

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO DAS HORTÊNSIAS
ÁREA DE CONHECIMENTO CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE DIREITO**

CAMILA PERES SPARREBERGER DE OLIVEIRA

**O CONSENTIMENTO INFORMADO SOB A LUZ DO PRINCÍPIO
CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE HUMANA E A VIOLAÇÃO DO PLANO DE
PARTO NO BRASIL**

**CANELA
2020**

CAMILA PERES SPARREBERGER DE OLIVEIRA

**O CONSENTIMENTO INFORMADO SOB A LUZ DO PRINCÍPIO
CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE HUMANA E A VIOLAÇÃO DO PLANO DE
PARTO NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Bacharelado em Direito da Universidade de Caxias do Sul, Campus Universitário da Região das Hortênsias, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Luiz Fernando Castilhos
Silveira

CANELA

2020

CAMILA PERES SPARREBERGER DE OLIVEIRA

**O CONSENTIMENTO INFORMADO SOB A LUZ DO PRINCÍPIO
CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE HUMANA E A VIOLAÇÃO DO PLANO DE
PARTO NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Bacharelado em Direito da Universidade de Caxias do Sul, Campus Universitário da Região das Hortênsias, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Luiz Fernando Castilhos Silveira

Aprovada em 08/12/2020

Banca Examinadora

Orientador Prof. Me. Luiz Fernando Castilhos Silveira
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Professora Convidada: Fernanda Martinotto
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Professor Convidado: Moisés João Rech
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Dedico este trabalho aos meus pais, Fernando e Mara, à minha irmã Bruna e ao meu cunhado Tiago, à minha filha Alice e ao meu marido Alexandre, por ser meu grande incentivador e por acreditar em mim sempre. O amor de vocês é o que me guia, vocês são a minha maior inspiração. Eu amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por me conceder a graça da saúde, pela força que me ajudou a superar todas as dificuldades que enfrentei para chegar até aqui. Sou grata pela Fé que desenvolvi ao longo dos anos, ela foi de extrema importância nos momentos de adversidades pessoais que quase me fizeram desistir da vida acadêmica. Meu agradecimento ao Espírito Santo, por iluminar a minha mente, me consolar e renovar minhas forças para escrever esta Monografia.

Aos meus professores do Ensino Fundamental e Médio, que contribuíram o quanto lhes coube para a construção da minha formação intelectual. Com ela, tornou-se possível cursar minha graduação com 100% de bolsa pelo Programa Universidade para Todos (ProUni). Obrigada pelos ensinamentos e por toda a paciência.

À Universidade de Caxias do Sul, pela oportunidade de fazer o curso, por seu brilhante corpo docente e estrutura, que, mesmo em tempos de pandemia, sempre foi maravilhosa, em especial as aulas síncronas e a biblioteca virtual. Levarei um pouco da personalidade profissional de cada professor, tenho lembranças positivas e claras de cada um deles.

Ao meu professor orientador, Ms. Luiz Fernando Castilhos Silveira, pelo qual tive a honra de ser orientada e que me auxiliou desde o TCC I. Agradeço pelo tempo que dedicou para me dar suporte, por todas as correções e incentivos.

Aos meus pais, por todo o apoio e amor incondicional. Em especial, ao meu pai, também formado nesta Universidade, por ter me incentivado a estudar desde sempre. E à minha mãe, que me orgulha por ser enfermeira graduada com láurea acadêmica e por, neste último ano, ter se aproximado mais e me auxiliado nos cuidados da minha filha, de forma que eu pudesse concluir a minha graduação.

À minha amada filha Alice, hoje com 3 anos de idade, que foi e sempre será a minha maior inspiração para estudar. O bem-estar dela foi a minha fortaleza para estudar até as 39 semanas de gestação e em regime domiciliar, após o parto. Alice, apesar da pouca idade, tem uma sabedoria incrível, e acredito

que ela me ensinou muito mais do que eu ensinei a ela. Essa menina de cachinhos dourados é a verdadeira “madrinha” da minha formatura, é o motivo da conclusão da minha graduação e tem um lugar permanente no meu coração, onde faz jus a uma fonte inesgotável de amor.

Aos coordenadores dos estágios que realizei durante o curso, por me oportunizar vivências práticas jurídicas, por acreditarem em mim para preencher a vaga, pela paciência e pelos ensinamentos. Esses momentos foram essenciais para reafirmar a minha escolha do curso.

Ao meu marido Alexandre, meu maior incentivador nos momentos de crise e desânimos. Ele sempre entendeu minhas ausências, cobrou que eu tivesse um bom desempenho acadêmico e vibrou com cada conquista minha — acadêmica e profissional. Durante a graduação, acreditou em mim, me repreendeu nos momentos em que cogitei desistir, cuidou da minha filha Alice para que eu pudesse frequentar as aulas, esperou por muitas vezes no carro, em frente à UCS, enquanto eu realizava provas durante uma ou duas horas, e comprou muito, muito, muito chocolate para me recompensar por horas de estudo.

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, durante esses cinco anos e meio, me parabenizaram por estudar e que me deram palavras de carinho e apoio, em especial minha irmã Bruna Luísa e meu cunhado Tiago. Eu amo vocês!

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação durante esses cinco anos e meio. Muito obrigada!

*“A injustiça num lugar qualquer é uma
ameaça à justiça em todo o lugar.”*

Martin Luther King

RESUMO

O Plano de Parto é uma carta em forma de lista criada pela parturiente e dirigida à equipe médica, visando a minimizar ou eliminar intervenções médicas antes, durante e após o parto, consideradas ineficazes e invasivas pela Organização Mundial da Saúde — intervenções essas que caracterizam a Violência Obstétrica. Não existe, no Brasil, lei que puna o desrespeito ao Plano de Parto; existem, em alguns estados, normas que definem a Violência Obstétrica e regulamentam o Plano de Parto. Entretanto, a juridicidade destas é questionada, ao passo que não há punição à sua ocorrência. Nesse ínterim, esta pesquisa buscou analisar de que maneira a não juridicidade das Leis que dispõem da Violência Obstétrica pode ser sanada por meio de outros diplomas legais, em especial o Código de Ética Médica e a Constituição Federal do Brasil. Para isso, foram analisados o Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana e o Código de Ética Médica. Nessa assertiva, o principal objetivo do presente trabalho foi avaliar como a não juridicidade das Leis já aprovadas pode ser solucionada com o Princípio do Consentimento Informado advindo da Ética Médica. Constatou-se, por meio de pesquisa bibliográfica e método hipotético dedutivo, parcialmente indutivo, que a Violência Obstétrica pode ser combatida com um Plano de Parto, respeitando a dignidade da mulher, mesmo que não exista lei eficaz e específica para tal, se utilizarmos o Princípio do Consentimento do Procedimento Informado, advindo do Código de Ética Médica e Dignidade da Pessoa Humana, oriundo da Constituição Federal de 1988. Essa alternativa é considerada, assim, inalterável, o que evidencia a importância do tema para a ciência jurídica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Plano de Parto. Violação dos Direitos Humanos. Consentimento. Procedimento Informado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Perfil sociodemográfico dos entrevistados	27
Figura 2 – Estado conjugal das entrevistadas	28
Figura 3 – Idade com que teve primeiro(a) filho(a) natural: comparativo entre homens e mulheres	28
Figura 4 – Violências sofridas durante o atendimento ao parto	29
Figura 5 – Local do parto e quantidade de filhos.....	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PLANO DE PARTO: CONCEITO	14
2.1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FÍSICA.....	16
2.2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PSICOLÓGICA.....	21
2.3	PLANO DE PARTO	31
3	A EFICÁCIA DAS NORMAS JURÍDICAS RELACIONADA COM A NÃO JURIDICIDADE DAS LEIS QUE DISPÕEM DA ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO	32
3.1	A EFICÁCIA DAS NORMAS JURÍDICAS.....	33
3.2	LEIS MUNICIPAIS JÁ APROVADAS NO BRASIL COM A TEMÁTICA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELACIONADA À ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE PARTO	38
3.3	PROJETOS DE LEI AO COMBATE DA CHAMADA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A FAVOR DO PLANO DE PARTO EM DEBATE NO CONGRESSO NACIONAL.....	39
3.4	RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 293/2019 – A PROIBIÇÃO DO PLANO DE PARTO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	43
4	O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA A PARTIR DA ANÁLISE DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	45
4.1	CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.....	45
4.2	PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO RESPEITO AO PLANO DE PARTO.....	51
4.3	O PRINCÍPIO E O TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	62
	ANEXO 1 – Plano de Parto	68
	ANEXO 2 – Termo de Consentimento Informado	69

1 INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que a gestação, o parto e o puerpério estão entre as fases mais sensíveis da vida da mulher, não somente pela convivência com o novo ser que integra a família, já dotado de personalidade, mas pela fragilidade física e emocional que a alta e conseguinte queda das taxas hormonais proporciona. Longe das considerações biológicas, científicas e psicológicas, é de suma importância analisar mecanismos jurídicos capazes de assegurar às mulheres que esses momentos sejam respeitados e vividos da melhor maneira possível.

Pensando nisso, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece recomendações durante o parto¹, definem como violenta toda e qualquer prática desnecessária e invasiva. Considerando essas orientações, temos a criação do denominado Plano de Parto, o qual, semelhante ao modelo de Termo de Consentimento Informado, é um documento elaborado pela paciente estabelecendo os procedimentos médicos a que a parturiente está disposta a ser submetida ou não (desde que se trate de uma gravidez de baixo risco) antes, durante e após o parto.

Além da necessidade de definir os conceitos e as formas de Violência Obstétrica para examinar o Plano de Parto e a sua violação, verifica-se a complexidade do assunto, ao passo que o Brasil não dispõe de Lei Federal que especifique e reprove a prática da Violência Obstétrica. Assim, abre-se precedente para que a aceitação de um Plano de Parto seja opcional por parte dos hospitais e das equipes médicas, mesmo que existam normas que asseguriariam perfeitamente a escolha das pacientes, como o Código de Ética Médica, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Constituição Federal.

Logo, o legislador deve se desdobrar entre diversos artigos de cada Lei para que possa aplicar qualquer sanção contra autores dessa violência. Da mesma forma, a paciente deve se desdobrar entre os vários dispositivos para fazer ser aceito o Plano de Parto. A exceção é o estado de Santa Catarina, o

¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias.** [S. l.], 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias&Itemid=820. Acesso em: 29 set. 2020.

único no país onde há Lei específica (Lei nº 17.097/2017) que trata sobre o assunto, mas que, mesmo assim, não prevê punição para o seu descumprimento².

Essa monografia analisou, sob o prisma jurídico, o conceito de Plano de Parto, apresentando brevemente as práticas médicas antes, durante e após o parto que são consideradas violentas e sobre as quais cabe à parturiente escolher se será submetida ou não, fazendo ser respeitado o princípio constitucional de que ninguém será submetido a tratamento degradante ou humilhante; analisou também a importância de fornecer informação jurídica às gestantes e parturientes, para que saibam lidar com a não juridicidade da Lei que dispõe da Violência Obstétrica e elaboração do Plano de Parto, trouxe os conceitos fundamentais da Ética Médica e do Princípio do Consentimento Informado; avaliou a eficácia das normas jurídicas e como a não juridicidade das Leis já aprovadas pode ser sanada com o Princípio do Consentimento Informado, advindo da Ética Médica.

Durante o desenvolvimento deste trabalho, foi possível avaliar como a ausência de norma federal que define Violência Obstétrica e Plano de Parto, bem como a falta de eficácia das normas jurídicas já existentes e de projetos de lei, podem ser solucionadas por meio de outros diplomas legais.

Nesse sentido, verifica-se que ausência de norma eficaz pode ser solucionada por meio da utilização do Código de Ética Médica, da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Constituição Federal, garantindo à paciente o máximo de autonomia e respeito, e o mínimo de dor e sofrimento.

Este trabalho não abrange conceitos consumeristas, penais, de violência contra a mulher ou de processos indenizatórios (apesar de alguns argumentos se encaixarem perfeitamente nas peças processuais com o objeto da presente Monografia). A pesquisa trata da violação do Plano de Parto à luz do Princípio Constitucional da Dignidade Humana e também do Termo de Consentimento do Procedimento Informado, muito utilizado no campo da Ética Médica.

² SPACOV, L. V.; SILVA, D. S. R. da. Violência Obstétrica: um olhar jurídico desta problemática no Brasil. **Derecho Y Cambio Social**, [s. l.], v. 55, p. 1–15, 2019. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Derecho-y-Cambio_n.55.23.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

A metodologia aplicada na presente Monografia é de pesquisas bibliográficas com fontes disponíveis em livros, artigos acadêmicos, documentários, dissertações, por meio da análise de informações originais.

A abordagem utilizada será a hipotético-dedutiva e parcialmente indutiva. Segundo Marconi e Lakatos³, o método hipotético dedutivo “inicia-se pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos sobre a qual formula hipóteses e, pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenômenos abrangidos pela hipótese”. Já o indutivo prevê que “a aproximação dos fenômenos caminha geralmente para planos cada vez mais abrangentes, indo das constatações mais particulares às leis e teorias (conexão ascendente)”.

Assim, no primeiro capítulo deste trabalho, intitulado Violência Obstétrica e Plano de Parto, são analisados os tipos de violências obstétricas existentes (física e psicológica, que é subdividida em manipulação e ofensa verbal), bem como é exposta a maneira como ocorre cada prática. Na segunda parte do capítulo, são apresentados o objetivo, o funcionamento e um modelo de Plano de Parto.

No segundo capítulo, são definidas a eficácia da norma, a função da sanção em uma norma jurídica e a não juridicidade dos Projetos de Lei e das Leis que dispõem dos direitos da parturiente, enquanto portadora de autonomia. Analisa-se cada projeto que está em pauta atualmente, bem como Leis já aprovadas sobre a temática e a Resolução CREMERJ nº 293/2019, que proibiu os médicos de acolherem o Plano de Parto no estado do Rio de Janeiro.

Na terceira parte, comentam-se o Princípio da Autonomia e da Dignidade da Pessoa Humana, a partir da análise do Código de Ética Médica, da Constituição Federal de 1988 e do Termo de Consentimento Informado. Será analisado o Código de Ética Médica, a partir de uma seleção de artigos pertinentes, expondo a maneira como a violação destes se dá no momento em que ocorre a Violência Obstétrica ou em que não é aceito e respeitado o Plano de Parto apresentado pela paciente. Em poucas palavras, pode-se afirmar que se trata de um documento semelhante ao Plano de Parto, que explica as causas e os riscos de um procedimento médico. Em geral, durante o parto, as pacientes são submetidas a procedimentos médico-cirúrgicos sem a assinatura do devido termo.

³ MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2017. p. 2369–2370.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PLANO DE PARTO: CONCEITO

Para analisar o consentimento informado sob a luz do Princípio Constitucional da Dignidade Humana e a violação do Plano de Parto no Brasil, é importante antever os conceitos de Violência Obstétrica as suas tipificações e o Plano de Parto.

A primeira parte deste capítulo conceitua a Violência Obstétrica, tipificando a suas práticas em violência física e violência psicológica, sendo a última dividida em manipulação e ofensa verbal. Dentro de cada subdivisão, são descritas as práticas consideradas violentas pela Organização Mundial da Saúde. Essas definições são de extrema importância para a compreensão dos capítulos seguintes do presente trabalho.

A segunda subdivisão deste capítulo visa a comprovar, por meio de pesquisas, a ocorrência da Violência Obstétrica em nosso país, definida na primeira parte do capítulo. São utilizados números da Organização Mundial da Saúde, da Fundação Fiocruz e da Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC.

A terceira parte do capítulo define e exemplifica o Plano de Parto. Em síntese, o Plano de Parto, se aplicado de forma respeitosa, tende a minimizar e eliminar a prática da Violência Obstétrica. É fundamental compreender o objetivo e a aplicação desse mecanismo para alcançar conhecimento sólido acerca da temática abordada na presente Monografia.

O termo “Violência Obstétrica” surgiu por volta dos anos 2000, na América Latina⁴, e consiste em tipificar como violentas intervenções médicas antes, durante e após o parto — seja ele cesárea ou natural — e em situações de abortamento, consideradas nocivas e ineficazes pela Organização Mundial da Saúde ou realizadas sem a informação à paciente e o consentimento desta. A definição de “violência” se dá por tais práticas serem abusivas e cientificamente inúteis para o bom andamento do parto e/ou feitas contra a vontade da paciente.

⁴ ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 29, n. 0, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 6 set 2020, p. 4.

Comumente, associa-se a Violência Obstétrica — em função do próprio nome — à violência praticada somente pelo obstetra. Entretanto, esta pode ser cometida por qualquer profissional da equipe médica (enfermeiros, anestesistas, pediatras, técnicos em enfermagem, recepcionistas), bem como pelo próprio acompanhante ou familiar. Associa-se ainda a Violência Obstétrica às práticas realizadas somente no parto natural; todavia, ela pode estar presente também nas cesarianas e nos procedimentos de curetagem pós-abortamento.

A Violência Obstétrica é, *grosso modo*, a prática de manipulação, injúria, discriminação, omissão de informações, abuso da falta de conhecimento e lesão corporal “medicalizada”. Trata-se de ações transvestidas de “procedimento médico” e contra a dignidade da pessoa humana e o princípio do procedimento consentido e informado.

A prática desse tipo de violência é acentuada durante o trabalho de parto; contudo, pode iniciar-se nas consultas de pré-natal, quando a paciente não recebe informações relevantes sobre a gestação e o trabalho de parto ou é induzida a acreditar que é necessário um parto cesariana ou manipulada, pelo medo e pela sua falta de conhecimento, a escolher a cirurgia. Segundo a OMS, tal intervenção cirúrgica deveria ter uma taxa abaixo de 20%, mas atualmente, no Brasil, alcança a margem de mais de 80%, tanto no Sistema Único de Saúde quanto nos convênios de saúde.

A omissão de informações, nesse caso, também caracteriza violência. É difícil considerarmos um médico amigo e atencioso como um indivíduo violento. Contudo, em uma análise mais aprofundada, entendemos que, nos consultórios desses profissionais, é presente não apenas a violência como também a violação da Dignidade da Pessoa Humana e do Código de Ética Médica.

É importante salientar que a cesariana eletiva não é, em si, um ato de Violência Obstétrica, quando realizada após informar a paciente de todos os benefícios do parto natural, bem como informar os riscos da cirurgia. Trata-se de uma cirurgia que salva vidas todos os dias, a qual deve ser realizada diante de uma real indicação ou vontade da parturiente, sem lhe impor falsas indicações.

Quando a cesariana é escolhida em função de medo, por conveniência médica ou contra a vontade da paciente, é considerada um ato de violência. A mulher tem todo o direito de optar pela cesariana, de não enfrentar a dor do parto

natural, de planejar a data do nascimento conforme as suas necessidades e de não querer vivenciar um parto normal, sem apresentar qualquer motivo. No entanto, se não há risco de vida para mãe e filho, essa escolha não deve ser feita pelo profissional, e sim unilateralmente, pela paciente ou por ela e pelo pai da criança, se ela assim desejar.

Consoante o estudo *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, da Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, sofrer Violência Obstétrica é realidade para uma em cada quatro mulheres no Brasil⁵. Nessa esteira, a Defensoria Pública de São Paulo conceitua a Violência Obstétrica como uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos, impactando negativamente na sexualidade e na qualidade de vida das mulheres⁶.

2.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FÍSICA

Em relação à Violência Obstétrica física, as mais comuns intervenções consideradas violentas são as seguintes: tricotomia, aplicação de ocitocina, episiotomia, proibição de comer e beber, perfuração da bolsa amniótica, administração de medicamentos sem informar a paciente, violação do direito de ter um acompanhante (Lei nº 11.108/2005), manobra de Kristeller, lavagem intestinal, obrigação de permanecer em posição ginecológica, afastamento do recém-nascido após o parto, exames de toque excessivos ou para treinamento de estudantes, “ponto do marido” e cesariana eletiva.

A tricotomia é a raspagem de pelos pubianos sob a justificativa de que prejudica a assepsia do parto. Todavia, não há respaldo científico para a prática;

⁵ VIDAL, B.; GOTTSCHALK, M.; NEGRI, R. De. **As Faces da Violência Obstétrica**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 11 set. 2020.

⁶ ALBUQUERQUE, F. **Defensoria Pública orienta mulheres sobre violência obstétrica**. [S. l.], 2014. Disponível em: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-03/defensoria-publica-orienta-mulheres-sobre-violencia-obstetrica#:~:text=De acordo com a Defensoria,capacidade de decidir livremente sobre](https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-03/defensoria-publica-orienta-mulheres-sobre-violencia-obstetrica#:~:text=De acordo com a Defensoria,capacidade de decidir livremente sobre.). Acesso em: 28 set. 2020.

ela é feita por conveniência médica no sentido de facilitar a execução de pontos, caso aconteça laceração ou episiotomia⁷.

A ocitocina é um hormônio produzido durante o trabalho, responsável por provocar contrações uterinas essenciais para a saída do bebê e produção de leite materno. Porém, existe um tipo de ocitocina sintética que foi desenvolvida para proceder à indução de parto natural quando a gravidez avançou mais de 42 semanas ou para estimular a produção de leite pós-cesariana, o qual é aplicado de forma intravenosa. Administrar esse tipo de hormônio sintético sem indicação real (conforme descrito acima) ou sem conhecimento e consentimento da paciente é considerado violência.

Em muitos hospitais, essa intervenção é parte do protocolo de atendimento assim que a parturiente dá entrada no hospital, sendo feito principalmente para acelerar um trabalho de parto que está se desenvolvendo normalmente. A prática agiliza o parto, mas causa dor e desconforto desnecessário, pois o próprio corpo produziria a quantidade de hormônio necessária sem intervenção. Em outras palavras, ela torna o trabalho de parto mais rápido, permitindo que o médico atenda outras pacientes — ou seja, por conveniência médica⁸.

A episiotomia⁹ está atrelada à exigência de a parturiente permanecer em posição ginecológica durante o período expulsivo (em alguns hospitais, com os braços amarrados). A posição ginecológica é diversa à anatomia feminina, enquanto o canal vaginal é reto, ele se dobra na posição exigida. Isso dificulta a saída do bebê, causando mais dor do que realmente seria causada em posição diversa. Nesse sentido, ocorre laceração provocada pela cabeça do bebê no final da vagina em direção ao períneo. Para evitar essa laceração natural (que seria mais adequada, uma vez que o bebê lacera apenas o tamanho necessário para sua passagem), é utilizada a episiotomia, que consiste em um corte de bisturi, comumente sem anestesia, para, mais uma vez, tornar o parto mais rápido. O procedimento — que é desnecessário — muitas vezes é realizado sem

⁷ EBSEH. **Protocolo Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar: Medidas de Prevenção de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cesariana.** [S. l.: s. n.], 2017. p. 9.

⁸ NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, v. 25, n. 4, p. 979–998, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>. Acesso em: 29 set. 2020.

⁹ FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia.** [S. l.], 2018b. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>. acesso em 29/09/2020. Acesso em: 29 set. 2020.

consentimento e prévio aviso da paciente, causa cicatrizes e é conveniente somente ao médico.

A proibição de comer e beber antes e durante o trabalho de parto é feita para que a paciente não vomite durante o processo, o que seria completamente normal — mais uma vez, por conveniência. Entretanto, recomenda-se a ingestão de alimentos em função da duração do trabalho de parto e porque a paciente necessita estar bem alimentada para fazer força no período expulsivo. Quando a paciente não está alimentada, ela não consegue fazer força e acaba sendo submetida a uma cesariana. Nesse contexto, a proibição de se alimentar funciona como manipulação para o encaminhamento para uma cesariana “de emergência”¹⁰.

É possível que a mulher esteja em trabalho de parto sem que a bolsa seja rompida, porque a contagem do tempo do trabalho de parto inicia-se a partir do momento em que há contrações constantes. A bolsa pode romper-se no último instante do parto, ou seja, no período expulsivo. Assim, é comum que a equipe médica rompa a bolsa manualmente, antes do tempo necessário, de forma que o parto seja realizado mais rapidamente. Semelhante à administração de ocitocina sintética, esse procedimento deveria ser utilizado para induzir partos naturais após 42 semanas de gestação, mas também é protocolo em muitos hospitais do Brasil. A prática acelera o parto e convém ao médico¹¹.

Também é comum a administração de medicamentos sem informar a paciente sobre a substância e a quantidade aplicada. Após o término do parto (natural ou cesariana), o protocolo de inserir acesso intravenoso para a administração de medicamentos sem informar a paciente do que está sendo administrado é considerado ato de violência. Medicações como morfina (utilizada em tratamentos oncológicos em que há muita dor) podem ser aplicadas corriqueiramente, mesmo que a paciente não apresente dor. Dessa forma, é feito um tratamento “preventivo” para que, no período em que estiver internada, a

¹⁰ BANCO DA SAÚDE. **É mesmo necessário proibir comida durante o parto?**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.bancodasaude.com/noticias/e-mesmo-necessario-proibir-comida-durante-o-parto/>. Acesso em: 29 set. 2020.

¹¹ MARQUES, I. R. *et al.* Guia de Apoio à Decisão em Enfermagem Obstétrica: aplicação da técnica da Lógica Fuzzy. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 58, n. 3, p. 349–354, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000300019>. Acesso em: 29 set. 2020.

paciente não tente contato com o médico que realizou o parto para eventuais queixas.

Embora a Lei nº 11.108/2005 garanta o direito de a paciente ter um acompanhamento antes, durante e após o parto, é comum também que hospitais não permitam a ela dar à luz acompanhada de um homem, sob a justificativa de haver outras mulheres no mesmo quarto, muitas vezes nuas. Essa proibição, além de uma violação da referida Lei, é considerada Violência Obstétrica. É dever do hospital dispor de um ambiente próprio para a presença de acompanhantes, separando as pacientes ou colocando barreiras que impossibilitem a visão de um leito para outro. É conveniente ao hospital proibir o acompanhante homem, ao invés de investir em leitos úteis para a garantia desse direito. Nesse sentido, o texto da Lei nº 11.108/2005 afirma:

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**. (grifo nosso)¹²

A manobra de Kristeller consiste em uma forte pressão com mãos e braços do profissional de saúde sobre o abdômen e útero da paciente, com o objetivo de “descer o bebê” e tornar o parto mais rápido. Essa manobra — utilizada durante o parto natural e a cesariana — causa dor, falta de ar e desespero, apresenta risco de deixar braços e pernas do bebê tortos momentaneamente, assim como de causar ruptura de costelas e hemorragias. Em ambos os tipos de parto, é ineficaz, de acordo com a Organização Mundial da Saúde e, por isso, a OMS não recomenda a prática dessa manobra¹³.

A lavagem intestinal tem por objetivo manter a sala de parto limpa. O canal vaginal é muito próximo ao canal intestinal; dessa forma, a força da passagem do bebê comprime o canal intestinal, fazendo com que a mulher evacue. Nesse sentido, além de proibir a ingestão de alimentos, é feita a lavagem intestinal para

¹² BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Casa Civil, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 29 set. 2020.

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intrapartum care for a positive childbirth experience. **WHO Recommendations**, [s. l.], 2018. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 9 set. 2020.

o maior conforto da equipe de saúde e limpeza do hospital. Porém, não há estudos que evidenciem que a não realização desse procedimento possa causar infecções e outros danos para o bom andamento do parto. É um acontecimento natural, fisiológico e normal e, para a parturiente, a prática da lavagem intestinal pode causar dor, vergonha e desconforto. Assim, quando realizada sem permissão e informação de que essa prática convém à equipe médica e hospitalar, é considerada Violência Obstétrica. Esse procedimento também não é recomendado pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde¹⁴.

A obrigação de se manter em posição ginecológica, quando não há concordância da paciente, também é Violência Obstétrica. Consoante o exposto, a posição não é cientificamente correta, acarreta mais dor do que o habitual e aumenta o risco de laceração. Esta, por sua vez, é evitada por outro tipo de violência: a episiotomia. Todavia, a posição facilita a visão do médico¹⁵.

Afastar o recém-nascido saudável da mãe imediatamente após o parto faz com que a equipe médica seja liberada mais rápido. Se não há nenhum tipo de intercorrência, não há motivo para retirar o bebê do corpo da mãe e não colocá-lo imediatamente no peito para que ela possa amamentá-lo e conhecê-lo. É comum que os recém-nascidos sejam afastados de suas mães para avaliação de Apgar, banho, aspiração nasal e outros procedimentos pediátricos. Contudo, a OMS não recomenda esse afastamento e entende que se pode esperar para realizar esses procedimentos. Afastar o bebê da mãe gera ansiedade e pode desencadear uma dificuldade de estabelecer vínculos maternos.

A função dos exames de toque durante o trabalho de parto é avaliar a evolução da dilatação uterina. A dilatação ocorre gradualmente e evolui durante horas; nesse contexto, não há necessidade de realizar exames de toque frequentemente. Em documentários sobre parto e Violência Obstétrica, são comuns relatos de treinamento de estudantes de Medicina em uma única paciente. Em outras palavras, o médico examina, verifica quantos centímetros de dilatação a paciente tem e pede para todos os alunos presentes verificarem também. É desconfortável, vergonhoso e doloroso. Dessa maneira, a parturiente

¹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018.

¹⁵ BITTENCOURT, C. **Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal?**. [S. l.], 2014.

Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>
Acesso em: 29 set. 2020.

é invadida com inúmeros e sucessivos toques de diferentes pessoas, para fim de experimento e aula prática¹⁶.

A prática denominada “ponto do marido” está associada à episiotomia. Consiste em suturar o corte da episiotomia com um ponto a mais que o necessário, com o objetivo de estreitar a vagina para, supostamente, aumentar o prazer sexual do(s) parceiro(s) da mulher. Além de não ser necessário, causa dor e desconforto na retomada da vida sexual pós-parto. A prática é considerada violência por ser dolorosa, inútil e, na grande maioria das vezes, não permitida¹⁷.

Por fim, a cesariana eletiva é considerada Violência Obstétrica quando ocorre sem prescrição, por falsos motivos ou se escolhida para ser realizada pelo médico. Quando a paciente decide se submeter a uma cesariana sem indicação, não é considerada violência. Entretanto, se o médico impuser motivos não reconhecidos pela OMS, por meio de manipulações psicológicas (que são abordadas a seguir), esse profissional comete Violência Obstétrica. O poder de escolha deve ser da protagonista do parto.

Consoante o exposto, as citadas intervenções são corriqueiramente utilizadas por conveniência médica ou para agilizar o trabalho de parto. O parto é um processo natural e fisiológico, que pode durar entre 12 e 24 horas¹⁸. Logo, é incontestável que, nesse período, é necessário paciência, conhecimento, acolhimento e compreensão.

2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PSICOLÓGICA

Outro tipo de Violência Obstétrica existente é a violência psicológica. É comum que mulheres não percebam que estão sofrendo Violência Obstétrica no momento em que está sendo cometida, tendo em vista que esta pode se dar de forma muito sutil. Entretanto, meses ou anos depois do parto, ao ter conhecimento do que se trata a violência, essa mulher pode reconhecer os desconfortos desnecessários que protagonizou.

¹⁶ HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 361 f. 2007. Departamento de Medicina Preventiva - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/?gathStatlcon=true>. Acesso em: 17 nov. 2020.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ FETALMED MEDICINA FETAL. **Como saber que estou em trabalho de parto?**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.fetalmed.net/como-saber-que-estou-em-trabalho-de-parto/>. Acesso em: 6 set. 2020.

A Violência Obstétrica psicológica é subdividida em manipulação e ofensa verbal. A manipulação é a forma mais comum de violência psicológica. É desacreditar da capacidade da mulher de dar à luz naturalmente. É, mesmo sem exames e comprovações médicas, o profissional dizer que a mulher não poderá ter um parto normal. É induzir medo. É inventar motivos irrealistas para a indicação de cesariana. É apoiar a gestante no parto natural e, na última consulta e próximo às 40 semanas de gestação, informar que só trabalha com cesariana, impedindo que a mulher procure outro médico por não haver tempo hábil. É ser gentil, compreensivo e desenvolver uma relação de confiança com a paciente para convencê-la dos benefícios da cesariana. É abusar da falta de conhecimento da gestante para induzir ao que lhe beneficia. É utilizar-se da sua posição de especialista para impor que as suas falas são comprovadas cientificamente, mesmo que contraindicadas pela Organização Mundial da Saúde.

A Associação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia explica:

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 140 milhões de nascimentos acontecem ao ano no mundo; a maioria, **sem identificação de fatores de risco**. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a **mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que as cesáreas sejam minimamente benéficas quando mulheres ou bebês não enfrentam problemas importantes**.

No Brasil, entretanto, a ordem natural está invertida. Em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. Segundo a OMS, o País detém a segunda maior taxa de cesáreas do planeta com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%.

Para ter uma noção melhor do exagero, a taxa de cesáreas na Europa é de 25%, e nos EUA, 32,8%. A OMS alerta que a situação já vista como uma "epidemia".

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea fique entre 10% e 15%. César Fernandes, presidente da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), compreende que realmente é preciso mudar o padrão atual:

"Desde que esteja correndo tudo bem, o melhor parto para essa mulher, certamente, é o normal. Quando não for possível, e for mandatária a realização de uma cesárea, que se faça a cesárea porque, nestas circunstâncias, será benéfica para mãe e para recém-nascido. Todos nós temos de atender a expectativa das parturientes; afinal são elas as protagonistas." (grifo nosso)¹⁹

¹⁹ FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. [S. l.], 2018a. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acesso em: 6 set. 2020.

Embora haja uma estimativa de duração de uma gestação, não é possível prever o dia e o horário exatos de um parto natural. O trabalho de parto pode se iniciar fora do horário de expediente que o médico estipulou para si, ou seja, aos finais de semana, à noite, feriados e pré-feriados. Também pode durar 2, 6, 12 ou mais de 24 horas e, durante todo esse período, a parturiente necessita acompanhamento de um obstetra.

O parto vaginal é um processo fisiológico, portanto, espontâneo. A mulher, por natureza, sabe dar à luz. Já a cesariana é uma cirurgia de grande porte e riscos, que necessita conhecimento, sala e instrumentos próprios, assim como envolvimento de outros profissionais da saúde, como anestesista e assistentes. Também há mais risco de infecções por conta do corte e demanda um período de recuperação maior²⁰. Devido à diferença de complexidade dos tipos de partos, grande parte dos planos de saúde e Sistema Único de Saúde têm de pagar maior valor de honorários médicos para a realização da cesariana do que de parto natural.

Um parto natural pode durar em média de 12 a 14 horas, podendo ultrapassar 24 horas²¹, enquanto a duração de uma cesariana é de 30 a 60 minutos²². Nesse ínterim, induzir a paciente a escolher uma cesariana facilita o cumprimento da agenda médica, no sentido de que é possível finalizar de 10 a 12 cesarianas no mesmo período de tempo em que se acompanha apenas um parto natural.

Além disso, desconsiderando o fator financeiro de que a cesariana é mais lucrativa, independentemente do sistema de saúde, dar motivos irrealistas para induzir a paciente a optar por uma intervenção cirúrgica minimiza o risco de o médico ser solicitado durante o andamento de outro nascimento. Também reduz a possibilidade de ele ser chamado durante o seu período de folga e lazer ou de precisar desmarcar um dia de consultório particular, em que o valor das consultas

²⁰ DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea?** Araraquara: Fundação Editora UNESP, 2014.

²¹ BASBAUM, C. **Trabalho de parto normal dura em média de 12 a 14 horas.** [S. l.], 2016. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/familia/materias/17688-trabalho-de-parto-normal-dura-em-media-de-12-a-14-horas>. Acesso em: 7 set. 2020.

²² PEREIRA, E. **Cesariana - indicações, riscos, como é feita, recuperação após parto.** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ginecologia/cesariana>. Acesso em: 7 set. 2020.

gira em torno de 250 a 300 reais, para atender a uma única paciente cujo convênio pagará muitas vezes menos que o valor de uma única consulta.

A segunda classificação de Violência Obstétrica psicológica é a ofensa verbal. Esse tipo de violência consiste em todo e qualquer tipo de palavra ou suposição dirigida a alguém com o objetivo de ofender ou causar mal-estar. Durante o parto, a ofensa que caracteriza Violência Obstétrica pode ser proferida por médico, enfermeiro, anestesista, pediatra, técnico em enfermagem ou outros funcionários do hospital, como recepcionistas e auxiliares de limpeza e pelo próprio pai ou acompanhante.

Essa ofensa pode ser sutil ou agressiva: não se deve analisar apenas o que foi dito ou a forma como foi dito, mas sim o conjunto da expressão. As ofensas verbais são frequentemente usadas durante o trabalho de parto, raramente no pós-parto e pré-natal, embora também possa acontecer. Na ofensa verbal, que faz parte do conceito de Violência Obstétrica, o agressor intimida, ameaça e amedronta a vítima.

Alguns profissionais e acompanhantes utilizam-se dessa prática com o objetivo de silenciar a mulher que expressa dor, proíbe ou questiona intervenções médicas, ou de fazer a paciente acreditar que necessita de uma cesariana de urgência. A mulher silenciada e que não expressa dor e dúvidas (comportamento normal durante o parto) deixa o ambiente mais confortável para as demais pacientes, e o não questionamento torna mais fácil proceder a práticas invasivas.

Quando acontece Violência Obstétrica na forma de ofensa verbal, é comum que as mulheres sejam inferiorizadas, chamadas de “mãezinhas” ou, ao expressar dor, ouvir frases como “na hora de fazer, você não gritou”, “aguenta a dor porque ano que vem você está aqui de novo”, “ninguém mandou transar sem camisinha”, “você prefere cesariana ou matar seu bebê?”²³.

As práticas consideradas Violência Obstétrica são realizadas em vários municípios do Brasil, não sendo a sua ocorrência especificamente no Sistema Único de Saúde, plano de saúde ou rede particular, e nem atingem um grupo especial de mulheres. Os números mostram que as práticas consideradas violentas, desnecessárias e invasivas durante o parto pela Organização Mundial

²³ DIP, A. **Na hora de fazer não gritou**. [S. l.], 2013. Disponível em: <https://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 11 set. 2020.

da Saúde são corriqueiras e culturais. Para comprovação do exposto, este capítulo fará ainda uma exposição de pesquisas importantes sobre o tema, a partir de dados da Organização Mundial da Saúde, da Fundação Fiocruz e da Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC.

A Organização Mundial da Saúde idealiza uma taxa de até 15% de nascimentos por parto cesariano. No Brasil, desconsiderando os partos domiciliares, temos o percentual de 52% de partos cesarianos *versus* 48% de partos naturais. Considerando apenas as redes privadas de saúde, estima-se que o número de cesarianas chegue a 80% do total de partos realizados, alcançando um dos maiores números de cesarianas em todo o planeta²⁴.

Em 2014, a Fundação Fiocruz realizou uma pesquisa denominada *Nascer no Brasil*, em maternidades públicas, privadas e mistas de todos os estados do país. A pesquisa incluiu 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios, e contou com a participação de 23.894 mulheres. A conclusão da pesquisa é que o Brasil, assim como já mencionado pela OMS, representa alto índice de cesarianas e que a situação é mais alarmante no setor privado.

Tal conclusão leva a evidenciar que esse índice se dá por interesses financeiros dos profissionais, uma vez que, no setor privado, a gestante escolhe o médico que vai realizar o seu parto e, na rede pública, quem o conduz é o médico plantonista. Assim, o plantonista, quando acaba a sua jornada, passa as pacientes para o próximo médico, poupando e otimizando o tempo de trabalho. O médico particular ou conveniado precisa acompanhar a sua paciente durante todo o trabalho de parto, o que faz com que, unilateralmente, opte pela cesariana, utilizando violência psicológica manipuladora para convencer a gestante.

A seguir, cita-se um trecho relevante do resultado da pesquisa:

O estudo aponta que quase 70% das brasileiras deseja um parto normal no início da gravidez. Entretanto, poucas foram apoiadas em sua preferência pelo parto normal: nos serviços privados, esse valor foi de apenas 15% para aquelas que estavam em sua primeira gestação. “Há certamente uma influência do pré-natal na decisão das mulheres pelo tipo de parto, mas as amigas e os familiares também influenciam. Não se pode, entretanto, deixar de destacar que é uma visão equivocada achar

²⁴ MOTTA, A.; BELLINI, G. **Violência obstétrica é comum no Brasil**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <http://www2.eca.usp.br/njsaoremo/?p=4013>. Acesso em: 28 set. 2020.

que a cesariana é a forma mais segura para parir”, explica Maria do Carmo.²⁵

A pesquisa aponta também que as cesarianas entre adolescentes foram quase o triplo (42%) do recomendado pela OMS. A pesquisa revela que, quanto às mulheres que tiveram parto normal, houve predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado, com intervenções excessivas e uso de procedimentos que, além de não serem recomendados pela OMS como de rotina, provocam dor e sofrimento desnecessários, quando utilizados sem indicação clínica. A maioria das mulheres ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, não se alimentou durante o trabalho de parto, usou medicamento para acelerar as contrações e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando a sua barriga.

A pesquisa de opinião pública realizada em agosto de 2010 pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o Sesc, denominada *Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, também traz dados importantes sobre esse cenário no Brasil. A amostra dessa pesquisa foi de 2.365 entrevistas com mulheres e 1.181 com homens, distribuídas em 25 estados nas cinco macrorregiões do país, cobrindo as áreas urbana e rural de 176 municípios na amostra feminina e 104 municípios na masculina, estratificados por porte e mesorregião.

O perfil sociodemográfico das pessoas entrevistadas foi de 86% moradores de áreas urbanas e 14% de áreas rurais em 2010. O universo da pesquisa foi de mulheres e homens brasileiros com 15 anos de idade ou mais. Nesse aspecto, 8% das entrevistadas tinham entre 15 e 17 anos; 18% tinham entre 18 e 24 anos; 22% tinham entre 25 e 34 anos; 19% tinham de 35 a 44 anos; 19% tinham de 45 a 59 anos e 14% tinham 60 anos ou mais²⁶. A abordagem se deu por meio de aplicação de questionário estruturado, via entrevistas pessoais e domiciliares, realizadas por equipes compostas exclusivamente por pesquisadoras na amostra de mulheres e por pesquisadores na amostra de homens.

²⁵ AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas.** [S. l.], 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 29 set. 2020.

²⁶ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010.** [S. l.], 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>. Acesso em: 19 nov. 2020.

Como resultado, a pesquisa da Fundação Perseu Abramo revelou que, no ano da investigação, 25% das mulheres que deram à luz em hospitais do Brasil foram vítimas de algum tipo de violência física, psíquica ou moral antes, durante ou após o parto²⁷. A pesquisa foi capaz de retratar a teoria da temática na realidade das brasileiras, sendo a principal assertiva que uma a cada quatro mulheres sofre Violência Obstétrica no Brasil, seja ela física, psicológica ou moral. Desse modo, mais do que apenas uma questão em discussão, a pesquisa mostrou, por meio de relatos em diferentes regiões do país, que a Violência Obstétrica é real e corriqueira, não fazendo distinção de classe social ou se o atendimento é público ou privado.

A seguir, são apresentadas tabelas que resumem os resultados obtidos pela pesquisa. Na Figura 1, explicita-se o perfil sociodemográfico dos participantes.

Figura 1 – Perfil sociodemográfico dos entrevistados

	MULHERES 2001	MULHERES 2010	HOMENS 2010
IDADE			
15 e 17 anos	9%	8%	9%
18 a 24 anos	20%	18%	19%
25 a 34 anos	24%	22%	23%
35 e 44 anos	19%	19%	19%
45 e 59 anos	16%	19%	19%
PASSOU MAIOR PARTE DA INFÂNCIA			
Na cidade	55%	63%	63%
No campo/áreas rurais	45%	35%	34%
Meio a meio/em ambos		3%	3%
Vivem em áreas urbanas	84%	86%	82%
Cresceram na cidade	52%	60%	59%
Cresceram no campo	13%	12%	14%
Vivem em região metropolitana	39%	39%	36%
Capitais	26%	25%	23%
Outros municípios em RMs	13%	14%	13%
Vivem no interior	61%	61%	64%
Municípios pequenos	19%	20%	21%
Municípios médios	20%	20%	22%
Municípios grandes	22%	20%	21%

Fonte: Gráfico elaborado pela autora para melhor visualização, sem alteração de dados, sendo idêntico resultado original da pesquisa²⁸.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

A pesquisa revelou ainda que a proporção de mulheres solteiras é quase a mesma de mulheres que sofreram Violência Obstétrica (Figura 2). O número de mulheres que foram vítimas de Violência Obstétrica, segundo a pesquisa, é de 25%, já o número de solteiras entrevistadas é de 26%. Logo, pode-se cogitar se há uma correlação entre os dois fatores.

Figura 2 – Estado conjugal das entrevistadas

ESTADO CONJUGAL	MULHERES	MULHERES
	2001	2010
SOLTEIRA	26%	28%
TT. CASADA	57%	56%
Casada com o papel assinado	36%	35%
Amigada/casada sem registro	21%	21%
SEPARADA	8%	8%
VIÚVA	9%	8
COM PARCEIRO	70%	73%
Casada	57%	56%
Solteira	11%	14%
Separada/viúva	2%	3%
SEM PARCEIRO	26%	26%
Solteira	14%	13%
Separada/viúva	13%	12%

Fonte: Gráfico elaborado pela autora para melhor visualização, sem alteração de dados, sendo idêntico resultado original da pesquisa²⁹.

Analisando os resultados da pesquisa, obtemos a informação de que 27% das entrevistadas tiveram o seu primeiro filho natural entre os 16 e os 18 anos (Figura 3). Considerando o valor de 25% de Violência Obstétrica, pode-se cogitar uma correlação casual de que essa faixa etária é mais sujeita ao sofrimento de violência do que as demais.

Figura 3 – Idade em que teve o primeiro filho natural: comparativo entre homens e mulheres (%)

	Mulheres	Homens
Até 15 anos	7	1
Com 16 a 18 anos	27	12
Com 19 a 24 anos	43	44
Com 25 a 30 anos	6	12
Não respondeu/Recusa	1	1
Média	21a3m	24a3m

Fonte: Gráfico elaborado pela autora para melhor visualização, sem alteração de dados, sendo idêntico resultado original da pesquisa³⁰.

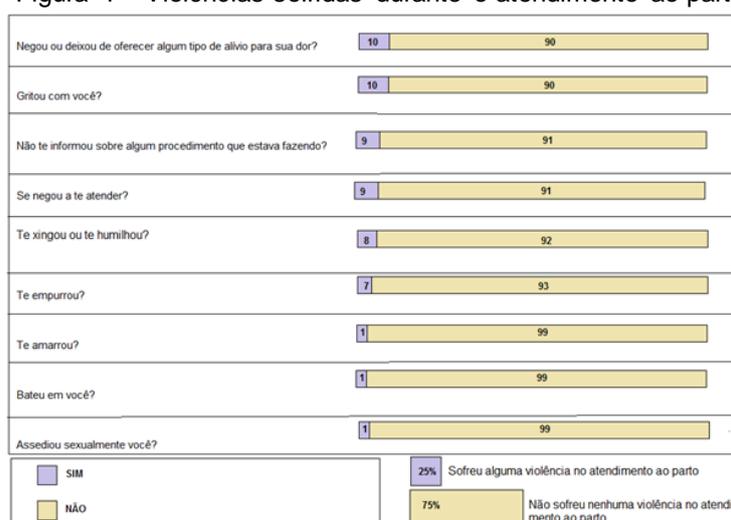
²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

Quando questionadas especificamente sobre as violências sofridas durante o atendimento ao parto, as entrevistadas revelaram que as práticas mais comuns são as seguintes: exame de toque de forma dolorosa e negação de alívio para dor, seguido de gritos, omissão de informação de algum procedimento realizado, negativa de atendimento e, por último, humilhação (Figura 4). Assim, são bem poucos os casos de empurrões, amarras, agressões físicas ou assédio sexual.

Dessa forma, fica evidenciado que muitas mulheres podem não perceber a violência no momento em que está ocorrendo, uma vez que gritos, humilhações, empurrões, amarras, agressões físicas ou assédio sexual, que são menos recorrentes, são fáceis de identificar, porque são inadmissíveis se ocorrem fora do ambiente hospitalar. Por outro lado, as práticas mais corriqueiras, que consistem em exame de toque doloroso ou excessivo, negação de atendimento ou não informação de algum procedimento realizado, podem passar despercebidos, afinal, diante da situação de vulnerabilidade do trabalho de parto, podem ser consideradas “protocolo médico” e “normal”. Ressalta-se que o Plano de Parto, nesse sentido, conforme a pesquisadora Wanglânia Freitas, tem o objetivo de prevenir as violências citadas³¹.

Figura 4 – Violências sofridas durante o atendimento ao parto



Fonte: Gráfico elaborado pela autora para melhor visualização, sem alteração de dados, sendo idêntico resultado original da pesquisa³².

³¹ UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. “Plano de parto previne violência obstétrica”, alerta pesquisadora da UFPB. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.ufpb.br/ufpb/contents/noticias/201cplano-de-parto-previne-violencia-obstetrica201d-alerta-pesquisadora-da-ufpb>. Acesso em: 28 set. 2020.

³² FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010.

Segundo a pesquisa, os atos de Violência Obstétrica são mais presentes na rede pública de saúde e têm maior número de vítimas mulheres com dois filhos ou mais, somando 75% do total de entrevistadas. Como mostra a Figura 5, o resultado do questionário aponta que 83% das mulheres que dão à luz em redes privadas de saúde não sofrem nenhum tipo de violência, reafirmando que essa violência é, sem dúvida, um problema não só de saúde, como também social.

Figura 5 – Local do parto e quantidade de filhos

	Local do Parto				Quantidade de filhos				
	Total	Só na rede pública	Só na rede privada	Em ambas	1	2	3	4 ou 5	6 ou +
Peso	100%	74%	17%	8%	25%	28%	21%	17%	9%
Sofreu violência	25	27	17	31	27	22	25	29	26
Não sofreu violência	75	73	83	69	73	78	75	71	74

Fonte: Gráfico elaborado pela autora para melhor visualização, sem alteração de dados, sendo idêntico resultado original da pesquisa³³.

Das entrevistadas, 23% relatam ter ouvido algum tipo de despropósito durante o parto. A frase mais ouvida foi “*Não chora não que ano que vem você está aqui de novo*” (15%), seguida de “*Na hora de fazer você não chorou! Não chamou a mamãe, por que está chorando agora?*” (14%). Também são comuns as frases “*Se gritar eu paro agora o que estou fazendo. Não vou te atender*” (6%) e “*Se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo*” (5%). Ainda, diante dos resultados obtidos, observamos que as ofensas verbais estão mais presentes na rede pública de saúde³⁴.

De acordo com a Fundação Perseu Abramo, as mulheres com escolaridade de 5ª a 8ª série são as que mais sofrem Violência Obstétrica, totalizando 26%, bem como as pardas, totalizando 29%. Em nível nacional, a

³³ Ibid.

³⁴ Ibid.

pesquisa revelou que a violência durante o parto está mais presente na região Nordeste e nas capitais e regiões metropolitanas³⁵.

2.3 PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um mecanismo criado para combater a prática da Violência Obstétrica. Ele consiste em uma carta em formato de lista, elaborada pela gestante, especificando a que está disposta a ser submetida ou não antes, durante e após o trabalho de parto, caso a gravidez seja de baixo risco. No Anexo 1, apresenta-se um modelo de Plano de Parto elaborado pela Revista Crescer.

É de conhecimento geral que o parto para muitas mulheres é o momento mais importante da vida. O parto é um processo natural e fisiológico e não uma intervenção médica na qual a mulher não tem o domínio sobre o que está acontecendo. No entanto, não existe no Brasil lei que obrigue os hospitais e médicos a aceitarem o Plano de Parto.

Pelo contrário, recentemente uma Resolução do Conselho Federal de Medicina do Estado do Rio de Janeiro foi objeto de jurisprudência no TJRJ (Capítulo 4). Existem Projetos de Lei que dispõem sobre Violência Obstétrica e Plano de Parto, mas nenhum deles prevê pena para o seu descumprimento, motivo pelo qual acredita-se que os Planos de Parto, apesar de serem autenticados em cartório, estatisticamente não são respeitados por grande parte dos hospitais.

³⁵ Ibid.

3 A EFICÁCIA DAS NORMAS JURÍDICAS RELACIONADA COM A NÃO JURIDICIDADE DAS LEIS QUE DISPÕEM DA ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO

Não há, no Brasil, Lei Federal que defina e puna a prática da Violência Obstétrica ou que reconheça a legalidade do documento denominado Plano de Parto. Assim, cabe ao médico, em sua consciência e convicções pessoais, optar pelo acolhimento do Plano de Parto e respeito à autonomia de suas pacientes. Adiante, aborda-se o efeito das sanções nas normas jurídicas que persuadem o agente a agir de determinada maneira.

Nesse sentido, é necessário que o operador do direito faça diversas manobras entre vários dispositivos legais para que possa ser aplicada qualquer responsabilização contra os praticantes dessa violência. Ainda nessa tela, as ações judiciais que apuram essas práticas possuem força de erro médico e, em grande parte dos casos, não são tratadas como erros, e sim como escolhas médicas.

A juridicidade e a eficácia desses Projetos de Lei e da Lei já aprovada no estado de Santa Catarina são questionadas, ao passo que nenhum deles prevê pena para o seu descumprimento, tornando assim, mais uma vez, o respeito ao Plano de Parto opcional ao profissional de saúde. Dessa forma, é essencial definir a eficácia da norma jurídica, o que é feito na primeira parte deste capítulo.

A segunda parte do capítulo apresenta as Leis Municipais já aprovadas no Brasil, com a temática Violência Obstétrica relacionada à elaboração de um Plano de Parto, comentando a importância na sanção da norma jurídica. A terceira subdivisão deste capítulo expõe os projetos de lei ao combate da chamada Violência Obstétrica e a favor de um Plano de Parto em debate no Congresso Nacional. Analisam-se os principais artigos e a juridicidade desses projetos. A última parte analisa a Resolução do CREMERJ nº 293/2019, que proibiu a aceitação do Plano de Parto por parte dos médicos do estado do Rio de Janeiro.

3.1 A EFICÁCIA DAS NORMAS JURÍDICAS

A eficácia das normas pode ser classificada em eficácia social ou eficácia jurídica. A eficácia social diz respeito aos resultados da aplicação da norma; assim, uma norma é eficaz, do ponto de vista social, se produz os resultados esperados quando da sua elaboração. A norma tem eficácia jurídica quando estão presentes certos requisitos técnicos³⁶. Nesse sentido, para que uma norma jurídica seja considerada eficaz, ela deverá produzir o efeito desejado, efetivo, eficiente e operativo. Eficácia, na definição da Academia Brasileira de Letras Jurídicas, expressa a “propriedade que tem um ato ou fato para produzir o resultado desejado”³⁷.

Consoante alguns autores citados a seguir, uma norma não conseguirá produzir o efeito desejado sem que preveja uma sanção, ou seja, uma “punição” para o seu descumprimento. Em outras palavras, uma lei apenas “expositiva” deixa margem para que o seu cumprimento seja eletivo.

Clareci Mezzomo entende que as normas jurídicas são alicerçadas na força que poderá ser aplicada coercitivamente pelo Estado em eventual descumprimento. Assim, antes que essa força possa ser aplicada, a sanção já é exercida, ao passo que obriga os agentes a agir de determinada forma, por receio da sanção definida em lei³⁸.

Dessa forma, a obrigatoriedade da norma se dá na consciência pessoal. Logo, se houver uma norma federal que garanta o respeito ao Plano de Parto, é indispensável prever uma sanção para a sua violação. Desse modo, obrigam-se os profissionais de saúde, por meio do elemento psicológico da intimidação, a respeitar as vontades das pacientes antes, durante e após o parto, quando ausente o risco de vida.

As normas efetivas são as normas cumpridas. De outro lado, as normas podem ser cumpridas, mas os objetivos previstos não são alcançados³⁹. São legítimas as normas que estão de acordo com as necessidades sociais, que têm o consenso da sociedade, que tenham sido elaboradas por seus representantes⁴⁰.

³⁶ MEZZOMO, C. **Introdução ao Direito**. Caxias do Sul: EdUCS, 2011. p. 63–65.

³⁷ SIDOU, J. M. O. **Dicionário jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

³⁸ MEZZOMO, 2011.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

É preciso considerar ainda que a palavra “justiça” é inexata. O que determinado indivíduo considera ser justo pode não ser considerado justo por outro. Todavia, dentro e fora do campo acadêmico e jurídico, tem-se por justiça o que é justo, direito e certo. Nesse sentido, Mezzomo entende que “a justiça que dá sentido à norma jurídica, que sempre deverá ser orientada no sentido da realização da justiça.”⁴¹ Por conseguinte, pode-se entender a urgência da promulgação de lei que garante o respeito ao Plano de Parto. É somente dessa maneira que poderá ser respeitada a autonomia da paciente gestante e puérpera, objetivando, além do seu bem-estar, o combate do sofrimento e o respeito ao Código de Ética Médica e à dignidade da pessoa humana, fazendo-se cumprir o que a própria ética da profissão entende por justo. Contudo, além de uma norma “justa”, é necessário que esta seja eficaz para a realização da justiça.

As normas jurídicas são criadas a partir da necessidade que uma determinada sociedade apresenta acerca de um assunto específico. Nesse ínterim, as normas jurídicas estabelecem um tipo de comportamento imposto pelo Estado, por exemplo, de fazer ou não fazer algo, para que, assim, seja possível organizar-se e conviver em sociedade. Nesse cenário, a norma jurídica se torna um meio de estabelecimento de conduta exigida pelo Estado⁴².

A ausência de norma específica quanto à Violência Obstétrica e ao Plano de Parto complica o trabalho dos operadores do Direito no sentido de aplicar sanção e responsabilizar profissionais de saúde, que precisam tratar do assunto erroneamente como erro médico. Assim, existe a necessidade de selecionar fragmentos de normas que são infinitamente mais abrangentes, como a Constituição Federal, no que diz respeito à dignidade da pessoa humana.

A dignidade da pessoa humana é um princípio amplo, aplicado em diversas situações do Direito, que acaba sendo usado, quase que isoladamente, em processos que apuram a prática de Violência Obstétrica. Nesse sentido, torna-se essencial a utilização da Constituição Federal, do Código de Ética Médica e da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Todavia, além de trazer segurança da sanção (que inexiste na utilização de normas genéricas, o que gera insegurança em ajuizar e continuar com ação judicial tanto por parte do

⁴¹ Ibid., p. 49.

⁴² Ibid.

profissional quanto por parte da cliente), facilitaria o trabalho dos causídicos e magistrados, se houvesse norma específica que prevísse, de fato, sanção para o seu descumprimento.

De acordo com Kelsen⁴³, em sua obra *Teoria Geral do Direito e do Estado*, estruturam-se dois elementos sobre a proposição jurídica: i) dados determinados pressupostos e ii) dever de efetuar uma coerção, na forma estabelecida. Assim, uma norma jurídica que não prevê sanção é uma norma ineficaz. É o caso, portanto, das Leis já aprovadas e dos Projetos de Lei que visam a Violência Obstétrica e o Plano de Parto, como se verá a seguir. Dessa forma, assume tal papel a utilização do Código de Ética Médica e do Termo de Consentimento Informado, que são as alternativas remanescentes para o exercício da autonomia que confere à mulher o seu próprio corpo e a sua prole antes, durante e após o trabalho de parto.

Para Miguel Reale, a forma de garantir o cumprimento das normas é a partir da aplicação de sanções. A sanção sobrevém quando a norma é infringida, para fim de preservar o valor da consequência consagrada pela norma. Existindo uma consequência que declara determinado comportamento obrigatório, serve para atingir um objetivo e combater a ocorrência de comportamentos negativos⁴⁴.

Defende-se a autonomia das mulheres em relação ao parto levando em consideração o Código de Ética Médica e a dignidade inerente ao ser humano, mas não há norma que declare determinado comportamento obrigatório (como permitir que a paciente escolha não ser submetida a práticas médicas desnecessárias). Insta salientar que, dentro desse contexto, corriqueiramente o julgador, sendo leigo em práticas médicas, pode decidir como legítima uma conduta cometida pelo profissional de saúde que foi realizada sem necessidade, sem consentimento e causando humilhação e/ou dor à paciente.

Para alguns autores, assim como para Reale, as regras jurídicas devem vigor de forma objetiva e obrigatória pela própria natureza do Direito, que é de ser aplicado contra a vontade dos obrigados. Destarte, para que uma norma jurídica seja considerada válida e eficaz, deve ser combatida a sua contradição. Em outras palavras, não se pode contar com a boa vontade do agente para que se

⁴³ KELSEN, H. *Teoria Geral do Direito e do Estado*. Tradução: Luis Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 72.

⁴⁴ REALE, M. *Teoria tridimensional do direito*. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 124.

cumpra a norma, uma vez que o Direito é aplicado de forma heterônoma, ou seja, independe da vontade dos agentes. Assim, preceitua Reale:

O que efetivamente caracteriza uma norma jurídica, de qualquer espécie, é o fato de ser uma estrutura proposicional enunciativa de uma forma de organização ou de conduta, que deve ser seguida de maneira objetiva e obrigatória.⁴⁵

No âmbito desta Monografia, não basta uma Lei ou um Projeto de Lei apenas definir e defender a elaboração de um Plano de Parto, porque assim a autonomia das pacientes sobre o próprio parto estará literalmente nas mãos dos profissionais de saúde. É indispensável que, nesse caso, as convicções pessoais da equipe médica sejam desconsideradas, dando lugar à autonomia e ao bem-estar da paciente⁴⁶, por coerção por parte do Estado, para que venha a ser aplicada determinada sanção. Assim, o direito estará sendo aplicado da maneira considerada correta, consoante autores e juristas consagrados.

Dessa maneira, diz-se que a norma jurídica é autorizante, tendo em vista que autoriza a utilização de meios competentes para exigir de seus violadores o cumprimento do que a Lei manda ou, então, do mal causado pela sua desobediência. Clareci Mezzomo defende que esse autorizamento é o que distingue as normas jurídicas das normas não jurídicas. Em essência, não são consideradas jurídicas as normas não autorizantes, porque quando violadas, não exigem nenhuma sanção. De outro lado, a coerção tem o objetivo de determinar que a força será utilizada apenas em caso de violação, como garantia do cumprimento da norma, e não como instrumento de uso normal para o cumprimento do Direito⁴⁷.

Considerando que normas não autorizantes não são jurídicas, classificam-se as Leis e grande parte dos Projetos de Lei que objetivam a aceitação do Plano de Parto como não jurídicos e não eficazes. Não se trata de normas capazes de fazer ser aceito e respeitado o Plano de Parto, cujo maior objetivo é refutar a Violência Obstétrica. E mesmo que jurídicas tais normas, não há, atualmente, nenhuma que abranja todo o território nacional, fazendo a Violência Obstétrica ser realidade em hospitais localizados em todas as regiões do Brasil.

⁴⁵ REALE, M. **Fundamentos do direito**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

⁴⁶ Quando não há risco de vida.

⁴⁷ MEZZOMO, 2011.

A maior característica da sanção jurídica é a sua predeterminação e organização. Todas as normas necessitam de uma sanção, já que “a todo direito corresponde uma ação que o assegura”. A sanção jurídica tem autonomia e organização e é exigível pela via judicial. Dessa forma, a sanção é punição para a hipótese de violação de normas. Portanto, se existe lei que define que a mulher tem direito à elaboração de um Plano de Parto assim que diagnosticada a gravidez, deve, obrigatoriamente, existir uma sanção para a sua violação. Sob esse ponto de vista, pode-se considerar as normas existentes como incompletas, precisando, alternativamente, serem utilizadas normas genéricas, como a Constituição Federal, no que tange a dignidade da pessoa humana⁴⁸.

Para Miguel Reale, as leis jurídicas não podem ser compreendidas se desprovidas de sanção⁴⁹. Para o jurista, as tentativas de estabelecer as bases de uma norma sem sanção são falhas, e não é possível a ordenação da vida em sociedade sem se prever uma consequência que se acrescente à regra, em caso de violação dessa norma⁵⁰. Nesse sentido, a sanção é toda consequência que se agrega intencionalmente a uma norma, objetivando o seu cumprimento obrigatório⁵¹. Logo, é crível que uma complementação das leis e dos projetos de leis que visam à elaboração do Plano de Parto, no sentido de incluir uma sanção, seria eficaz para cumprir o objetivo, qual seja, de garantir a autonomia da gestante, parturiente e puérpera de ser submetida somente aos procedimentos médicos que consente.

Portanto, as leis municipais existentes acerca do Plano de Parto e da Violência Obstétrica, bem como os projetos de lei em discussão, não possuem o mínimo de eficácia, por não serem autorizantes, ou seja, não produzem sanções aplicáveis ao seu descumprimento. Dessa forma, é de extrema importância a utilização da Constituição Federal, Declaração Universal dos Direitos Humanos e Código de Ética Médica.

Na sequência, listam-se os projetos de leis e leis municipais já aprovadas no Brasil com a temática Violência Obstétrica relacionada à elaboração de um Plano de Parto.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ REALE, M. **Filosofia do Direito**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 252.

⁵⁰ Ibid., p. 253.

⁵¹ Ibid., p. 255.

3.2 LEIS MUNICIPAIS JÁ APROVADAS NO BRASIL COM A TEMÁTICA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELACIONADA À ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE PARTO

As cidades de São Paulo (SP) e Belo Horizonte (MG) são as únicas no país que dispõem de Leis Municipais que defendem a elaboração e o respeito ao Plano de Parto, embora ainda não prevejam sanções para a sua violação. A Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015, de São Paulo, assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do estado⁵².

A Lei reafirma os conceitos de Violência Obstétrica e práticas invasivas. Entretanto, possui artigos específicos para tratar da elaboração do Plano de Parto (que, por sua vez, refuta as práticas violentas realizadas por conveniência da equipe médico-hospitalar). Além disso, garante que, assim que diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um plano individual de parto, durante a qual ela deverá receber esclarecimentos de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade⁵³. Em seus Artigos 8º e 9º, a Lei garante à gestante o direito de informação e não contradição das vontades constantes do plano individual de parto⁵⁴.

Em Belo Horizonte, a Lei nº 10.843, de 18 de setembro de 2015, institui o plano municipal para a humanização do parto, dispõe sobre a administração de analgesia em parto natural e dá outras providências⁵⁵. Por meio da aprovação dessa Lei, a cidade permite a elaboração de um Plano de Parto, bem como a oportunidade da escolha, pela parturiente, de métodos a serem utilizados durante

⁵² SÃO PAULO. **Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=174293>. Acesso em: 19 nov. 2020.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Artigo 8º - Toda gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde – SUS no Estado terá direito a ser informada, de forma clara, precisa e objetiva, sobre todas as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o bem-estar físico e emocional da gestante e do recém-nascido.

Artigo 9º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto só poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.

⁵⁵ BELO HORIZONTE. **Lei nº 10.843, de 18 de setembro de 2015**. Institui o plano municipal para humanização do parto, dispõe sobre administração de analgesia em parto natural e dá outras providências. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2015/1084/10843/lei-ordinaria-n-10843-2015-institui-o-plano-municipal-para-humanizacao-do-parto-dispoe-sobre-administracao-de-analgesia-em-parto-natural-e-da-outras-providencias>

o período antes, durante e após o parto. Todavia, não prevê pena para o seu descumprimento⁵⁶.

Em Uberlândia (MG), a Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015, dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção destas contra a Violência Obstétrica no Município⁵⁷. Essa Lei Municipal também não traz punição para o seu descumprimento, porém reafirma condutas violentas que podem ser evitadas a partir da elaboração de um Plano de Parto⁵⁸.

3.3 PROJETOS DE LEI AO COMBATE DA CHAMADA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A FAVOR DO PLANO DE PARTO EM DEBATE NO CONGRESSO NACIONAL

Ainda que não exista Lei Federal específica que assegure o respeito ao Plano de Parto, é essencial reconhecer as tentativas existentes para tal por meio de Projetos de Lei já propostos. Ao reconhecer o esforço dos deputados que propuseram os seguintes projetos, pode-se ver que o Brasil está andando na direção correta no que diz respeito à defesa dos direitos das mulheres de conceber os seus filhos da maneira mais tranquila e menos intervencionista possível, respeitando os seus desejos e, sobretudo, a dignidade da pessoa humana.

O deputado Jean Wyllys apresentou o Projeto de Lei nº 7.633, de 29 de maio de 2014, que dispõe sobre a humanização e a assistência à mulher e ao

⁵⁶ São princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada ao parto: (...) II - preferência pela utilização de métodos menos invasivos e mais naturais; III - oportunidade de escolha de métodos natais pela parturiente, sempre que isso não implicar risco para a sua segurança ou do nascituro; IV - fornecimento de informação à gestante ou parturiente, assim como ao pai, sempre que possível, sobre os métodos e procedimentos adotados.

⁵⁷ UBERLÂNDIA. **Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Uberlândia. Uberlândia: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2015/1231/12315/lei-ordinaria-n-12315-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-princi>. Acesso em: 19 nov. 2020.

⁵⁸ Art. 3º - Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas: (...) 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; XIII - proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível; XV - fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado; XVII - submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes.

neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências⁵⁹. O referido Projeto de Lei, em seu Art. 10, propõe que determinados procedimentos utilizados inadequadamente (de acordo com a Organização Mundial da Saúde)⁶⁰, caso precisem de fato ser realizados, sejam sujeitos à justificativa clínica, com respectiva anotação no prontuário médico⁶¹.

Nesse cenário, pode-se observar que, em outros momentos, o Projeto de Lei garante autonomia e poder de decisão à parturiente antes, durante e após o trabalho de parto, conforme os incisos III, IV e V do seu Art. 2º⁶². O Projeto define também o que são os princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento. Com a elaboração de um Plano de Parto e a consequente aceitação por parte da equipe médica, é possível garantir o cumprimento desses princípios⁶³.

Por fim, no seu Artigo 5º, dispõe especificamente sobre a elaboração de um Plano de Parto: “Art. 5º – Diagnosticada a gravidez, a mulher terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as

⁵⁹ BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.633, de 27 de maio de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2014. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5C6F6B86C0EE79AC9FCFF054D30FF501.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=Tramitacao-PL+7633/2014

⁶⁰ BITTENCOURT, 2014.

⁶¹ Art. 10º - Ficam obrigatoriamente sujeitas à justificativa clínica, com a respectiva anotação no prontuário: I - a administração de enemas; II - a administração de ocitocina sintética; III - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo; IV - a amniotomia; V - a episiotomia; VI - a tração ou remoção manual da placenta; VII - a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto.

⁶² Art. 2º, III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor; IV - garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio; V - garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

⁶³ Art. 3º - São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento: I - mínima interferência por parte da equipe de saúde; II - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente; III - fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério; (...)

Art. 4º - Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, aborto e puerpério, tem direito: III - ao parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas sem que haja uma justificativa clínica de acordo com o processo de saúde-doença da parturiente ou do conceito; IV - a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto; V - a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas; (...) VII - a não ser submetida a exames e procedimentos cujos propósitos sejam investigação, treinamento e aprendizagem, sem que estes estejam devidamente autorizados por Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

disposições de sua vontade (...). O Art. 5º ainda dispõe “regras” que devem ser seguidas na elaboração desse plano⁶⁴.

Em 2017, a deputada Jô Moraes apresentou o Projeto de Lei nº 7.867, de 13 de junho de 2017, que dispõe sobre medidas de proteção contra a Violência Obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, ao parto, nascimento, abortamento e puerpério⁶⁵. No que tange o Plano de Parto, o Projeto de Lei trata como obrigatória a sua elaboração:

Art. 2º. A atenção à gravidez, parto, abortamento e puerpério adotará os princípios de boas práticas com enfoque na humanização, de acordo com as normas regulamentadoras.

Parágrafo único. É obrigatória a elaboração do Plano de Parto.
(grifo nosso)⁶⁶

O Projeto de Lei elenca atos que são considerados “Violência Obstétrica” e que podem ser facilmente refutados com a elaboração e aceitação de um Plano de Parto. A justificativa para a propositura desse Projeto de Lei tem base no Art. 6º da Constituição Federal, que confere a proteção à maternidade:

⁶⁴ Art. 5º: I - as equipes responsáveis e os estabelecimentos onde será prestada a assistência ao pré-natal e ao parto, nos termos da Lei 11.634/2007; II - o local ou estabelecimento de saúde de sua escolha onde o parto deverá ocorrer; III - a equipe responsável pelo parto, quando possível, ou as diferentes equipes disponíveis em regime de plantão; IV - a contratação de profissionais que prestam serviços de auxílio ao parto e/ou à assistência ao parto, ou sua participação voluntária, que terão autorização para executar ações complementares às da equipe de atendimento ao trabalho de parto no estabelecimento de saúde;

Art. 6º - No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua vontade em relação: I – à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005; II – à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal; III – à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; IV – à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a); V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíacos; VI – ao uso de posição verticalizada no parto; VII – ao alojamento conjunto.

Art. 7º - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança.

Art. 8º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do conceito em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher.

Art. 9º - Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.

⁶⁵ BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.867, de 13 de junho de 2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília: Congresso Nacional, 2017a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=Tramitacao-PL+7867/2017. Acesso em: 19 nov. 2020.

⁶⁶ Ibid.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, **a proteção à maternidade** e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (grifo nosso)⁶⁷

De acordo com Jô Moraes, o assunto é de extrema relevância, pois o parto é o momento em que se identifica a consonância de direitos de várias naturezas: direitos humanos, à saúde e de proteção à maternidade. No entanto, é nesse instante especial na vida da mulher e das famílias que ocorre um dos mais revoltantes tipos de violência: a Violência Obstétrica⁶⁸.

Também em 2017, foi apresentado o Projeto de Lei nº 8.219, de 09 de agosto de 2017, proposto pelo deputado Francisco Floriano (DEM-RJ). O Projeto dispõe sobre a Violência Obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após o seu término⁶⁹.

O referido Projeto de Lei apresenta texto muito semelhante aos outros Projetos já elencados neste trabalho: define algumas práticas consideradas violentas e que podem ser refutadas com a elaboração de um Plano de Parto. Entretanto, diferentemente dos outros, este traz uma pena para seu descumprimento, efetivando assim a juridicidade da norma⁷⁰.

O deputado Francisco Floriano justifica a proposição do Projeto de Lei na importância de impedir que a parturiente, durante o período antes, durante e após o parto, sofra qualquer tipo de constrangimento ou tratamento vexatório por parte dos médicos e outros profissionais de saúde. Destaca ainda que, durante o pré-natal, o parto e mesmo pouco tempo depois de dar à luz, mulheres são vítimas de

⁶⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

⁶⁸ BRASIL, 2017a.

⁶⁹ BRASIL. **Projeto de Lei nº 8.219, de 9 de agosto de 2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília: Congresso Nacional, 2017b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=Tramitacao-PL+8219/2017

⁷⁰ Art. 3º. Constitui Violência Obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após: (...) V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto; VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher; VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição; VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras chupetas etc.); IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher. Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher. Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa.

agressões sutis, disfarçadas de protocolos médicos e, muitas vezes, carregadas de discriminações⁷¹.

3.4 RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 293/2019 – A PROIBIÇÃO DO PLANO DE PARTO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Em 06 de fevereiro de 2019, foi publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro a Resolução nº 293, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ). Em síntese, a Resolução nº 239, de 23 de janeiro de 2019, do CREMERJ, proibia que os médicos do estado do Rio de Janeiro aderissem e/ou subscrevessem qualquer documento que restringisse ou impedisse sua atuação profissional, como é o caso dos Planos de Parto⁷². Essa Resolução foi apoiada na autonomia do médico para indicar o procedimento que entender mais adequado. Todavia, considerou apenas os interesses do médico, e não levou em consideração a autonomia dos pacientes e nem a relação recíproca existente entre profissional e paciente:

Art. 1º É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal. (grifo nosso)⁷³

A Resolução considerou a autonomia e liberdade profissional (Capítulo I, incisos VII, VIII e XXI do CEM), bem como o direito de recusa do médico a praticar atos médicos com os quais não concorda. Considerou ainda que é vedado ao médico permitir que interesses de terceiros interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade (Art. 20 do CEM), e que é vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios científicos disponíveis à realização de diagnóstico e tratamento deste (Art. 32 do

⁷¹ BRASIL, 2017b.

⁷² CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Resolução CREMERJ nº 293, de 23 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina, 2019. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em: 19 nov. 2020.

⁷³ Ibid.

CEM). Também foi considerado o Parecer CFM nº 32/2018 e a aprovação em sessão plenária, realizada em 23 de janeiro de 2019⁷⁴.

Após a publicação da Resolução 293/2019, o Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União ajuizaram Ação Civil Pública em desfavor do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Essa ação definia o pedido de concessão de tutela antecipada, objetivando provimento jurisdicional que determinasse a anulação integral e imediata da referida Resolução, cujo Artigo 1º proibiu os profissionais médicos de observar e atender Planos de Parto e demais documentos pelos quais a gestante registra suas disposições de vontade acerca de seu próprio trabalho de parto. A ação tramitou sob o nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ na 12ª Vara Federal do Rio de Janeiro.

O Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União entenderam que a Resolução CREMERJ nº 293/2019 contrariou o princípio bioético da autonomia, refutando a tomada de decisões da paciente quanto a seu próprio corpo, infringindo o direito personalíssimo ao próprio corpo, o princípio da dignidade da pessoa humana e o princípio da legalidade. Ainda, entenderam que a Resolução violou o artigo 5º, inc. XIII, da CF, bem como o Código de Ética Médica (itens VII e VIII), restringindo a liberdade do profissional que concorde em seguir o Plano de Parto elaborado pela paciente, e contrariou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde (Portaria MS/SAS n.º 353/2017) e as recomendações da OMS para assistência ao parto⁷⁵.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Esses foram os fundamentos da procedência da Ação Civil pública: (...) A CF estabelece que o Brasil tem como fundamento a dignidade da pessoa humana e assegura, na categoria dos direitos fundamentais, a impossibilidade de qualquer pessoa ser obrigada a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei ou ser submetida à tortura, à tratamento desumano ou degradante. No plano infraconstitucional, o Código Civil proíbe a submissão, contra a própria vontade e com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. A Lei nº 8.080/1990, por sua vez, prevê como princípio das ações e serviços públicos de saúde a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral". O próprio Código de Ética Médica dispõe que é vedado ao médico deixar de obter o "consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte", bem como desrespeitar "o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte". A autonomia profissional do médico, portanto, deve ser exercida em observância e respeito à autonomia do indivíduo que está se submetendo à intervenção médica, no caso dos autos, mais especificamente, às mulheres em trabalho de parto. Nesse sentido, o Plano de Parto é um instrumento importante no equacionamento da vontade da gestante e a prática do ato médico na hora do parto, pois nada mais é do que um documento em que a grávida pode demonstrar suas intenções quanto à assistência médica e hospitalar em relação ao seu trabalho de parto e cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato. Tal procedimento foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde para o fim de melhorar o nível de assistência médica às parturientes, editando 56 recomendações, em 2018, sobre a hora do parto, orientando que haja menos intervenção e medicação no trabalho de parto, mais tempo para a mulher dar à luz e mais participação das grávidas nas decisões. (...) a prática do ato médico não pode resultar na redução da gestante à qualidade de mera expectadora do procedimento a que estará submetida, abstraindo-lhe a qualidade de sujeito de direitos plenamente capaz que lhe é inerente. De modo algum o papel da gestante pode se resumir a "sugerir" a ambiência e a indicação de participante na hora de seu parto. A redação dos dispositivos da Resolução foi indevidamente abrangente, autorizando a conclusão de que os médicos estão proibidos de assinar todo e qualquer Plano de Parto. (...) tendo o requerido editado uma Resolução, demasiadamente restritiva, violando a autonomia das mulheres gestantes ao vedar, na prática, a subscrição pelo médico do Plano de Parto. III - DISPOSITIVO: Ante o exposto, julgo PROCEDENTE o pedido.

4 O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA A PARTIR DA ANÁLISE DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Para analisar condutas médicas com base no Código de Ética profissional, é necessário, primeiramente, o entendimento sobre o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana, que regem todo o Código. A dignidade da pessoa humana é princípio norteador da Constituição Federal, e o Termo de Consentimento Informado é o documento utilizado para se fazer possível o exercício da autonomia do paciente.

4.1 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Analisando o Código de Ética Médica, acerca do Princípio do Consentimento Informado, Roberto Luiz d'ávila, em seu livro *Um código para um novo tempo*, esclarece:

(...) Evidentemente, os códigos – sejam quais forem – não eliminam a possibilidade da falha, do erro. Mas oferecem ao profissional e ao paciente a indicação da boa conduta, amparada nos princípios éticos da **autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça, da dignidade, da veracidade e da honestidade.**” (grifo nosso)⁷⁶

Observa-se que a palavra “autonomia” é citada sete vezes ao longo de três laudas da introdução do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009). De acordo com o dicionário jurídico de Valdemar P. da Luz, “autonomia de vontade” significa o poder que têm os indivíduos para regular seus direitos e obrigações mediante o exercício do livre arbítrio. Para o autor, a autonomia é absoluta quando exercida sem qualquer restrição⁷⁷.

⁷⁶ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009.** Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2009.

⁷⁷ LUZ, V. P. da. **Dicionário Jurídico.** 3. ed. Barueri: Manole, 2020. p. 92.

O Código de Ética Médica, assim como todas as normas, é subordinado à Constituição Federal e reafirma os direitos dos pacientes, valorizando a informação e a proteção. Com isso, o Código torna-se também elemento de transformações na esfera política, sem, contudo, negar sua principal contribuição para a sociedade: o reforço à autonomia do paciente⁷⁸:

Ou seja, aquele que recebe atenção e cuidado passa a ter o **direito de recusar ou escolher seu tratamento**. Entre outros momentos, isso se materializará na tomada de decisões profissionais, quando, de acordo com os ditames de sua consciência e as previsões legais, o médico aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos. E também na **proibição de que deixe de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em iminente risco de morte**. Certamente, os médicos estarão atentos para realizar os ajustes percebidos como fundamentais, garantindo, assim, que a medicina brasileira continue a avançar lado a lado com a justiça e a **ética**. (grifo nosso)⁷⁹

Com base no exposto, é cristalino o direito do paciente de recusar ou escolher tratamento médico. O Plano de Parto, por sua vez, tem a função de oficializar a escolha e a recusa dos tratamentos antes, durante e após o parto. Portanto, a recusa ou o desrespeito ao Plano de Parto, além de desconforto e sentimento de impotência, caracteriza também contradição ao Código de Ética Médica.

As considerações introdutórias do Código de Ética Médica são as seguintes: as normas do Código devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes, à busca de melhor relacionamento com o paciente e à garantia de maior autonomia à sua vontade⁸⁰. A legalidade do Plano de Parto poderia ser assegurada apenas no inciso IV da introdução ao Código de Ética, se o profissional guardasse estritamente o respeito pelo ser humano e atuasse em seu benefício. Assim, respeitando esses princípios, não utilizaria seus conhecimentos para causar sofrimento físico e moral e não permitiria tentativa contra a dignidade e integridade da paciente.

O principal objetivo da gestante em elaborar um Plano de Parto é ter assegurado o respeito aos seus desejos e ao que se espera antes, durante e

⁷⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

após o parto. Assim que aceito e respeitado, o Plano de Parto faz com que o médico guarde o absoluto respeito ao ser humano e atue em seu benefício.

Por outro lado, aproveitar-se do não conhecimento técnico da paciente para induzir a práticas desnecessárias ou violentas e escolha de cesariana eletiva é, sem dúvida, utilizar seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral. Permite-se ainda, nesse mesmo comportamento, tentativa contra sua dignidade e integridade.

Ao contrário, o Código dispõe do princípio de aceitar as escolhas dos pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos⁸¹. O documento não determina a opção do médico em aceitar ou não as escolhas de seus pacientes no que tange os procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos: o Código prevê que o médico aceitará as escolhas de seu paciente. Por conseguinte, em respeito ao Código de Ética Médica, em qualquer circunstância, o Plano de Parto não deveria ser questionado, mas sim elaborado, aceito e cumprido⁸².

Em defesas em processos judiciais que apuram erro médico e Violência Obstétrica, é comum utilizar o argumento de que, consoante o Código de Ética Médica, o médico tem direito a indicar o procedimento adequado ao paciente. Contudo, deve-se observar que a segurança do Código de Ética Médica é de apenas indicar o procedimento adequado ao paciente, e não realizar o procedimento que se considera correto.

Ainda, os procedimentos devem ser indicados observando as práticas cientificamente reconhecidas, respeitando a legislação vigente. Nesse contexto, os procedimentos antes, durante e após o parto contraindicados pela Organização Mundial da Saúde, como a episiotomia e a manobra de Kristeller, jamais deveriam ser indicados e muito menos realizados pelo profissional de saúde sem o consentimento da paciente⁸³.

⁸¹ I Princípios Fundamentais XXI: No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

⁸² É direito do médico: II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

⁸³ É vedado ao médico: Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

É comum que alguns profissionais de saúde, visando à celeridade dos procedimentos médicos e à organização de sua agenda profissional, induzam a gestante a optar por intervenções desnecessárias ou uma cesariana eletiva, dando-lhe falsas indicações para a cirurgia, no sentido de que o corpo da mulher não é apto para passar por um parto natural. Com essa atitude, o profissional, contrário ao Código de Ética Médica, atribui seus insucessos (ausência de prática, tempo, paciência) a terceiros (paciente).

Com base na Lei 11.108/2005, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Dessa forma, ao não permitir a presença de um acompanhante, além de uma violação à própria Lei, também caracteriza violação ao Artigo 14 do Código de Ética Médica.

No que se refere à lucratividade dos procedimentos escolhidos, de acordo com o Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA)⁸⁴:

No caso de parto normal, o médico deve estar à disposição da paciente durante todo o trabalho de parto, que em alguns casos pode chegar a horas, fazendo com que haja uma “perda de tempo” por parte daquele profissional, enquanto no caso da cesárea, que geralmente ocorre com hora marcada, não há qualquer tipo de atraso, a não ser complicações médicas.⁸⁵

Dessa forma, ao induzir e dar falsos motivos para que a paciente opte pela cesariana, para fins de organização de agenda profissional visando a maior lucro, o médico permite que seus interesses pecuniários interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade, violando assim o Artigo 20 do Código de Ética Médica⁸⁶.

Além da violência em si cometida na prática de procedimentos desnecessários, invasivos e dolorosos contra a vontade da paciente antes,

⁸⁴ GRUPO DE APOIO À MATERNIDADE ATIVA. **Por que tanta cesárea?**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://maternidadeativa.com.br/>. Acesso em: 28 set. 2020.

⁸⁵ SPACOV; SILVA, 2019, p. 5.

⁸⁶ Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

durante e após o parto ou em situação de abortamento, faz-se presente ainda, nessas práticas, o descumprimento do Art. 22 do Código de Ética, uma vez que a paciente não assina Termo de Consentimento após ser esclarecida sobre o procedimento a ser realizado⁸⁷. Sem dúvida, é ausente o respeito da dignidade da parturiente que é machucada, xingada, discriminada e humilhada antes, durante ou após o trabalho de parto. Nessa tela, suas escolhas são desrespeitadas, seu corpo é desrespeitado, suas convicções, sua moral e suas crenças são anuladas no instante em que ela deixa de ser protagonista do próprio parto em prol dos interesses do médico⁸⁸.

Ainda nesse ponto, os Artigos 24, 31 e 34 esclarecem ser vedado ao médico 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, desrespeitar o direito do paciente ou do seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte e deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, exceto quando a comunicação direta possa lhe provocar dano. Nesse caso, deve-se fazer a comunicação a seu representante legal⁸⁹.

Referente ao Artigo 35 do Código profissional, ocorre exagero da gravidade do diagnóstico quando o médico tenta convencer a paciente de que a cesariana é a melhor opção de nascimento, atribuindo características normais da gestação (muito peso, pouco peso, circular de cordão, entre outros) e colocando como consequência de um parto natural o risco de morte. Dessa maneira, a falta de conhecimento, aliada ao medo, convence a paciente de realizar o procedimento mais benéfico à agenda e à conta bancária do médico, e não a si mesma e ao seu bebê⁹⁰. Com essa mesma finalidade, é comum que alguns médicos prescrevam a cirurgia cesariana logo no início da gestação, sem que haja, ainda, motivos ou

⁸⁷ Capítulo IV Direitos humanos: É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

⁸⁸ Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

⁸⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009.

⁹⁰ Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

exames que comprovem real necessidade — ou seja, sem exame direto ao paciente, afrontando o Artigo 37 do Código de Ética Médica⁹¹.

O desrespeito ao Artigo 38 do Código de Ética Médica ocorre quando estudantes de Medicina são treinados para a técnica do exame de toque em uma mesma paciente em trabalho de parto. Nesses casos, além do toque do profissional, a parturiente é submetida ao mesmo exame por diversas vezes e por diversas pessoas diferentes. O exame de toque é doloroso, muitas vezes realizado com a paciente nua ou seminua, é desconfortável por sua natureza e, para muitas mulheres, vergonhoso. Assim, a dor, o desconforto e a vergonha multiplicam-se pelo número de alunos presentes⁹².

No caso de a paciente não ver aceito e respeitado o seu Plano de Parto, ela ainda tem a opção de, com base no Artigo 39 do Código de Ética Médica, solicitar ao médico opinião de outro profissional acerca das práticas adotadas pelo profissional principal. A oposição à realização de uma junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente configura descumprimento do Artigo 39 do Código de Ética Médica⁹³.

Da mesma forma, a paciente que não teve a opção de elaborar ou não teve respeitado o seu Plano de Parto, ao sofrer intervenções violentas, pode e deve solicitar ao médico(a) ou enfermeiro(a) — ela ou o acompanhante — que faça constar todas as manobras realizadas em seu prontuário de atendimento médico, para fins de providências judiciais cabíveis posteriormente. Nesse sentido, negar ao paciente o acesso ao seu prontuário ou deixar de fornecer cópia caracteriza falha ao Artigo 88 do Código de Ética⁹⁴.

A violação da autonomia dos pacientes é, também, uma afronta ao Juramento de Hipócrates. O Juramento de Hipócrates é um ato solene e tradicional efetuado pelos médicos quando do término de sua formação

⁹¹ Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

⁹² Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

⁹³ Art. 39. Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

⁹⁴ Art. 88: Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

acadêmica. Parte desse Juramento é exposta a seguir.⁹⁵

4.2 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO RESPEITO AO PLANO DE PARTO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Artigo 5º, veda a prática de tortura⁹⁶. Partindo do pressuposto de que as práticas médico- obstétricas invasivas não recomendadas pela Organização Mundial da Saúde são inúteis, exceto para agilizar a duração do parto, pode-se concluir que, na medida em que são dolorosas e que causam sequelas, também são torturantes e, sendo consideradas torturas, mostram-se contrárias ao Artigo 5º da Declaração Universal de Direitos Humanos. Portanto, diante dessa norma internacional, deveriam ser proibidas em todos os países.

É indiscutível que assuntos referentes ao parto, ao recém-nascido e ao próprio corpo da mulher dizem respeito somente a estes. Em tal contexto, o Artigo 12º da Declaração Universal dos Direitos Humanos é categórico ao expor que ninguém será sujeito à interferência na sua vida privada. Nesse sentido, Plano de Parto, se tido como rotina, evitaria intercorrências e conflitos no momento do parto⁹⁷.

Conforme listado no segundo capítulo desta Monografia, as intervenções médicas não recomendadas pela Organização Mundial da Saúde⁹⁸ — cuja aplicação é classificada de Violência Obstétrica — causam na paciente dor física e/ou emocional. Logo, esse é o motivo pelo qual devem ser consideradas uma afronta à Constituição Federal, que tem como um de seus princípios fundamentais a dignidade da pessoa humana⁹⁹.

⁹⁵ Como membro da profissão médica: “Eu prometo solenemente consagrar minha vida ao serviço da humanidade; **A saúde e o bem-estar de meu paciente serão as minhas primeiras preocupações**; respeitarei a **autonomia e a dignidade** do meu paciente; guardarei o máximo **respeito** pela vida humana; **não usarei os meus conhecimentos médicos para violar direitos humanos e liberdades civis**, mesmo sob ameaça. (grifo nosso).

⁹⁶ Artigo 5º: Ninguém será submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

⁹⁷ Artigo 12º: Ninguém será sujeito à interferência na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataque à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

⁹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018.

⁹⁹ Art. 1º, III: Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana; (...) III - a dignidade da pessoa humana.

Os autores Lincoln Frias e Nairo Lopes, citando Kant, afirmam que a dignidade é a característica do que não tem preço e que não pode ser substituída. O fundamento da dignidade, nesse sentido, é a autonomia, enquanto ser humano, de decidir por si próprio, de acordo com a lei moral. Para os referidos autores, traduzindo a dignidade em Kant, que se baseia na autonomia dos agentes para a temática da presente Monografia, pode-se dizer que a aceitação do Plano de Parto é a garantia do exercício da dignidade da pessoa humana previsto na Constituição Federal. Além disso, pode-se afirmar ainda que, na ausência de norma específica, é aceitável a utilização da Constituição Federal¹⁰⁰.

Cleyson de Moraes Mello explica que a própria condição humana, o simples fato de sermos humanos, representa a garantia de certos direitos fundados em uma dignidade¹⁰¹. Em outras palavras, pelo simples fato de ser humana, a parturiente já teria a garantia de dignidade, sendo respeitadas as suas vontades durante o período antes, durante e após o parto.

O termo “direitos fundamentais” é encontrado em várias expressões, sendo as mais recorrentes “direitos humanos”, “direitos do homem”, “direitos subjetivos públicos”, “liberdades públicas”, “direitos individuais”, “liberdades fundamentais” e “direitos humanos fundamentais”¹⁰². Jorge Miranda, por sua vez, define os direitos fundamentais como os “direitos ou as posições jurídicas ativas das pessoas enquanto tais, individual ou institucionalmente consideradas, assentes na Constituição, seja na Constituição formal, seja na Constituição material. [...] os direitos fundamentais podem ser entendidos *prima facie* como direitos inerentes à própria noção de pessoa, como direitos básicos de pessoa, como os direitos que constituem a base jurídica da vida humana no seu nível atual de dignidade”¹⁰³.

O jurista Marcelo Galuppo ensina que “os direitos humanos transformaram-se em direitos fundamentais somente no momento em que o princípio do discurso se transformou no princípio democrático, ou seja, quando a argumentação prática dos discursos morais se converteu em argumentação jurídica limitada pela facticidade do direito. Esta implica sua positividade e coercibilidade, sem, no

¹⁰⁰ FRIAS, L.; LOPES, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 649–670, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-24322015000200649&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 17 nov. 2020.

¹⁰¹ MELLO, C. de M.; MOREIRA, T. *Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2015.

¹⁰² JUSTEN FILHO, M. *Curso de direito administrativo*. 8. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 140.

¹⁰³ MIRANDA, J. *Manual de direito constitucional: Tomo IV*. 3. ed. Coimbra: Coimbra, 2000. p. 7–10.

entanto, renunciar à sua pretensão de legitimidade. Os direitos fundamentais representam a constitucionalização daqueles direitos humanos que gozaram de alto grau de justificação ao longo da história dos discursos morais, que são, por isso, reconhecidos como condições para a construção e o exercício dos demais direitos¹⁰⁴.

Explica, ainda, que não é todo direito mínimo que se torna em mínimo existencial. É necessário que seja um direito a situações existenciais dignas. Sem o mínimo necessário à existência, cessa a possibilidade de sobrevivência do homem e desaparecem as condições iniciais da liberdade. Assim, podemos relacionar o mínimo existencial na garantia de a mulher não ser maltratada, humilhada e machucada durante o parto¹⁰⁵.

Nesse íterim, de acordo o professor Clayson de Moraes Mello:

A dignidade humana e as condições materiais da existência não podem retroceder aquém de um mínimo, do qual nem os prisioneiros, os doentes mentais e os indigentes podem ser privados. O mínimo existencial não tem dicção constitucional própria. Deve-se procurá-lo na ideia de liberdade, nos princípios constitucionais da dignidade humana, da igualdade, do devido processo legal e da livre iniciativa, na Declaração dos Direitos Humanos e nas imunidades e privilégios do cidadão. Só os direitos da pessoa humana, referidos a sua existência em condições dignas, compõem o mínimo existencial. Assim, ficam fora do âmbito do mínimo existencial os direitos das empresas ou das pessoas jurídicas, ao contrário do que acontece com os direitos fundamentais em geral.¹⁰⁶

Os princípios que caracterizam a dignidade da pessoa humana estão atrelados aos direitos da personalidade e ao conjunto de direitos fundamentais, de tal modo que, caso ocorra desrespeito pela vida, pela integridade psicofísica, pela moral ou imagem do ser humano, ou suas condições mínimas de existência, estar-se-á diante da violação da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, a dignidade da pessoa humana, hoje, é o epicentro do ordenamento jurídico e, portanto, é imprescindível seu entrelaçamento com o estudo dos direitos fundamentais e do direito constitucional de forma geral no contexto do Estado Democrático e Social de Direito, instituído pela Constituição Federal de 1988¹⁰⁷.

¹⁰⁴ GALUPPO, M. C. O que são direitos fundamentais? In: SAMPAIO, J. A. L. (org.). **Jurisdição constitucional e direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003. p. 213–250.

¹⁰⁵ GALUPPO, 2003.

¹⁰⁶ MELLO; MOREIRA, 2015, p. 119.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 137.

Para Barroso, a dignidade da pessoa humana é “um espaço de integridade moral a ser assegurado a todas as pessoas por sua só existência no mundo”¹⁰⁸. O Código de Ética Médica, por sua vez, tem como norteador o princípio da autonomia¹⁰⁹. O Plano de Parto, nesse sentido, tem por objetivo garantir a autonomia da paciente nos procedimentos e nas intervenções realizados durante o processo de parto e pós-parto, seja ele natural ou cesariana. Nesse contexto, quando não respeitado ou não aceito o Plano de Parto, há a violação desse princípio ético médico e do inciso II do Art. 5º da Constituição Federal¹¹⁰.

Para Rizzatto Nunes, a dignidade da pessoa humana é o primeiro fundamento de todo o sistema constitucional. A isonomia, por sua vez, tem função de gerar equilíbrio entre as partes, contudo visando a concretizar o direito à dignidade¹¹¹. Ainda nessa mesma obra, o autor explica o que vem a ser a dignidade:

Dignidade é um conceito que foi sendo elaborado no decorrer da história e chega ao início do século XXI repleta de si mesma como um valor supremo, construído pela razão jurídica. Com efeito, é reconhecido o papel do Direito como estimulador do desenvolvimento social e freio da bestialidade possível da ação humana. Não se vai aqui discutir se o ser humano é naturalmente bom ou mau. Nem se vai refletir com conceitos variáveis do decorrer da história, pois, se assim fosse, estar-se-ia permitindo toda sorte de manipulações capazes de colocar o valor supremo dignidade num relativismo destrutivo de si mesmo. E, conforme colocamos desde o início, a dignidade é garantida por um princípio. Logo, **é absoluta, plena, não pode sofrer arranhões nem ser vítima de argumentos que a coloquem num relativismo.** (grifo nosso)¹¹²

Nesse sentido, a dignidade da pessoa humana, em especial no que concerne o corpo da paciente, não deve ser relativizada durante o parto com o argumento de que precisam ser utilizados procedimentos invasivos e dolorosos para que o parto seja mais rápido e que a logística do hospital seja respeitada. É preciso, portanto, respeitar as vontades da paciente acima de qualquer outro

¹⁰⁸ BARROSO, L. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** São Paulo: Saraiva, 2009. p. 252.

¹⁰⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009.

¹¹⁰ Art. 5º, II: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.

¹¹¹ NUNES, L. A. R. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência.** 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 68.

¹¹² *Ibid.*, p. 69.

pressuposto, o que só é possível com a elaboração e aceitação de um Plano de Parto, o qual, por sua vez, não é regulamentado em nível federal no Brasil.

Rizzatto Nunes ainda explica que, para definir dignidade, é preciso levar em conta todas as violações que foram praticadas, a fim de lutar contra elas¹¹³. Assim, seguindo a linha de pensamento do autor, retoma-se a importância do tema da presente monografia. É indispensável que essa questão siga relevante para que se possa identificar a frequência das violências praticadas e lutar contra elas por intermédio de norma federal que especifique violência e defina como obrigatória a aceitação de um Plano de Parto em todas as redes de saúde.

No contexto da dignidade em Kant, o autor Bruno Cunha Weyne busca expor a resposta do filósofo alemão à pergunta “por que o ser humano tem uma dignidade?”¹¹⁴. Kant entende que o sentimento de vontade só se pode encontrar em seres racionais e que este é oriundo da sua capacidade de determinarem a si mesmos, ou seja, a dignidade é baseada na autonomia. Assim, pode-se perceber que a autonomia da paciente em autorizar procedimentos médicos opcionais antes, durante e após o parto deve ser assegurada por meio do Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana.

Na ótica de Miguel Reale, o que constitui de fato o exercício da dignidade da pessoa humana é a própria Justiça. Dessa maneira, o respeito ao Plano de Parto encarado como obediência ao Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana, é também o exercício da Justiça. Esse fato reafirma a necessidade da publicação de norma federal específica que defina a prática da Violência Obstétrica e assegure o respeito ao Plano de Parto¹¹⁵.

Para o constitucionalista Ingo Arlet, a dignidade da pessoa humana é a característica intrínseca de cada ser humano, que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade. Diante desse contexto, Sarlet afirma:

Onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e autonomia, a igualdade e os direitos fundamentais não forem

¹¹³ Ibid., p. 72.

¹¹⁴ WEYNE, B. C. **Princípio da Dignidade Humana: Reflexões a Partir da Filosofia de Kant**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 288.

¹¹⁵ REALE, 1998, p. 30.

reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e esta, por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças.¹¹⁶

Consoante Luís Roberto Barroso, o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Constituição Federal se iguala ao fundamento do Estado Democrático de Direito. Equipara-se aos princípios da cidadania, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, ao princípio da separação de Poderes e aos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil. A dignidade, para o Ministro, é tão importante quanto os objetivos da Carta Magna de construir uma sociedade livre, justa e solidária, garantir o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais, e promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação¹¹⁷. Seguindo essa linha de pensamento, violar a dignidade da paciente por meio da violação ou proibição de um Plano de Parto equipara-se à depredação dos objetivos da Constituição Federal de 1998.

Na hipótese de inexistência do princípio da autonomia no Código de Ética Médica, o direito de não ser submetida a procedimentos dolorosos e ineficazes — ainda que não haja Lei específica que defina sanção para a prática de Violência Obstétrica — é assegurado pela Constituição Federal. Sob a égide da Constituição Federal, ninguém será submetido a tortura e nem a tratamento desumano ou degradante (Art. 5º, III), e são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas (Art. 5º, X).

Na concepção do Dicionário Jurídico de autoria da ABLJ, a tortura configura-se na imposição deliberada e sistemática de sofrimento físico ou mental, promovido por uma ou mais pessoas, as quais, agindo por conta própria ou a mando de quem quer que seja, procuram forçar alguém a proceder de modo a satisfazer os intuítos do agente¹¹⁸.

¹¹⁶ SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011. p. 65.

¹¹⁷ BARROSO, L. R. **A Nova Interpretação Constitucional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 364.

¹¹⁸ SIDOU, 2016, p. 616.

4.3 O PRINCÍPIO E O TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O Princípio do Consentimento Informado se cristaliza no direito do paciente de participação e permissão de tratamentos e procedimentos médicos que possam ser realizados e que possam afetar sua integridade física ou psicológica, e no dever do profissional de orientar e alertar sobre os riscos e benefícios dos procedimentos envolvidos. Esse princípio é colocado em prática por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Informado.

Ademais, o Termo de Consentimento Informado ao fazer ser respeitada as escolhas dos pacientes, é instrumento que torna possível o respeito ao princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

Nesse ínterim, no referido Termo, o médico deverá alertar e orientar o paciente sobre os riscos e benefícios dos procedimentos de forma precisa e clara, sem a utilização de termos técnicos, para que o paciente possa entender a importância da informação. Assim, o médico deve filtrar as informações mais relevantes para a decisão do paciente, não elencando mais benefícios do que os riscos.

No Código de Ética Médica, acerca das vedações atribuídas ao exercício profissional do médico, é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. É vedado ainda desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte, bem como deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, exceto quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Arts. 15, 22, 31). Ainda, conforme o disposto no Art. 15 do Código de Ética Médica, ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Salienta-se que o Termo de Consentimento Informado é adaptado a cada tipo de procedimento, porém a essência de todos eles é informar e obter consentimento do paciente acerca do procedimento médico a ser realizado, garantindo assim a autonomia do paciente. Nos Anexos, pode-se consultar um modelo de Termo de Consentimento Informado retirado do sítio eletrônico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. O modelo para

representar o Termo de Consentimento Informado neste trabalho não é relacionado ao parto; entretanto, foi escolhido por retratar perfeitamente as disposições do Código de Ética Médica e pode ser adaptado para procedimentos obstétricos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível observar ao longo das discussões referidas na presente Monografia, a Violência Obstétrica e o Plano de Parto se mostram pautas cada vez mais relevantes na agenda de debates do Brasil. Por um lado, vemos mulheres serem submetidas a procedimentos que reprovam ou sobre os quais não têm informação da sua realização e/ou eficácia, ocasionando, além de dor física, sentimento de impotência. Por outro lado, vemos os profissionais de saúde, especialmente os médicos obstetras, com agendas e leitos lotados, necessitando dar alta ao maior número possível de pacientes para otimizar o fluxo de leitos e manter seus ganhos financeiros.

Urge notabilizar, ainda, que a ausência de Lei Federal específica acerca da aceitação de Plano de Parto, aliada à vontade dos médicos — nem sempre previsíveis —, são fatores determinantes para que a aceitação e o respeito a esse Plano de Parto sejam considerados opcionais no Brasil. A maioria das gestantes toma decisão de elaborar um Plano de Parto quando se depara com a possibilidade desse mecanismo e com o medo (produzido por relatos) de enfrentar situações dolorosas e humilhantes antes, durante e após o parto, bem como por receio de que seja negado o direito de ter consigo o acompanhante que escolheu para esse momento.

Há, portanto, um papel ativo que recai sobre o Estado em assegurar esses direitos, por meio da promulgação de Lei específica. Todavia, enquanto isso não for possível, as parturientes devem se valer das normas já existentes, como a Constituição Federal e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no que tange o princípio da dignidade da pessoa humana, e o Código de Ética Médica.

Diante da análise realizada na presente Monografia, bem como diante da denominada pela OM “epidemia de cesarianas”, considerando que grande parte dessas cirurgias são eletivas e oriundas de Violência Obstétrica (quando cerceado o direito de escolha das pacientes), verifica-se impostergável conferir atenção especial às políticas públicas acerca do Plano de Parto. Desse modo, é fundamental que sejam asseguradas às parturientes a efetiva proteção à

dignidade da pessoa humana e a autonomia de escolhas de procedimentos conferidas no Código de Ética Médica.

É evidente que existem tentativas de avanços significativos nas normas nacionais correspondentes ao combate à Violência Obstétrica e à aceitação do Plano de Parto, por meio de Projetos de Lei em debate. Contudo, é ausente ainda a pretensão de uma norma federal capaz de assegurar o direito das mulheres ao que diz respeito ao pré-parto, parto e pós-parto, e a situações de abortamento. Ainda nesse sentido, cresceram as campanhas nas redes sociais para que as gestantes conheçam a proposta de um Plano de Parto ou optem por um parto domiciliar, na presença de parteiras, doulas e enfermeiras obstétricas, as quais buscam remediar as mazelas vividas na situação em apreço.

Destarte, não deixando de respeitar a linha tênue entre o direito da paciente (autonomia e informação de procedimentos) e a garantia do médico (de indicar o procedimento que entender mais adequado), há que se buscar um meio-termo em que um direito não venha a anular o outro. Nesse contexto, na falta de norma específica, o mais correto seria respeitar a Constituição Federal, que tem por natureza a supremacia, seguida do Código de Ética Médica, que foi elaborado pensando no interesse dos próprios profissionais e que garante, em todo o seu texto, a autonomia dos pacientes.

Face a essa conjuntura, é mister a adoção de legislações condizentes com as demandas contemporâneas. É inequívoco que o contexto médico é permeado de maior complexidade, tendo em vista que, muitas vezes, exige conhecimento técnico médico para definir determinada prática como abusiva (neste trabalho, consideramos as diretrizes da Organização Mundial da Saúde).

Nesse processo gradativo de transformações jurídicas, políticas e sociais, é importante que haja a busca pela universalidade dos direitos das gestantes e parturientes. Diante desse contexto social, é relevante que as mulheres, independentemente de sua classe social, nacionalidade, cor, orientação sexual ou estado civil, sejam tratadas como pessoas de direito, capazes de diferenciar e escolher práticas médicas, não sendo discriminadas por sua posição temporariamente “inferior”, tampouco que sejam repelidas as suas vontades.

Todavia, independentemente do conhecimento acerca do tema, condição financeira e qualquer outra qualificação, todas as mulheres são iguais e merecem

esclarecimentos sobre seus direitos. Da mesma forma, merecem expor as escolhas que oportunizem serem autoras do próprio parto. É só com o alcance disso que poderão exercer, antes, durante e após o parto ou situação de abortamento, o princípio da dignidade da pessoa humana, que é norteador da nossa Constituição, bem como a autonomia que rege a Ética Médica.

A presente Monografia cumpriu todos os seus objetivos: analisou o conceito de Plano de Parto sob o prisma jurídico (relacionou como cada artigo do Código de Ética Médica pode ser aplicado no caso), apresentou o conceito de Violência Obstétrica, identificando cada prática considerada invasiva e desnecessária pela OMS, e apresentou normas jurídicas que podem ser utilizadas para que a gestante possa ter seu Plano de Parto aceito. Assim, reforçou a importância de fornecer informação jurídica às gestantes e parturientes, para que saibam lidar com a não juridicidade da Lei que dispõe da Violência Obstétrica e a elaboração do Plano de Parto. Além disso, o trabalho trouxe os conceitos fundamentais da Ética Médica (autonomia) e o Princípio do Consentimento Informado, bem como apresentou a eficácia das normas jurídicas e como a não juridicidade das Leis já aprovadas pode ser sanada com o Princípio do Consentimento Informado, advindo da Ética Médica.

A Monografia cumpriu também com o seu objetivo específico, que era de avaliar como a ausência de norma federal que define Violência Obstétrica e Plano de Parto, bem como a falta de eficácia das normas jurídicas já existentes e projetos de lei, podem ser solucionadas por meio de outros diplomas legais. Resta comprovada a principal hipótese de que tais intercorrências podem ser solucionadas por meio da utilização do Código de Ética Médica, da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Constituição Federal, garantindo à paciente o máximo de autonomia e respeito, e o mínimo de dor e sofrimento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas.** [S. l.], 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 29 set. 2020.

ALBUQUERQUE, F. **Defensoria Pública orienta mulheres sobre violência obstétrica.** [S. l.], 2014. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-03/defensoria-publica-orienta-mulheres-sobre-violencia-obstetrica#:~:text=De acordo com a Defensoria,capacidade de decidir livremente sobre. Acesso em: 28 set. 2020>.

BANCO DA SAÚDE. **É mesmo necessário proibir comida durante o parto?** [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.bancodasaude.com/noticias/e-mesmo-necessario-proibir-comida-durante-o-parto/>. Acesso em: 29 set. 2020.

BARROSO, L. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** São Paulo: Saraiva, 2009.

BARROSO, L. R. **A Nova Interpretação Constitucional.** Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

BASBAUM, C. **Trabalho de parto normal dura em média de 12 a 14 horas.** [S. l.], 2016. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/familia/materias/17688-trabalho-de-parto-normal-dura-em-media-de-12-a-14-horas>. Acesso em: 7 set. 2020.

BELO HORIZONTE. **Lei nº 10.843, de 18 de setembro de 2015.** Institui o plano municipal para humanização do parto, dispõe sobre administração de analgesia em parto natural e dá outras providências. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2015/1084/10843/lei-ordinaria-n-10843-2015-institui-o-plano-municipal-para-humanizacao-do-parto-dispoe-sobre-administracao-de-analgesia-em-parto-natural-e-da-outras-providencias>

BITTENCOURT, C. **Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal?** [S. l.], 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de

setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Casa Civil, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.633, de 27 de maio de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2014. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5C6F6B86C0EE79AC9FCFF054D30FF501.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=Tramitacao-PL+7633/2014

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.867, de 13 de junho de 2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília: Congresso Nacional, 2017a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=Tramitacao-PL+7867/2017. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 8.219, de 9 de agosto de 2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília: Congresso Nacional, 2017b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filename=Tramitacao-PL+8219/2017

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Juramento de Hipócrates**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Resolução CREMERJ nº 293, de 23 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina, 2019. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em: 19 nov. 2020.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea?** Araraquara: Fundação Editora UNESP, 2014.

DIP, A. **Na hora de fazer não gritou**. [S. l.], 2013. Disponível em: <https://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 11 set. 2020.

EBSERH. **Protocolo Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar: Medidas de Prevenção de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cesariana**. [S. l.: s. n.], 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. [S. l.], 2018a. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acesso em: 6 set. 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia**. [S. l.], 2018b. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>. acesso em 29/09/2020. Acesso em: 29 set. 2020.

FETALMED MEDICINA FETAL. **Como saber que estou em trabalho de parto?**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.fetalmed.net/como-saber-que-estou-em-trabalho-de-parto/>. Acesso em: 6 set. 2020.

FRIAS, L.; LOPES, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 649–670, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-24322015000200649&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 17 nov. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010**. [S. l.], 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>. Acesso em: 19 nov. 2020.

GALUPPO, M. C. O que são direitos fundamentais? *In*: SAMPAIO, J. A. L. (org.). **Jurisdição constitucional e direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

GRUPO DE APOIO À MATERNIDADE ATIVA. **Por que tanta cesárea?**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://maternidadeativa.com.br/>. Acesso em: 28 set. 2020.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 361 f. 2007. Departamento de Medicina Preventiva - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/?gathStatIcon=true>. Acesso em: 17 nov. 2020.

JUSTEN FILHO, M. **Curso de direito administrativo**. 8. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

KELSEN, H. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. Tradução: Luis Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LUZ, V. P. da. **Dicionário Jurídico**. 3. ed. Barueri: Manole, 2020.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2017.

MARQUES, I. R. *et al.* Guia de Apoio à Decisão em Enfermagem Obstétrica: aplicação da técnica da Lógica Fuzzy. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 58, n. 3, p. 349–354, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000300019>. Acesso em: 29 set. 2020.

MELLO, C. de M.; MOREIRA, T. **Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2015.

MEZZOMO, C. **Introdução ao Direito**. Caxias do Sul: EdUCS, 2011.

MIRANDA, J. **Manual de direito constitucional: Tomo IV**. 3. ed. Coimbra: Coimbra, 2000.

MOTTA, A.; BELLINI, G. **Violência obstétrica é comum no Brasil**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <http://www2.eca.usp.br/njsaoremo/?p=4013>. Acesso em: 28 set. 2020.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, v. 25, n. 4, p. 979–998, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>. Acesso em: 29 set. 2020.

NUNES, L. A. R. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência**. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias**. [S. l.], 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicadas-desnecessarias&Itemid=820. Acesso em: 29 set. 2020.

PEREIRA, E. **Cesariana - indicações, riscos, como é feita, recuperação após parto**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ginecologia/cesariana>. Acesso em: 7 set. 2020.

REALE, M. **Filosofia do Direito**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

REALE, M. **Fundamentos do direito**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

REALE, M. **Teoria tridimensional do direito**. São Paulo: Saraiva, 1994.

SÃO PAULO. **Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=174293>. Acesso em: 19 nov. 2020.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SIDOU, J. M. O. **Dicionário jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

SPACOV, L. V.; SILVA, D. S. R. da. Violência Obstétrica: um olhar jurídico desta problemática no Brasil. **Derecho Y Cambio Social**, [s. l.], v. 55, p. 1–15, 2019. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Derecho-y-Cambio_n.55.23.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

UBERLÂNDIA. **Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Uberlândia. Uberlândia: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2015/1231/12315/lei-ordinaria-n-12315-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-princi>. Acesso em: 19 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **“Plano de parto previne violência obstétrica”, alerta pesquisadora da UFPB**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.ufpb.br/ufpb/contents/noticias/201cplano-de-parto-previne-violencia-obstetrica201d-alerta-pesquisadora-da-ufpb>. Acesso em: 28 set. 2020.

VIDAL, B.; GOTTSCHALK, M.; NEGRI, R. De. **As Faces da Violência Obstétrica**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 11 set. 2020.

WEYNE, B. C. **Princípio da Dignidade Humana: Reflexões a Partir da Filosofia de Kant**. São Paulo: Saraiva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intrapartum care for a positive childbirth experience. **WHO Recommendations**, [s. l.], 2018. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 9 set. 2020.

ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 29, n. 0, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 6 set. 2020.

ANEXO 1 – Plano de Parto

PLANO DE PARTO

NOME: _____
ENDEREÇO: _____ **DATA:** ____/____/____
TELEFONE: _____ **E-MAIL:** _____

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento do nosso filho. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

TRABALHO DE PARTO

- Presença de meu marido e doula.
- Sem tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal).
- Sem perfusão contínua de soro e ou ocitocina
- Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar.
- Uso ilimitado da banheira e/ou chuveiro.
- Peço que não seja oferecido anestésicos ou analgésicos. Eu pedirei quando necessário.
- Sem rompimento artificial de bolsa.

PARTO

- Prefiro ficar de cócoras ou semi-sentada (costas apoiadas).
- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora.
- Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo.
- Episiotomia: só se for realmente necessário. Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina.
- Quero que as luzes fossem apagadas e o ar condicionado desligado na hora do nascimento.
- Gostaria de ter meu bebê colocado de imediato no meu colo com liberdade para amamentar.

APÓS O PARTO

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens.
- Quero ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto.
- Liberação para o apartamento o quanto antes com o bebê junto comigo.

CUIDADOS COM A CRIANÇA

- Administração de nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos apenas se necessário.
- Quero fazer a amamentação sob livre demanda.
- Em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê.
- Alojamento conjunto o tempo todo. Pedirei para levar o bebê caso esteja necessite de ajuda.
- Gostaria de dar o banho no meu bebê e fazer as trocas (ou eu ou meu marido).

CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA

- Exijo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea.
- Quero a presença da doula e de marido na sala de parto.
- Anestesia: peridural, sem sedação em momento algum.
- Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer.
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar condicionado desligado.
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.
- Gostaria de permanecer com o meu filho no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia.
- Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento conjunto o quanto antes.

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Informado

A seguir, vê-se um modelo de Termo de Consentimento Informado retirado do sítio eletrônico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PREZADO PACIENTE:

O Termo de Consentimento Informado é um documento no qual sua AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada.

A intervenção cirúrgica indicada e o tratamento adequado serão realizados por seu médico e equipe após seu consentimento. Esse documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas.

Se não entendeu alguma explicação, pergunte ao seu médico antes de autorizar a realização da intervenção cirúrgica e o início do tratamento.

A assinatura no presente documento representa seu consentimento na realização da intervenção cirúrgica, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

Considerando os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu (PREENCHER QUALIFICAÇÃO) declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo (a) médico (a), Dr. (a) (NOME/REGISTRO MÉDICO) do meu estado de saúde, diagnóstico e evolução provável de minha doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e da intervenção cirúrgica a que vou me submeter, (ESPECIFICAÇÃO DA CIRURGIA/TRATAMENTO/PROCEDIMENTO MÉDICO) bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Declaro, ainda estar ciente: (ESPECIFICAÇÕES DA CIRURGIA/TRATAMENTO/PROCEDIMENTO MÉDICO).

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO com 05 (cinco) dias antes da data agendada para realização de minha intervenção cirúrgica, para que pudesse ser lido e discutido com meus familiares.

Sendo assim, declaro expressamente que concordo que meu médico realize durante minha internação todos os atos necessários ao meu cuidado, com intuito de preservar minha vida, inclusive a transfusão de sangue se necessário, que autorizo desde já. E que após atenta leitura é de minha vontade autorizar a realização da intervenção cirúrgica, estando plenamente esclarecido dos benefícios e dos riscos da operação indicada.”