

**Violência obstétrica: uma análise constitucional do tratamento dado à mulher
no momento do parto**

DOI: 10.31994/rvs.v12i2.713

Pantiara Milena Neres¹

Gustavo Rocha Martins²

RESUMO

O presente artigo visa o estudo da violência obstétrica, observando a necessidade de considerá-la como uma forma de violação dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres, expandindo as reflexões sobre o tratamento desrespeitoso e desumano a que as parturientes são submetidas. Neste contexto, o objetivo geral deste estudo é debater a necessidade de melhoria do tratamento e assistência à mulher durante o parto e o crescente incentivo ao parto humanizado. Esta investigação foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica, pautada em doutrinas brasileiras, artigos científicos, cadernos editados pelo Sistema Único de Saúde e com inúmeras consultas à legislação pátria e internacional que abordaram o tema. Deste modo, percebe-se que a violência obstétrica está presente em muitos hospitais e maternidades, sendo reconhecida como violação aos direitos humanos da mulher, de sua sexualidade e da integridade física.

¹ Advogada, pós-graduada em Direito Previdenciário pela Faculdade Legale, graduada em Direito pelo Instituto Vianna Júnior, pantiara.neres@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4308-7156>

² Mestre em Direito pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), gmartins07@hotmail.com, Professor de Direito Constitucional e de Hermenêutica e Direitos Fundamentais no Instituto Vianna Júnior, <https://orcid.org/0000-0002-0010-9984>

PALAVRAS-CHAVE: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. DIREITOS HUMANOS. PARTO. ASSISTÊNCIA. HUMANIZAÇÃO.

Obstetric violence: a constitutional analysis of the treatment given to women at the time of childbirth

ABSTRACT

This paper aims the study of obstetric violence, observing the need to consider it as a form of violation of human rights, reproductive and sexual of the women, expanding the reflection about the disrespectful and inhuman treatment that parturient are submitted in hospitals and maternity. In this context, the general aim of this study is to discuss the need to improve treatment and care during childbirth and the increasing incentive for humanized childbirth, noting the women's struggle and several social movements and institutions for this moment in the woman's life to be more humane and less painful. This investigation was carried out based on bibliographic research, based on Brazilian doctrines, scientific articles, notebooks edited by the Unified Health System and with numerous consultations on national and international legislation that addressed the theme. Thus, it is clear that obstetric violence is present in many hospitals and maternity hospitals, being recognized as a violation of women's human rights, sexuality and physical integrity.

KEY WORDS: OBSTETRIC VIOLENCE. HUMAN RIGHTS. BIRTHCHILD. ASSISTANCE. HUMANIZATION.

INTRODUÇÃO

O termo “Violência Obstétrica” vem sendo utilizado por movimentos sociais para denunciar práticas de opressão contra mulheres no momento do parto, sendo caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir sobre sua sexualidade.

A violência obstétrica integra o grande universo de violência contra a mulher, impactando na qualidade de vida das mulheres, principalmente no momento do parto, em que a mulher encontra-se em situação de maior vulnerabilidade. O reconhecimento das práticas de violência obstétrica se traduz importante no sentido de alcançar grandes proporções, principalmente no que diz respeito à violação aos direitos sexuais e reprodutivos e a uma vida livre de violência.

No presente estudo, pretende-se apresentar a luta das mulheres, das instituições e movimentos sociais pela implementação e incentivo à realização do parto humanizado como uma forma de tratamento mais respeitoso e menos invasivo e, ainda, buscando garantir e preservar a dignidade humana da mulher antes, durante e após o parto.

Diante dessas reflexões, o objetivo geral deste estudo é debater a necessidade de melhoria do tratamento e assistência à mulher durante o parto e o crescente incentivo ao parto humanizado. Assim, esta investigação foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica pautada em doutrinas brasileiras, artigos científicos, cadernos editados pelo Sistema Único de Saúde e também com inúmeras consultas à legislação pátria e internacional que abordaram o tema.

Desse modo, percebe-se que a violência obstétrica está presente em muitos hospitais e maternidades, sendo reconhecida como violação aos direitos humanos da mulher, de sua sexualidade e da integridade física.

Para abordar tais questões, o presente trabalho foi dividido em três itens, sendo que no primeiro aborda os conceitos e as características no que tange à violência obstétrica, os procedimentos considerados invasivos e algumas formas de

violência obstétrica. No segundo será apresentado o direito à assistência humanizada ao parto, abordando a importância da luta pelos direitos humanos das mulheres e pelos direitos sexuais e reprodutivos como direitos protegidos constitucionalmente. Por fim, no terceiro item abordará a busca pela humanização e melhorias na assistência ao parto, observando o direito aos princípios basilares previstos na Constituição Federal, com ênfase no direito à vida digna, com proteção à integridade física, à qualidade de vida e à dignidade da pessoa humana, analisando, ainda, decisões do Tribunal de Justiça de Minas Gerais no que concerne à responsabilidade dos profissionais de saúde quanto a situações de violência no parto, sendo, ao final, abordadas as conclusões obtidas.

1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1.1 Sobre a expressão “violência obstétrica” e o direito à vida como princípio fundamental

A expressão “violência obstétrica” pode ser definida, de acordo com o entendimento da Rede Parto do Princípio (2012, p. 60), que elaborou um dossiê para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da violência contra mulheres, como atos “praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.”

Nesse sentido, essa expressão vem sendo utilizada como forma de prevenir maus-tratos, abusos e violências em que as parturientes passam antes, durante e após o parto, com o uso de expressões grosseiras por parte dos profissionais de saúde. A lei 17.097/2017 do Estado de Santa Catarina, que dispõe sobre medidas de proteção à gestante contra violência obstétrica, em seu artigo 2º define o termo “violência obstétrica”:

Art. 2º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Por sua vez, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, define a violência contra a mulher em seu artigo 1º como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.”

Nessa toada, Janaína Marques de Aguiar (2010) nos apresenta que aquelas mulheres que não exteriorizam a dor são vistas como fortes e valorizadas pela equipe médica e até pela paciente, sendo reconhecida como mais forte. Além disso, ainda nas palavras da autora, os profissionais de saúde equiparam a dor do parto ao preço a ser pago pelo prazer do ato sexual e a expressão “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” é muito comum entre os profissionais. A violência obstétrica faz-se presente e o parto deixou de ser um episódio natural, compartilhado apenas no seio familiar, para se tornar um evento no ambiente hospitalar.

A violência obstétrica causa sérias lesões aos direitos das mulheres, trazendo danos físicos, sexuais e psicológicos. De acordo com o entendimento da Organização Mundial de Saúde (2014), situações de violência obstétrica não são comuns apenas no Brasil, mas também em todo o mundo. As mulheres sofrem abusos, maus-tratos, desrespeitos durante o parto nas instituições de saúde, e esses tratamentos violam não só os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso como também ameaçam a vida, a saúde, a integridade física e a não-discriminação.

Dessa forma, percebe-se que a violência obstétrica está presente nos países de todo o mundo, independentemente da classe social, raça, idade, sexo ou religião. Como nos lembra o próprio Ministério da Saúde, em sua publicação denominada Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (2001), a mulher necessita de assistência hospitalar segura e adequada, tendo resguardada a sua autonomia durante o parto.

Ainda nessa ideia, a Constituição Federal de 1988 dispõe no artigo 5º os

direitos individuais e coletivos e, dentre esses direitos, garante a todos o direito à vida, principalmente, vida digna e livre de violência. Deste modo, Dirley da Cunha Júnior (2014, p. 535) ressalta que “o direito à vida é o direito legítimo de defender a própria existência e de existir com dignidade, a salvo de qualquer violação, tortura ou tratamento desumano ou degradante.”

1.2 Violência obstétrica e a dignidade da pessoa humana

A violência contra a mulher representa uma preocupante ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana e aos direitos humanos das mulheres, já que as mulheres devem receber tratamento adequado no momento do parto, tendo em vista a situação de vulnerabilidade em que se encontram. Assim, Bernardo Gonçalves Fernandes (2018, p. 312) apresenta os principais vetores relacionados à dignidade da pessoa humana:

(...) é erigida à condição de meta-princípio. Por isso mesmo, esta irradia valores e vetores de interpretação para todos os demais direitos fundamentais, exigindo que a figura humana receba sempre um tratamento moral condizente e igualitário, sempre tratando cada pessoa como fim em si mesma, nunca como meio (coisas) para satisfação de outros interesses ou de interesses de terceiros.

Nessa fundamentação, o Caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2014) apresenta que a gravidez deve ser tratada como expressão de saúde, não como doença e o nascimento como processo natural. Assim, apresenta que as intervenções sem fundamentos científicos, as denominadas “desnecessárias”, devem ser evitadas, pois há indicativos demonstrando que facilitar o nascimento da criança pelo método natural possibilita melhores resultados para a mãe e para o bebê.

Então, a fim de garantir uma assistência à mulher de qualidade e que não viole a dignidade da pessoa humana, o Ministério da Saúde vem investindo em programas voltados às mulheres no período anterior, durante e posterior ao parto, na tentativa de melhorar a assistência e as condições de atendimento às mulheres, com implementação de políticas públicas dirigidas à saúde e na melhoria das

condições de vida das mulheres.

1.3 A dor do parto e a caracterização da violência obstétrica

A gravidez e o parto são momentos considerados de grande importância na vida das mulheres, com a mudança do corpo e o sentimento de proteção do filho que está para chegar. É neste âmbito que o Ministério da Saúde, em sua cartilha Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (2001), visualiza e aborda a gravidez e o parto, como eventos que integram não só a vida reprodutiva da mulher, como também a do homem.

No entanto, nem todas as parturientes vivem esse momento de felicidade, já que, muitas vezes, passam por humilhações nas instituições de saúde. Assim, de acordo com a Rede Parto do Princípio (2012, p. 7) “a dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo.”

Desse modo, a violência obstétrica se manifesta nas mais variadas formas, conforme observado por Janaína Aguiar (2010) em sua tese de doutorado, na qual apresenta relatos de mulheres que sofreram abusos e maus tratos. Janaína entrevistou e colheu relatos de profissionais da saúde e de mulheres que foram violentadas com palavras e expressões humilhantes durante o parto.

Duvido que você reclame. Do teu marido não é maior?” (...) Assim, você não tem como provar, você não tem como denunciar isso porque você não tem como filmar, entende? Essa denúncia tem que vir da mulher, mas testemunhas (outros funcionários) já vieram falar. (...) Indignados. Entendeu? Então isso é uma grande violência, mas o quê que a gente faz? (AGUIAR, 2010, p. 165)

Então, a mulher no momento do parto encontra-se em situação mais vulnerável e, por isso, suscetível a sofrer violências e abusos de caráter físico e verbais. Assim, aduz a OMS (2014) que, apesar de o desrespeito e os maus-tratos ocorrerem em qualquer fase da gravidez, durante o parto as mulheres ficam

consideravelmente vulneráveis e essas práticas violentas podem deixar consequências tanto para a mãe quanto para a criança. Logo, a dor do parto deve ser minimizada naquilo em que for possível para a mãe e, conseqüentemente, protegendo a criança, para que a mulher passe por esse momento com tranquilidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), os profissionais de saúde são auxiliares dessa experiência do parto e, por isso, desempenham papel importante com o seu conhecimento, que é prestado para o bem-estar da mãe e do bebê, utilizando de intervenções necessárias com a finalidade de propiciar a saúde a ambos, além da possibilidade de minimizar a dor ou, ainda, com objetivo de auxiliar o parto e o nascimento, já que são os primeiros a terem contato e a tocarem no bebê que acabou de nascer e, por isso, os profissionais precisam estar cientes dessa responsabilidade.

Diniz e Duarte (2004, p.16-17) aduzem que em grande parte das maternidades ocorrem diferentes formas de intervenções, com procedimentos dolorosos para a mulher e, muitas vezes, deixam sequelas irreversíveis, tornando o momento do parto ainda mais angustiante, até mesmo perigoso, pois “na maioria das maternidade promove-se a chamada cascata de intervenções em todas as mulheres: uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados.”

Apesar de ser considerado para muitas parturientes um momento mágico, nos ensinamentos de Diniz e Duarte (2004) uma grande parte das mulheres considera, após a segurança do bebê, a dor parto como a segunda maior preocupação, sendo importante que as mães tenham o máximo de informação possível para que possam fazer escolhas adequadas, ampliando as chances de se ter um parto seguro.

1.4 Procedimentos considerados invasivos e algumas formas de violência obstétrica

Embora seja frequente nos serviços de saúde, a violência obstétrica

permaneceu por muitos anos invisível. Esse tipo de violência não é praticado, única e exclusivamente, por profissionais de saúde, se estende a todos aqueles que tenham contato com a parturiente antes, durante e após o parto, além das instituições de saúde, que se recusam a realizar a internação da gestante.

A utilização de procedimentos invasivos acarreta às mulheres constrangimentos e medo, mas, em certos momentos, as encorajam a lutar e questionar por aquilo que consideram seus direitos e, diante disso, preleciona Aguiar (2010) que muitas são taxadas pelos profissionais das instituições de saúde como “mulher escandalosa.”

Não obstante, Aguiar (2010) apresenta também que as parturientes denominadas pela equipe como escandalosas são aquelas que sofrem mais e tem pior tratamento, pois são deixadas de lado pela equipe de saúde ou até mesmo atendidas por último. Aborda que existem relatos de avisos da enfermagem para que as parturientes não “façam escândalo”, para que não sofram mais. E, ainda, a que aguenta a dor calada é aquela valorizada pela equipe de saúde e, até mesmo pela paciente, sendo considerada a mais forte. Assim, preleciona:

A mulher que agüenta a dor calada (ou quase isso) é valorizada por toda a equipe e muitas vezes pela própria paciente como mais forte. Desta forma, a famosa frase “na hora de fazer gostou, então agora agüenta” é reconhecida como muito comum pelos profissionais e reproduzida também por algumas entrevistadas, que incorporam o discurso de que a dor do parto é o preço que se deve pagar pelo prazer com o ato sexual (AGUIAR, 2010, p. 11-12).

Consoante compreensão de Serra e Veloso (2016) a violência obstétrica ocasiona muitas lesões às mulheres, de natureza física, psicológica e até mesmo sexual, apresentando como algumas formas de violência obstétrica a recusa do hospital em receber a parturiente, impedimento de acompanhante com a mulher, aplicação de medicação para acelerar o parto, episiotomia, manobra de Kristeller, cesáreas sem a necessidade prévia.

A episiotomia é uma maneira utilizada pelos médicos de acelerar o parto e, para muitos profissionais, é qualificada, conforme ensinamentos de Serra e Veloso

(2016), como uma forma de violência obstétrica, por ser caracterizada como um procedimento cirúrgico que os médicos adotam com objetivo em aumentar a abertura do canal vaginal, com um corte entre o ânus e a vagina, muitas vezes sem anestesia.

Dessa forma, a Rede Parto do Princípio (2012) reitera que a episiotomia, denominada por muitos como “pique”, é uma cirurgia realizada cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia, feita na vulva da parturiente.

Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento (...). (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80).

Outra situação caracterizadora da violência obstétrica é a denominada manobra de Kristeller que, de acordo com Veloso e Serra (2016) é um movimento realizado na parte superior do útero, durante as contrações do parto, com objetivo de empurrar o bebê em direção à pelve, com a finalidade de acelerar o trabalho de parto. Já a Rede Parto do Princípio (2012) sustenta que essa manobra foi desenvolvida sem fundamentos científicos e apresenta:

Essa manobra ainda é frequentemente realizada na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica (que prejudica a dinâmica do parto e prejudica a oxigenação do bebê), comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de kristeller é proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário (LEAL et al. apud REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.103-104).

Além disso, intervenções utilizadas com intuito de acelerar o parto, como a

utilização de medicamentos aplicados por soro e o fórceps também são caracterizadas como formas de violência obstétrica. Chacham e Diniz (2006) nos trazem que o uso do fórceps está associado ao aumento no risco de lesão perineal se comparado com o parto não instrumental. Essas lesões estão relacionadas à incontinência anal e urinária, prejuízo das funções sexuais, dor no pós-parto e dificuldade na amamentação e formação de vínculo entre mãe e recém-nascido.

Ainda nessa toada, a Rede Parto do Princípio (2012, p. 96) ratifica que a utilização dessas intervenções de forma rotineira para acelerar o parto pode provocar muitas complicações para a mãe e o bebê, podendo, inclusive, aumentar o risco de morbimortalidade.

2 O DIREITO À ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

2.1 A escolha do parto normal (“o corte por baixo”) ou cesárea (“o corte por cima”)

A escolha pelo parto normal ou cesárea é uma situação que atinge milhares de mulheres. De acordo com a Rede Parto do Princípio (2012), o Brasil liderou o ranking mundial de cesáreas, além disso, para que possa se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde precisa reduzir essa taxa, já que a OMS estabelece que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. E, ainda, “mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 8).

Assim, surge o grande dilema para as mães quanto à decisão da melhor forma de realização do parto, o natural ou o cirúrgico (cesárea). Consoante entendimento de Chacham e Diniz (2006), o parto vaginal sem complicações significa uma estadia de 24 horas no hospital, já a cesárea, mesmo sem

complicações, acarreta um tempo maior, cerca de 72 horas de internação. Ainda nesta toada, nos ensinamentos de Chacham e Diniz (2006), para as mulheres que têm acesso aos planos de saúde, há possibilidade de escolher qual médico participará do parto, caso que não se estende àquelas que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que muitas vezes não sabem qual médico as atendeu e realizou o parto.

Os planos de saúde mais caros dão à mulher o direito de escolher qual médico a assistirá no parto, normalmente o mesmo que fez o acompanhamento pré-natal. Esta continuidade no atendimento é muito valorizada, mas raramente está ao alcance das mulheres que usam o SUS. Elas fazem o acompanhamento pré-natal com o médico do posto de saúde e são atendidas no parto pelo médico de plantão no hospital que, na maioria das vezes, nunca viram antes. Como os médicos não costumam se apresentar nessa ocasião, muitas vezes as mulheres nem ficam sabendo o nome do profissional que as atendeu (CHACHAM, DINIZ, 2006, p. 81-82).

Nesse âmbito, a lição dada por Simone Diniz e Ana Cristina Duarte (2004) é no sentido de que a cesárea importa em um pós-operatório mais doloroso, pois é uma cirurgia de médio a grande porte, implicando, assim, em um tempo de recuperação mais longo. Além disso, apresentam que a cesárea é um recurso eficaz quando há indicação médica adequada para a sua realização.

A cesárea é um recurso maravilhoso, eficaz e seguro para diminuir a mortalidade e a morbidade (adoecimento) das mulheres e dos bebês, quando uma indicação médica adequada para isso. Quando ela é indicada por razões não-médicas, ou por razões *duvidosas*, ela aumenta o risco da mulher e do bebê de adoecer e de morrer, se comparado como o parto vaginal (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 35).

A Resolução número 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina dispõe ser ético o médico atender à vontade da gestante em realizar cesariana, sendo garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança da mãe e do bebê. Além disso, a Resolução aponta como direito da gestante a escolha pelo parto cesárea, desde que tenha sido orientada quanto às informações sobre os procedimentos do parto natural e da cesariana. Neste âmbito, o artigo 1º da

Resolução 2.144/2016 aduz:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

No que tange ao parto normal, conforme o entendimento de Diniz e Duarte (2004), estudos comprovam que é mais seguro para a mulher e para o bebê, sendo reconhecido como mais seguro até por aqueles que defendem a realização do parto cesariana por indicação não-médicas. Assim, de acordo com os ensinamentos de Chacham e Diniz (2006, p. 86), algumas mulheres são induzidas a crerem que o parto natural é mesmo que um estupro e a cesárea é a melhor forma de evitar ser exposta a esta situação, pois “o parto vaginal vem sendo tratado como um alto risco à saúde e à vida sexual da mulher”.

2.2 Direitos humanos das mulheres à luz dos direitos fundamentais

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 10 de dezembro de 1948, trouxe uma visão ampla dos direitos humanos, estabelecendo que toda e qualquer pessoa é titular de direitos, independentemente de classe, sexo, raça, língua, opinião política e religião. Os direitos humanos são direitos históricos, que atendem as necessidades de cada época.

O parágrafo segundo do artigo 25 da Declaração (1948) diz que a maternidade e a infância têm direito ao cuidado e à assistência especiais, e todas as crianças gozarão da mesma proteção social. Segundo Piovesan (2012), a luta das mulheres pelo reconhecimento dos direitos humanos não se configura em uma história sequencial, apesar de sua construção histórica. No entanto, independente disso, repercute na busca pelo mais fundamental dos direitos, uma vida digna e livre

de violência. Em vista disso, a autora aborda:

Enquanto um construído histórico, os direitos humanos das mulheres não traduzem uma história linear, não compõem uma marcha triunfal, nem tampouco uma causa perdida. Mas refletem, a todo tempo, a história de um combate, mediante processos que abrem e consolidam espaços de luta pela dignidade humana, como invoca, em sua complexidade e dinâmica, o movimento feminista, em sua trajetória plural (PIOVESAN, 2012, p. 71).

Nesse mesmo contexto, Piovesan (2012) apresenta que a Declaração Universal dos Direitos Humanos desenvolveu diferentes ferramentas internacionais de proteção humana, objetivando prevenir o sofrimento humano, verificando o outro como um ser merecedor de respeito, tendo a ética voltada para a formação da dignidade.

Por esta razão, o campo dos direitos humanos, especialmente o dos direitos humanos das mulheres, é um espaço de luta constante. Ainda de acordo com os ensinamentos de Piovesan (2012), as violações mais consideráveis no que tange aos direitos humanos durante a história da humanidade tiveram a diversidade como elemento principal para aniquilar direitos.

Nessa toada, Fernandes (2018) considera que, consoante entendimento do constitucionalismo contemporâneo, os direitos fundamentais resguardados constitucionalmente se justificam se conjugados com o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo este considerado um superprincípio, ou seja, uma norma provida de maior importância e hierarquia que as demais, funcionando como forma de ligação entre os campos do direito e da moral, em que o primeiro se respalda e se fundamenta na segunda.

Dessa forma, Piovesan (2012) apresenta que para proteger os direitos humanos é necessário que o indivíduo seja tratado de maneira específica e não genérica, uma vez que, tratado assim, passa a ser visualizado em suas particularidades e individualidades, ou seja, as mulheres devem ser vistas nas suas singularidades de condição para que, assim, seus direitos possam ser resguardados e protegidos.

2.3 Direitos sexuais e reprodutivos como direitos fundamentais

Os direitos reprodutivos, como direitos humanos básicos, são legitimados pela ordem mundial desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos. No entanto, o desrespeito no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher são verificados e indicados como fatores importantes nas relações de violência obstétrica. Neste âmbito, Aguiar (2010) demonstra que os maus-tratos sofridos pelas parturientes, muitas vezes, estão relacionados à discriminação pelos profissionais de saúde no que tange ao gênero e até mesmo à classe social.

Assim, o tratamento desumano a que milhares de mulheres são submetidas no momento do parto, muitas vezes antes e após o nascimento do filho, vai de encontro ao que a Constituição Federal de 1988 apresenta como direitos e garantias fundamentais, ferindo, principalmente, o disposto no artigo 5º, inciso III. Ainda, essa prática, realizada pelos profissionais de saúde, também fere um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, disposto e postulado no artigo 3º, inciso IV da Constituição Federal, no qual a República Federativa tem como finalidade o bem de todos, sem preconceitos e discriminação.

O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos é fundamental na luta das mulheres que são expostas às diversas formas de violência obstétrica, visto que as diferenças de raça, classe e sexualidade passam a ser reconhecidas, permitindo, assim, o desenvolvimento de políticas e instrumentos públicos eficazes para intervir nas situações de desigualdades presentes no país. E, ainda, conforme ensinamentos de Ventura (2004), os direitos reprodutivos são estabelecidos por normas e princípios de direitos humanos, capazes de garantir o exercício individual, livre e responsável da sexualidade.

Nessa interpretação, Ventura (2004) aborda também que o conceito de direitos reprodutivos não está limitado à proteção da concepção humana, mas baseado em políticas que buscam a equidade nas relações humanas, envolvendo uma efetivação simultânea de direitos sociais e individuais, através da legislação e da realização efetiva de políticas públicas que estipulem a isonomia entre as

relações sociais e pessoais.

Assim, ainda conforme ensina Ventura (2004), um requisito importante e, até mesmo indispensável para o crescimento social e individual das mulheres como sujeitos de direitos e titulares das garantias fundamentais constitucionalmente previstos, seria a eliminação da violência contra a mulher, respeitando suas singularidades para que, desta maneira, participe de forma plena e igualitária de todos os campos da vida, considerando suas vulnerabilidades e particularidades quanto aos demais membros da sociedade.

Nesse contexto, Piovesan apresenta que (2012, p. 73) “ao lado do direito à igualdade, surge, também como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial.”

3 MOVIMENTOS SOCIAIS NA BUSCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

3.1 Humanização do parto e o direito à integridade física

O momento do parto pode ser um dos mais especiais e transformadores da vida de uma mulher ou um dos mais traumáticos. Os problemas que envolvem a saúde e dignidade da mulher durante o parto fizeram com que o Brasil adotasse medidas importantes em busca pela humanização do parto e do nascimento, com atendimento mais acolhedor e respeitoso. Assim, o Sistema Único de Saúde editou no quarto volume do Caderno HumanizaSUS (2014) o tema da humanização do parto, com objetivo de dar publicidade às experiências de apoio à humanização do parto no Brasil.

Nessa toada, o Caderno HumanizaSUS (2014) apresenta que a equipe de saúde deve valorizar e fortalecer a dignidade da mulher, demonstrando a importância e o respeito à sua vontade, sempre observando a segurança da mãe e do bebê. Desta forma, de acordo com o Caderno HumanizaSUS (2014) para a mãe ser valorizada é importante que seja chamada pelo nome e atitudes agressivas não

podem ser admitidas.

O parto humanizado pode ser entendido como aquele realizado com a menor quantidade de intervenções médicas, nas quais respeita o tempo físico e psíquico da mulher para dar à luz. E, ainda, conforme publicado na cartilha editada pelo Ministério da Saúde, Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (2001), o preparo da mãe para o momento do parto humanizado é de crucial importância, devendo ser iniciado durante o pré-natal, para que seja possível sensibilizar e motivar os profissionais da saúde, além de fornecer ferramentas para o trabalho com as parturientes. Apresenta também que o preparo do parto engloba o acolhimento da mulher e de seu companheiro no serviço de saúde, com fornecimento de informações quanto aos cuidados e preparos para o parto.

Ainda neste sentido, o Caderno HumanizaSUS (2014) preconiza a importância da identificação de medidas que incentivam o parto humanizado, de maneira a respeitar a mulher e oferecer condições apropriadas para o nascimento de seu bebê. Além disso, conforme preleciona Marconi do Ó Catão (2004, p. 167), “(...) o corpo humano, na evolução histórica da ciência jurídica, nem sempre foi considerado um bem jurídico da personalidade, cuja integridade deve ser preservada.”

Nesse mesmo entendimento, Sônia Yuriko Kanashiro Tanaka (2013, p.1) apresenta que “a vida humana é o bem jurídico supremo, sobre o qual tudo subsiste, inclusive o próprio Estado.” É neste sentido que o preparo da gestante, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), é importante, para que sejam incorporadas cautelas com objetivo de oferecer à parturiente a viabilidade de se sentir a protagonista do processo do parto, podendo vivenciá-lo como processo fisiológico.

A Constituição Federal, no caput de seu artigo 5º, assegura a inviolabilidade do direito à vida, que é um bem jurídico tutelado como direito fundamental básico, desde a concepção. Assim, Maria Helena Diniz (2007, p. 21) informa que “a vida humana é um bem anterior ao direito, que a ordem jurídica deve respeitar.”

Conforme abordado no dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), a humanização do parto é uma forma de defesa dos direitos humanos das mulheres

no momento do parto, com objetivo de promover um parto seguro e saudável.

No que tange à tortura médica, Diniz (2007, p. 580) apresenta que “todo e qualquer ato de tortura médica deve ser evitado, por comprometer a profissão, que tem por finalidade salvar vidas e assegurar a saúde física e mental das pessoas”. A legislação brasileira preserva a integridade física do ser humano, de acordo com o entendimento de Catão (2004), em que pune pelas agressões que eventualmente vier a sofrer, com objetivo de impedir que a pessoa sofra dano físico, prejuízo à saúde ou às faculdades mentais.

3.2 A luta por melhorias na assistência e a humanização do parto

Há no Brasil um crescente movimento em busca pela humanização do parto e do nascimento, principalmente, em razão do aumento no número de partos por cesáreas que vinham sendo realizados e, em alguns casos, sem indicação médica.

Conforme os ensinamentos de Aguiar (2010), o descaso e a desvalorização que muitas mulheres sofriam nos serviços de saúde prestados era um incentivo na busca pela cesárea, uma vez que pretendiam um atendimento mais adequado e de melhor qualidade, pois não seriam abandonadas ou deixadas de lado durante o parto. Ainda de acordo com Aguiar (2010, p.18) “a cesárea significava uma oportunidade de esterilização, após a qual, elas não precisariam mais se submeter a maus-tratos e humilhações e retomariam o controle de sua fecundidade”.

À vista disso, mulheres e profissionais da saúde passaram a exigir a implementação de políticas públicas que estimulem o parto humanizado, observando o parto como atividade essencialmente feminina, atentando-se às necessidades e expectativas da mulher no que tange à gravidez e ao parto. E, nesta interpretação, o Ministério da Saúde (2001, p. 9) argui:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos

para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

Também nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Humanização (PNH), que, conforme destacado no Caderno HumanizaSUS (2014), tem como diretriz a humanização como suporte para fortalecer mudanças e contribuir para a redução da violência nas instituições de saúde. Catão (2004, p. 172) apresenta que “agredir o corpo humano é um modo de agredir a vida, pois esta se realiza naquele”.

A Constituição Federal de 1988 alude em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve garantir por meio de políticas públicas que tenham como objetivo reduzir o risco de doenças e seus agravamentos. Assim, o Caderno HumanizaSUS (2014) aborda que a Constituição Federal apresenta princípios e diretrizes para o SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social, que devem estar aptos a produzir ações integrais de saúde dentro das necessidades das mulheres e das crianças, para um parto e nascimento seguros e humanizados.

Nos ensinamentos de Diniz (2007) cabe ao Estado prestar assistência à preservação da saúde física e mental dos cidadãos, já que o acesso aos serviços de saúde é um direito fundamental do ser humano. Assim, “(...) todos os profissionais da saúde devem zelar pelos seus pacientes. Trata-se de uma obrigação ético-jurídica.” (DINIZ, 2007, p 146)

No que tange à gravidez e ao parto, o Caderno HumanizaSUS (2014) frisa que em todas as culturas a gravidez e o nascimento sempre aguçou e ativou corações e mentes, especialmente para a mulher, visto que a gravidez é evento único e particular, repleto de emoções e sentimentos. Por isso, “todos os envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, devem proporcionar uma atmosfera de carinho e humanismo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE-HUMANIZASUS, 2014, p. 28).

Além disso, a maternidade é protegida constitucionalmente, tendo a gestante direito à licença por cento e vinte dias sem prejuízo de seu salário e emprego,

conforme previsão no artigo 7º, inciso XVIII da Constituição Federal, além das demais proteções legislativas, como salário-maternidade. Ademais, a Constituição Federal prevê em seu artigo 201, inciso II e 203, inciso I a proteção à maternidade, com destaque especial à gestante.

Em vista disso, nos ensinamentos de Diniz (2007, p. 122-123), o direito à proteção à maternidade dirige-se ao direito a uma vida digna, além da garantia dos direitos fundamentais da mulher e da dignidade da pessoa humana, em que “as normas de tutela à maternidade, que é um direito social garantido constitucionalmente, são imprescindíveis em atenção à função biológica e à perpetuação da espécie humana”.

No Brasil, como uma alternativa à violência sofrida pelas mulheres nos hospitais e maternidades, deu-se início ao movimento social pela humanização do parto e do nascimento, que tem como principal objetivo a atenção humanizada e respeitosa. Diante desta análise, é possível afirmar que “falar em humanização, portanto, também pode ser uma estratégia para falar da violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias” (DINIZ apud AGUIAR 2005, p. 6).

O Estado, através das instituições a ele interligadas e do SUS, vem apresentando e trazendo incentivos à humanização do parto e do nascimento, garantindo às parturientes e à família atendimento adequado, com clareza nas informações, objetivando produzir mudanças de práticas de saúde durante o parto, incentivando os trabalhadores e os integralizando com os usuários do Sistema.

Como nos lembra o próprio Ministério da Saúde, em sua publicação Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (2001), uma forma de humanizar o atendimento seria reconhecer a individualidade de cada parturiente, permitindo que o profissional da saúde estabeleça um vínculo com cada gestante, para que possa identificar suas necessidades e, assim, lidar com o processo do parto e do nascimento. Assim, possibilitaria que se tenha relações menos autoritárias e desiguais, em que o profissional passe a adotar condutas capazes de garantir a segurança para a mulher e para o bebê, trazendo bem-estar e

tranquilidade.

É importante observar que garantir à mulher e ao bebê assistência humanizada e adequada é uma forma de se aplicar um dos princípios mais supremos previstos constitucionalmente, o da dignidade da pessoa humana. Catão (2004, p. 151) nos ensina que “(...) a pessoa humana é o bem supremo da nossa ordem jurídica, o seu fundamento e o seu fim”.

No que tange aos serviços médicos prestados quanto ao tipo de parto realizado nas instituições públicas e privadas, Chacham e Diniz (2006) abordam que as mulheres atendidas na rede de saúde privada realizam cesárea, já a gestante que tem atendimento na rede pública, muitas vezes mulheres negras e pobres, são submetidas ao parto normal:

No caso brasileiro, a cesárea e a episiotomia desnecessárias são também um problema racial e de classe social. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber “o corte por cima” (cesárea), enquanto a mulher negra e pobre que recorre ao SUS (70% das mulheres do país) tende a receber “o corte por baixo” (episiotomia) (CHACHAM, DINIZ, 2006, p. 87-88).

Não se pode olvidar que as operações por cesárea são muito realizadas no Brasil, que chegou a ocupar a posição de campeão mundial no que tange aos partos realizados por cesárea, assim também nos apresenta o Ministério da Saúde - Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (2001, p. 14):

O Brasil ocupou, até há pouco, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde. Essa profunda distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores – históricos, estruturais, conjunturais – mas tem, na forma como a sociedade em geral, e a medicina em particular, encara a mulher, a gênese dessa permissividade.

Ainda nesta ideia da cultura da cesárea, que vem sendo trabalhada pelo

Ministério da Saúde no sentido de incentivar a realização do parto humanizado como uma maneira de se preservar a saúde e integridade física da mãe e do bebê, o próprio Ministério da Saúde (2001) informa que nem todos os médicos e profissionais de saúde estão capacitados para o acompanhamento dos partos normais, o que dificulta a decisão das mulheres quanto ao parto mais adequado e menos sofrido.

Diante desta análise, cabe ressaltar, conforme os ensinamentos de Catão (2004), que a saúde deve ser vista e cuidada enquanto qualidade de vida, como uma resposta do Estado às necessidades sociais, garantindo a todos o acesso a um sistema de saúde adequado através de políticas públicas eficientes e que atinjam a todos os usuários do serviço.

Então, o direito à saúde visto como qualidade de vida está se aproximando de interesses transindividuais, que todos compartilham os benefícios e prejuízos, bem como dos compromissos. Aproxima-se do que se considera Direitos Humanos de Terceira Geração, considerados como direitos difusos, pautados na fraternidade e solidariedade, que atendam a universalidade de indivíduos, a humanidade. Catão (2004, p. 89) nos ensina que:

Em suma, considerando a saúde no âmbito jurídico-doutrinário, é preciso entendê-la genericamente como um direito social próprio ao Estado do bem-estar social, como também inseri-la na ideia dos direitos humanos de terceira geração, ou seja, vinculada ao caráter de solidariedade que os caracteriza. E, nesse sentido, teríamos como núcleo a própria saúde, bem como a ideia de qualidade de vida que se amplia abrangendo conteúdos no âmbito político e jurídico.

Destaca-se que a dignidade da pessoa humana está inserida neste contexto de proteção à qualidade de vida e ao acesso a sistema de proteção à saúde adequados, visto que, conforme entendimento de Fernandes (2018, p. 310), “o homem é um ser especial perante os demais seres e, por este motivo, não pode ser tratado como objeto, nem mesmo por outros seres humanos, como uma forma de se garantir o princípio basilar constitucional da dignidade humana.”

3.3 Responsabilidade dos profissionais de saúde com base nas decisões do Tribunal de Justiça de Minas Gerais

Para a concretização deste artigo, foi realizada uma pesquisa em jurisprudências do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais com objetivo de averiguar o posicionamento do judiciário no que tange à responsabilidade do médico e demais profissionais da área da saúde em relação à violência e aos maus-tratos sofridos pelas gestantes durante o parto.

Foi possível verificar que a 16ª Câmara Cível (2016), no julgamento da apelação do processo número 0978396-66.2014.8.13.0024, entende que a violência e os maus-tratos sofridos pelas mulheres são passíveis de indenização por dano moral, sendo a responsabilidade subjetiva do médico e do hospital, entendimento pacificado pelo Superior Tribunal de Justiça, sendo necessária a demonstração e comprovação da culpa.

Porém, mesmo com esse entendimento, a turma negou provimento ao recurso interposto, pois, conforme análise dos desembargadores, não houve provas suficientes quanto às supostas agressões verbais sofridas pela parturiente e quanto ao sofrimento fetal ocasionado pela conduta dos médicos na condução do parto.

Já na apelação número 0012605-29.2015.8.13.0708, julgada pela 13ª Câmara Cível, caso em que a autora buscava a reparação por danos morais e estéticos, sob a argumentação de que foi submetida a parto normal com a realização de episiotomia e, em razão deste procedimento, fora acometida por várias sequelas, ocasionando o rompimento do relacionamento com o pai da criança. Afirmando, ainda, que o mesmo médico responsável pelo parto, posteriormente, realizou cirurgia plástica na autora com objetivo de reparar o trauma causado. Porém, a 13ª Câmara entendeu que não houve provas suficientes que caracterizassem que a conduta do médico tenha sido de negligência, imprudência ou imperícia em realizar o procedimento do parto.

A decisão (2019) entendeu que como não foi detectado onexo causal entre o dano causado e a conduta do médico, não há que se falar em direito à reparação,

pois “não se pode atribuir culpa ao médico a este título; ele realizou, da forma que pensou ser o melhor caminho para preservar a saúde da autora e do bebê.” Os desembargadores entenderam, portanto, que não há nexos causal e defeito na prestação dos serviços do médico, afastando o dever de indenizar, sendo negado provimento ao recurso interposto.

No julgamento do Agravo de Instrumento com o número 0008904-11.2019.8.13.0000, a 10ª Câmara Cível entendeu a probabilidade de uma possível reparação do dano físico causado na criança pelo nascimento, em razão de indício de realização de um parto prolongado, trazendo sofrimento para a mãe e para a criança, visto que a situação recomendava pelo parto cesariana. A turma entendeu que deve ser realizada a cirurgia de reparação pela laceração sofrida na criança até que esta complete 14 meses de idade, visto que há possibilidade de sequelas e estas podem ser definitivas.

Em apelação julgada pela 9ª Câmara Cível, no processo número 0002143-10.2016.8.13.0439 (1), a turma entendeu que “a falha na prestação dos serviços do Hospital e consequente morte de parturiente, ocasiona dano moral aos filhos da falecida, que perderam a mãe prematuramente”.

A ação trata-se de uma situação em que a parturiente ingressou no hospital para dar à luz com quadro de hipertensão específica da gravidez, com estreitamento das vias de passagem. Por esse motivo, havia indicações no cartão pré-natal da gestante para a realização de cesariana e a indicação de que a parturiente tinha passagem estreita e, em razão disso, seu primeiro filho não pode nascer de parto natural. Porém, a parturiente permaneceu durante muitas horas aguardando a cirurgia, sendo que foi realizado parto normal (vaginal) com fórceps e, em decorrência deste procedimento, a gestante teve hemorragia, não resistindo e vindo a falecer horas depois do parto.

A turma (2019) entendeu que “se a vítima estava em perfeitas condições para realização do parto normal e tinha dilatação adequada, não seria necessário o uso do fórceps para a expulsão do bebê que, como visto, teve até sua integridade física lesada pelo uso do instrumento utilizado para sua retirada.” E, ainda, os médicos,

mesmos cientes dos riscos de que a mãe poderia sofrer, resolveram aguardar e optar pela realização do parto normal.

Assim, com base nos julgados e no entendimento das Câmaras do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, percebe-se que a violência obstétrica está presente em muitos hospitais, sendo reconhecida como violação aos direitos humanos da mulher, de sua sexualidade e integridade física, no entanto, a responsabilização dos médicos, dos hospitais e dos profissionais da saúde nem sempre é possível de se verificar, visto que necessitam de prova técnica (perito), que muitas vezes não consegue identificar o dano físico e psicológico sofrido pela mãe, além da necessidade de comprovar a culpa e nexo de causalidade.

CONCLUSÃO

No desenvolver deste artigo notamos que a prática de violência obstétrica deve ser encarada como violação a algumas esferas de direitos humanos básicos das mulheres, como os direitos reprodutivos, direito a uma vida livre de violência e o direito à integridade física. Além disso, a violência contra a mulher no momento do parto representa uma preocupante ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana, já que as mulheres no momento do parto estão em uma situação de maior vulnerabilidade.

Ressalta-se que, em grande parte das maternidades, ocorrem diferentes formas de intervenções, com procedimentos dolorosos para a mulher e, muitas vezes, deixam sequelas irreversíveis, tornando o momento do parto ainda mais angustiante e, até mesmo, perigoso.

A partir dos dados da presente pesquisa podemos observar a necessidade de que seja alcançado um dos principais objetivos dos movimentos pela humanização do parto, que é o reconhecimento jurídico da violência obstétrica. A ausência de regulamentação específica no tocante à matéria traz inúmeras dificuldades na sua identificação e reparação do dano sofrido pelas mães e pelos bebês, visto que,

conforme observado, não é uma tarefa fácil comprovar a responsabilidade dos profissionais de saúde e dos hospitais.

Ademais, o direito à saúde visto como qualidade de vida está se aproximando de interesses transindividuais, em que todos compartilham os benefícios e prejuízos, bem como dos compromissos, chegando ao que se chama de Direitos Humanos de Terceira Geração, e a obtenção de direitos que protejam determinadas categorias sociais historicamente vulneráveis significa a responsabilidade coletiva da sociedade sobre essa categoria e, no caso específico da violência obstétrica, o respeito às mulheres.

Diante da análise do presente estudo foi possível perceber que há no Brasil, como uma alternativa à violência sofrida pelas mulheres nos hospitais e maternidades, um movimento social em busca da humanização do parto e do nascimento, que tem como principal objetivo a atenção humanizada e respeitosa.

Dessa forma, com base na bibliografia levantada e nos julgados apreciados do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, percebe-se que a violência obstétrica está presente em muitos hospitais e maternidades, sendo reconhecida como violação aos direitos humanos da mulher, de sua sexualidade e integridade física.

A responsabilização dos médicos, dos hospitais e dos profissionais da saúde nem sempre é possível de se verificar, visto que a responsabilidade do médico é denominada como subjetiva, sendo necessária a comprovação da culpa e o nexo causal, além de ser uma ciência de meio e não de resultado, uma vez que nenhum médico pode assumir a obrigação de curar o doente ou de salvá-lo, pois a ciência médica tem inúmeras limitações.

Portanto, é possível concluir que a obrigação assumida pelo médico e demais profissionais da área da saúde é a de proporcionar ao paciente todos os cuidados necessários e atentos, não se comprometendo, porém, a curar, mas sim a fornecer o atendimento consoante as regras e metodologias da profissão, incluindo, nesta questão, os cuidados e conselhos para que se tenha um parto menos doloroso, saudável e humanizado.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção Belém do Pará”**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 17 jun. 2021.

CATÃO, Marconi do Ó. **Biodireito**: Transplantes de órgãos Humanos e Direitos de Personalidade. São Paulo, Madras, 2014.

CHACHAM, Alessandra S.; DINIZ, Simone. G. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva I*, p. 80-91, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo. Acesso em: 18 jun. 2021.

CUNHA JÚNIOR. Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 8. ed. Salvador: Juspodivm, 2014.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declaração-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>. Acesso em: 11 jun. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2007.



DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 10 ed. Salvador: Juspodivm, 2018.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Agravo de Instrumento nº 0008904-11.2019.8.13.0000. Relator: Des. Manoel dos Reis Moraes.

_____. Apelação nº 0978396-66.2014.8.13.0024. Relator: Des. José Marcos Vieira. J. em 13 jul. 2016.

_____. Apelação nº 0012605-29.2015.8.13.0708. Relator: Des. Alberto Henrique. J. em 21 mar. 2019.

_____. Apelação nº 0002143-10.2016.8.13.0439. Relator: Des. Amorim Siqueira. J. em 19 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS**; v.4. Brasileira: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 17 jun. 2021.

_____. **Política Nacional de Humanização**– HumanizaSUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos e desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 17 jun. 2021.



PIOVESAN, Flávia. **A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres**. Revista da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v. 15, n. 57 (Edição Especial), p. 70-89, jan./mar.2012.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica**. “Parirás com Dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> f. Acesso em: 17 jun. 2021.

RESOLUÇÃO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Nº 2.144/2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

TANACA, Sônia Yuriko Kanashiro. **Estudos Avançados de Biodireito**. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

VELOSO, Roberto Carvalho, SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321960981_Reflexos_da_Responsabilidade_e_Civil_e_Penal_nos_Casos_de_Violencia_Obstetrica. Acesso em: 28 jun. 2021.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Atualizado até fevereiro/2004. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

Recebido em 17/09/2020

Publicado em 03/09/2021