (GULLO, et al, 2011, p. 365)¹²

O momento atual é de suma importância na discussão da cesariana eletiva e da opção pela via de parto, pois deve ser colocada em pauta, entre a equipe obstétrica, a mulher e sua família, a assistência humanizada ao nascimento, de forma que a autonomia seja respeitada e o parto realizado com competência de todos os profissionais envolvidos, o que pressupõe conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções¹³.

Seguindo essa vertente, a paciente precisa ter acesso às suas opções e o médico deve orientá-la da melhor escolha a ser feita de acordo com seu histórico

¹² GULLO, Caio Eduardo ; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês; CABRERA, Eliana Márcia Sotello Cabrera, IRIGOYEN, Beatriz Barco Tavares Jontaz; RODRIGUES, Damaris Aparecida. **Cesárea eletiva no Brasil: imposição da autonomia da mulher ou do poder médico?** 2011. Enfermagem Brasil.

¹³ Ibidem

médico¹⁴ respeitando, assim, suas condições especiais e possíveis riscos que podem advir da escolha.

A maioria das pessoas tem falado em banalização da escolha do parto cesáreo no Brasil, bem como em comodidade pela possibilidade de agendamento, o que não ocorre em outros países em que se preza pela segurança do bebê.

Nessa perspectiva, explica Domingues que a forma de organização da assistência nesse setor, que permite o agendamento das cesarianas a pedido, aliada a uma percepção elevada de segurança da cesariana, são explicações possíveis para tal achado. Em outros países, a conveniência do agendamento do parto é um aspecto menos valorizado, quando comparado à segurança do bebê e à segurança e recuperação da mulher.

Os que são contrários ao procedimento também afirmam sobre os possíveis riscos para o bebê e para a gestante. Nesse segmento, conforme exposto pela pesquisa nascer no Brasil:

Já está bem estabelecido na literatura científica que a cesariana aumenta o risco de morbidade respiratória leve e grave, que aumenta à medida que diminui a idade gestacional, aumenta também o risco de internação, ida de UTI e óbito.

Para a mulher a cesariana também é um fator de risco bem estabelecido para ocorrência de hemorragia, infecção e óbito materno e nas gestações subsequentes para o desenvolvimento de uma placentação anormal e ocorrência de óbito fetal.

Os dados dessa pesquisa foram colhidos entre os anos de 2011 e 2012 pela Fundação Oswaldo Cruz, que realizou entrevistas com 23.894 mulheres a fim de realizar o que ficou conhecido como Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento.

Neste, verificou-se que 80% dos partos ocorreram em maternidades públicas ou híbridas e apenas 20% no setor privado. Em relação ao tipo de parto, 52% ocorreram mediante cesariana e, no setor privado, da totalidade de partos realizados 88% foram cesarianas¹⁵. Essa informação vem a ratificar o que foi mencionado anteriormente, acerca das desigualdades entre as mulheres usuárias do sistema público em detrimento das que usam o sistema privado de saúde.

¹⁴ <https://www.arevistadamulher.com.br/faq/25344-cesarea-eletiva-quem-decide-sobre-como-e-quando-o-bebe-deve-nascer>

¹⁵ **FIOCRUZ. NASCER NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO.2014.** Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil>. Acesso em 24 de novembro de 2020

Diante do exposto, e como já explicitado verifica-se que a autonomia de vontade é exercida de forma mais livre no setor privado do que no setor público. Assim, como a autonomia de vontade é um desiderato da dignidade humana, é visível a violação desse direito sopesado de forma desigual, a depender do poder aquisitivo.

Concordando com esse posicionamento, Fleiner afirma:

Quando essa liberdade é invadida por outrem, o homem tem sua dignidade violada. A dignidade humana pressupõe o respeito do âmbito da liberdade que as pessoas necessitam para formar suas opiniões e, de acordo com estas determinar suas ações. Ademais, é mister ao homem a possibilidade de desenvolver-se segundo seus projetos de vida. Qualquer medida coercitiva que prejudique essencialmente a sua liberdade de decisão se constitui num ataque contra a dignidade humana. A liberdade de decisão (autodeterminação) faz parte do núcleo essencial do ser humano.

Desse modo, não se pode olvidar sobre os riscos que podem trazer à mãe e à criança diante da realização de uma cesariana, todavia, como já mencionado, a possibilidade de escolha deve ter pautada na prestação de informações adequadas sobre as condições de saúde da mãe e do bebê e dos riscos que podem surgir no procedimento.

Ressalte-se que, a mera prestação de informações não é suficiente, sendo salutar que o profissional atue de modo a ter sensibilidade com o potencial de entendimento de cada paciente.

Segundo PAZÓ et al (2015, p. 430), são requisitos para que a pessoa possa exercer a sua autonomia: a) capacidade de compreender e deliberar para decidir entre alternativas apresentadas; e b) liberdade para decidir, portanto, ausência de imposição capaz de influir na tomada da decisão.

Em sintonia com esse ponto de vista, acentua Eudes Quintino de Oliveira Júnior:

É uma relação linear que procura, de um lado, reconhecer os direitos da paciente em determinar-se de acordo com a sua vontade no tocante à vida e saúde e, de outro lado, o profissional de saúde em apontar os procedimentos médicos convenientes, sem, contudo, obrigá-lo a tanto.

Assim, não basta apenas que o profissional de saúde transmita as informações à gestante, sendo de mesma importância observar o grau de entendimento de cada paciente.

No mesmo sentido, não é viável atribuir a uma problemática superioridade em relação a outra, ou seja, os riscos decorrentes de uma cesárea são tão graves quando às condutas que configuram violência obstétrica.

3.1 EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DE VONTADE COMO UMA QUESTÃO DE BIOÉTICA

A bioética é o ramo de estudos e pesquisas que trata das questões éticas e morais voltadas para à saúde. No Brasil, teve um desenvolvimento tardio, vindo a ocorrer apenas na década de 90, mas se desenvolveu de forma mais rápida do que o esperado, conforme Volnei Garrafa¹⁶:

Do mesmo modo, observa ainda o autor que, quando surgiu, a bioética possuía um valor essencialmente principiológico, fundada em quatro princípios básicos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, os quais seriam “uma espécie de instrumento simplificado para uma análise prática dos conflitos que ocorrem no campo bioético” (2005, p.127).

Com o crescimento das cirurgias cesarianas ao longo dos anos, a OMS passou a recomendar de forma incisiva a preferência pelo parto normal. No Brasil, essa proposta foi abraçada pela Agência de Saúde Suplementar, que no ano de 2016 editou a Resolução normativa nº 398, que trata, essencialmente, sobre a obrigatoriedade de os médicos entregarem nota de orientação a gestante.

É o que se verifica pela leitura dos arts. 2º e 3º da citada resolução:

Art. 2º Os médicos deverão entregar às beneficiárias, em três consultas distintas, no curso do processo de acompanhamento da gestação, a Nota de Orientação à Gestante, prevista no Anexo desta RN.

(...)

Art. 3º Fica transformado em § 1º o atual parágrafo único do art. 1º da Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de

¹⁶ <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24286>

informação à gestante no âmbito da saúde suplementar, passando a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º(...)

§ 1º Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I (grifamos).

Como se vê, de acordo com a resolução há uma obrigatoriedade de os médicos entregarem às gestantes, em três oportunidades distintas, nota de orientação, de caráter informativo, sobre os riscos de ambas as modalidades de parto. Assim, caso a gestante decida optar pela cesárea eletiva, terá as informações que lhes forem importantes ofertadas periodicamente.

A partir daí, pode ter início uma espécie de “embate”, entre a escolha da paciente e a opção do médico em não acolher o pedido da gestante que opta pelo procedimento cirúrgico. Assim, a abordagem de grande parte das questões do âmbito da bioética foi reduzida à esfera individual, tratando preferencialmente das contradições: autonomia versus autonomia e autonomia versus beneficência (GARRAFA, 2005, p.128), cuja escolha mais viável só será possível após análise das condições pessoais de cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo o que aqui foi exposto, é clarividente que o Brasil necessita de forma urgente de uma legislação específica a nível federal que trate sobre o tema, possibilitando uma atuação mais incisiva no combate à violência obstétrica.

As omissões legislativas acabam resultando em mais desigualdades sociais, que naturalizam o sofrimento e a prática de condutas degradantes em relação às mulheres que não podem optar pela rede privada de saúde. Ainda assim, mesmo diante da omissão legislativa, o poder público jamais poderá se eximir do seu dever de zelar pela garantia da dignidade da pessoa humana, cujos principais desideratos são a igualdade e a liberdade.

Desse modo, resta imperiosa a necessidade de um olhar retrospectivo para que assim possam ser proporcionadas mudanças paradigmáticas, de modo a romper com uma construção cultural que tende a subjugar a mulher em um dos momentos que deveria ser um dos mais felizes de sua vida.

Por fim se reconhece a situação extremamente delicada por que passa a saúde nesse momento, em razão da pandemia do COVID-19. Contudo, a escassez de recursos, independentemente da situação, não deverá eximir os profissionais de saúde de garantir que a gestante tenha um acompanhamento adequado durante toda a gestação, tendo acesso à todas informações necessárias sobre a sua saúde e a do bebê, bem como em relação à possibilidade de escolha do parto, se assim for viável no caso concreto.

Sendo assim, todos deverão buscar um atendimento harmônico garantindo à gestante um atendimento digno, sem experiências traumáticas, com respeito ao fluxo natural do corpo e de sua autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Luisa Gonçalves et al. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/513, acesso em 03 e novembro de 2020;

BRASIL, Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o **Código Civil**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan;

BRASIL. **Código de defesa do consumidor**. Lei 8.078 de 11/09/90. Brasília, Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL, **Constituição da República Federativa**, de 05.10.1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo** – 32. Ed. Rev. Atual e ampl. – São Paulo: Atlas, 2018

COREN –SP. **Parto natural e parto normal: quais as diferenças?** Revista Enfermagem. Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo –SP. Disponível em https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf , acessado em 20 de outubro de 2020;

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Brasília, 2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2020;

ESTADO DE SÃO PAULO, **Lei nº 17.137/2019** “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”, de 23/08/2019;

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003;

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado** – 22. Ed. São Paulo: Saraiva, 2018;

LIMA, Geovana Albuquerque Félix; LOPES, Maria Clara Aragão. **Violência Obstétrica: Riscos do Uso da Manobra de Kristeller Durante o Parto**. 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/312/1/Geovana_0003971_Maria_Clara_0003676; acesso em 24 de novembro de 2020;

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS Lourdes Maria Silva, BARBOSA Maria Alves. **Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde**. Rev. Eletr. Enf. 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf; acesso em 22 de novembro de 2020;

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002;

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. **Você vai dar à luz com dor?** Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215. Acesso em: 15 de setembro de 2020;

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005;

REIS, Adriana Elias; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina**. *Ciência e Saúde coletiva*. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000500023&script=sci_abstract&tlng=pt; acesso em 15 de novembro de 2020;

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução Normativa nº 2.144/2016**, “define critérios para realização do parto cesariano”;

SANTIAGO, Dayze Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerlly Silva. **Violência obstétrica: uma análise das consequências**. 2017. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf; acesso em 22 de novembro de 2020;

SANTOS, R. C. S; SOUZA N. F. **Violência Institucional Obstétrica No Brasil: Revisão Sistemática**. Macapá, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf; acesso em 20 de nov de 2020;

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. **Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico**; disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4080021/mod_resource/content/1/Condi%C3%A7%C3%B5es%20frequentemente%20associadas%20com%20cesareana%20sem%20respaldo%20cientifico.pdf, acesso em 20 de outubro de 2020;

SOUZA FILHO, José Adeodato. **O ensino da clínica obstétrica na Universidade da Bahia**. Salvador, Ed. da Universidade Federal da Bahia, 1967;

TESSER, Charles Dalcanale et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. *Rev. Bras. Med. Família Comunidade*. 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013); Acesso em: 12 de setembro de 2020;

TORNQUIST, Carmem Susana. **Parto e o poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [tese]**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>. Acesso em: 15 de setembro de 2020;

VASCONCELOS, Danielle Ingrid Bezera et al. **Episiotomy under the view of obstetric physicians and nurses: criteria.** Rev. enferm. UFPE online. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7168/647>; acesso em 20 de novembro de 2020;