

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INVISIBILIZADA NA RESOLUÇÃO 2.232/2019 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

THE INVISIBILIZED OBSTETRIC VIOLENCE IN THE FEDERAL MEDICINE BOARD'S RESOLUTION No. 2,232/2019

“JANELA SOBRE O CORPO

A Igreja diz: O corpo é uma culpa.

A ciência diz: O corpo é uma máquina.

A publicidade diz: O corpo é um negócio.

O corpo diz: Eu sou uma festa.”

(GALEANO, Eduardo. **As palavras andantes**. Editora L&PM, 1994, p.108)

Claudine Paula Silva de Araujo¹⁵⁹

RESUMO

O presente artigo aborda a Violência Obstétrica como resultado de violações ocorridas no tratamento obstétrico, incluindo-se, além daquelas de ordem fisiológica e também mais reconhecidas pela sociedade, outras resultantes de agressões psicológicas e emocionais proferidas contra pessoas gestantes¹⁶⁰. Em setembro de 2019, verificou-se o risco da majoração desse tipo de agressão com a publicação da Resolução nº 2.232/2019, do Conselho Federal de Medicina, cujo teor trazia previsões de relativização da vontade das parturientes em situações discordantes, utilizando como argumento a necessidade de ponderação por meio do binômio “mãe-feto” nos casos em que, antes, seria aplicado o direito à recusa terapêutica. A partir de uma leitura sobre as compreensões e contornos da Violência Obstétrica e da previsão normativa que traz a garantia de igualdade e dignidade da pessoa, serão avaliados os pontos problemáticos da Resolução, bem como sua posterior suspensão pela Justiça Federal, pouco tempo após o início de sua vigência. Pretende-se, ao fim, compreender o grau de afetação prática que as disposições propostas pelo Conselho poderiam trazer para a realidade das salas de parto brasileiras e, conseqüentemente, para a individualidade da pessoa parturiente no que tange à ruptura de sua autonomia corporal e à desvalorização de sua subjetividade.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Recusa terapêutica. Conselho Federal de Medicina.

¹⁵⁹ Graduanda em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

¹⁶⁰ Busca-se, neste trabalho, utilizar, sempre que possível, termos neutros que desconsiderem os marcadores de gênero, tendo em vista a existência de homens transgênero e pessoas não-binárias que optam por gerar seus próprios filhos. Portanto, o texto evitará a expressão “mulher” e realizará as concordâncias nominais e verbais, mesmo em caso de silepses de gênero, ao termo “pessoa”.

Artigo recebido em 12/09/2020 e aprovado para publicação em 12/10/2020.

ABSTRACT

This article deals with Obstetric Violence as a result of violations occurred in obstetric treatment, including, in addition to those of a physiological nature and which are also more recognized by society, and others resulting from psychological and emotional aggressions against pregnant people. In September 2019, there was a risk of increasing this type of aggression with the issuance of Resolution No. 2,232/2019, of the Federal Medicine Board, whose content provided a relativization of the parturient's will in discordant situations, using as an argument the need for consideration through the binomial "mother-fetus" in cases where, before, the right to therapeutic waiver would be applied. Based on a reading about the understandings and contours of Obstetric Violence and the normative provision that guarantees the person's equality and dignity, the Resolution's problematic points will be evaluated, as well as its subsequent suspension by the Federal Justice, shortly after it became effective. It is intended, in the end, to understand the level of practical affectation that the provisions proposed by the Federal Medicine Board could bring to the reality of Brazilian delivery rooms and, consequently, to the individuality of the parturient regarding the rupture of their bodily autonomy and the devaluation of their subjectivity.

Keywords: Obstetric Violence. Therapeutic waiver. Federal Medicine Board.

1 INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica é um “fantasma” que assola a memória de boa parte das famílias brasileiras. Mesmo que se busque reparação para os traumas ocorridos no parto, dificilmente o tema perde a sua sensibilidade para agentes envolvidos. Se, por um lado, o dano vivido em um dos momentos mais delicados da vida de alguém permanece na memória, por outro, há o risco de a vítima não se dar conta da gravidade de algumas ações empregadas contra sua dignidade no momento do parto.

Organizações internacionais de proteção à saúde do indivíduo já se declararam favoráveis à inclusão de práticas legislativas e sociais que protejam a dignidade e a integridade das parturientes, mas o Brasil, assim como muitos outros países, está entre os que não possuem leis específicas que abordem claramente o tema da Violência Obstétrica. Há, atualmente, onze projetos de lei tramitando no Congresso Federal com objetivo de definir esse tipo de violação e de imputar possíveis sanções aos seus agentes causadores.

Na contramão das políticas assistenciais amplamente recomendadas, foi divulgada, no ano de 2019, a Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019), cujo teor incluía a possibilidade recorrer à relativização da vontade da gestante para sanar a divergência entre o seu desejo e o do atendente na aplicabilidade de determinados

procedimentos. Configurando, assim, o que se denominou como a “vedação à recusa terapêutica manifesta por gestantes”, ponto sensível e, de muitas maneiras, injusto para quem vive um dos momentos mais esperados de sua vida.

Mesmo que os artigos referentes à recusa de gestantes tenham sido temporariamente combatidos pela Ação Civil Pública nº 5021263-50.2019.4.03.6100, movida pelo Ministério Público Federal, o conteúdo da Resolução demonstra em que lugar a autonomia da pessoa parturiente é colocada quando o tratamento terapêutico vai de encontro às preferências médicas para o parto. Embora assuma uma abordagem direcionada a casos relacionados ao risco de vida do feto, algo que inicialmente não afeta a coletividade de gestantes, o assunto recebeu fortes críticas relacionadas ao risco de que se exerçam ações mais sutis, à revelia da consciência da gestante, de sua anuência e até mesmo de seu entendimento do que é adequado para o próprio corpo.

Sabe-se que há – ao menos em nosso país – a cultura do acentuado respeito ao profissional de saúde e, na outra ponta da relação, um grande índice de partos feitos em pessoas humildes e de baixa renda. Essa equação, que demonstra a verificável disparidade entre as partes envolvidas, também preocupa pela ausência de políticas de incentivo a técnicas mais adequadas ou ao esclarecimento dos direitos da parturiente diante da experiência que viverá na enfermaria e, posteriormente, no centro cirúrgico. Por isso, as orientações do órgão de fiscalização e normatização da prática médica e a realidade social precisam confluir, de modo a promover a melhor experiência possível nos momentos que envolvem o nascimento de duas vidas: a da criança e a do genitor.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DESUMANIZAÇÃO DO SER

Os eventos inerentes ao pré-parto, parto e pós-parto são obscuros à parturiente de primeira viagem, no sentido de que configurarão uma experiência individual e única. Sabe-se que há determinados procedimentos comuns a esse momento, mas sabe-se também que há influências particulares que podem afetar – e muito – a singularidade dos casos. Nesse contexto, ganham notoriedade histórias sobre partos complicados, porém esquecíveis graças à realização do sonho de gestar e dar à luz uma criança.

A Violência Obstétrica se esconde no desconhecimento do que deveria ser adequado, recomendado e solicitado no âmbito puerperal. Entretanto, diante da ausência de uma lei que a conceitue, essa violação continua sendo demonstrada em altos índices, revelando a manutenção de práticas que já foram entendidas por instituições das ciências sociais e da saúde como “costumeiras” e agressivas desencorajadas há muitos anos. Assim, as vítimas dessas práticas violentas passam por um processo de desumanização que irá reverberar até o fim de sua vida, porque a Violência Obstétrica não se resume apenas a resultados físicos, mas também envolve danos psicológicos e emocionais irrecuperáveis.

Em posicionamento assumido em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a Violência Obstétrica como questão de Saúde Pública, orientando a criação de políticas internas nos países onde se constata sua incidência. Para a Organização, a prevenção de determinadas práticas dentro de enfermarias e centros cirúrgicos está relacionada à garantia dos direitos humanos, devendo ser aplicada tanto à parturiente quanto o acompanhante escolhido por ela. De acordo com o documento, consideram-se graves os eventos ocorridos durante o parto que incluem

[...] violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

O texto elenca desde abusos a humilhações, enumerando hipóteses em que condutas omissivas ou comissivas afetam o direito à livre escolha dos procedimentos pelas parturientes, afetando, assim, sua subjetividade. No teor do documento, a OMS também indica a centralidade dos abusos praticados contra minorias, demonstrando a disparidade de tratamentos motivada pela evidente desigualdade material. A exemplo disso, deve ser rememorado o caso brasileiro

que representa o marco da violência obstétrica, Alyne Pimentel¹⁶¹, mulher negra e pobre, que perdeu sua vida por causa da omissão no serviço público de saúde.

A história de Alyne representa as dores de pessoas que, ao acessarem o serviço público de saúde, deparam-se com um atendimento precário e “surdo” às suas demandas. Muitas grávidas sequer são examinadas com a atenção que merecem, ficando suscetíveis à loteria do plantão ou do grau de referência da unidade de saúde mais próxima. O caso, emblemático, também representa um exemplo de discriminação relacionada ao gênero, atrelada à condição de pobreza e da ausência de recursos. Assim, para a ONU,

a morte de Alyne Pimentel se deu em decorrência de sua condição como mulher, negra e de classe socioeconômica desprivilegiada[...]. Os fundamentos que levaram à comunicação junto ao Comitê CEDAW¹⁶² foram: a) a violação ao direito à saúde e à vida; b) a ineficiência de prestação jurisdicional que garantisse a proteção de Alyne Pimentel e sua família contra a discriminação de gênero sofrida, e c) a sistêmica condição de discriminação de gênero e violação do direito à saúde das mulheres pela ineficiência dos serviços médicos prestados. (CATIOIA; SEVERI; FIRMINO, 2020, p.5).

Mesmo diante da visibilidade do caso no âmbito internacional, o país ainda anseia por uma legislação que verse sobre a Violência Obstétrica, embora se constate a existência de uma pluralidade de Projetos de Lei sobre o tema. Em virtude disso, o judiciário, por exemplo, ao julgar ações de reparação em casos de constatada violação aos direitos das parturientes, vê-se na tarefa de fundamentar suas decisões por meio de amparo legal mais abrangente, como a Constituição Federal (BRASIL, 1988), o Código Civil (Id., 2002), os Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018) e da Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017), entre outros dispositivos aplicáveis.

161 Em 14 de novembro de 2002, Alyne da Silva Pimentel Teixeira estava no sexto mês de gestação e buscou assistência na rede pública em Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro. Alyne era negra, tinha 28 anos de idade, era casada e mãe de uma filha de cinco anos. Com náusea e fortes dores abdominais, buscou assistência médica, recebeu analgésicos e foi liberada para voltar a sua casa. Não tendo melhorado, retornou ao hospital, quando então foi constatada a morte do feto. Após horas de espera, Alyne foi submetida a cirurgia para retirada dos restos da placenta. O quadro se agravou e foi indicada sua transferência para hospital em outro município, mas sua remoção foi feita com grande atraso. No segundo hospital, a jovem ainda ficou aguardando por várias horas no corredor, por falta de leito na emergência, e acabou falecendo em 16 de novembro de 2002, em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto do feto morto (SENADO NOTÍCIAS, 2013).

162 Committee on the Elimination of Discrimination against Women.

O princípio da dignidade humana, por exemplo, ferramenta exemplar de expressão da igualdade, é sempre suscitado nesses processos judiciais, mesmo que de forma indireta. De acordo com o art. 1º, III, da Constituição Federal:

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; (BRASIL, 1988).

O princípio fundamental, embora basilar e pertinente a situações de violação obstétrica, por sua inegável abrangência, precisa vir acompanhado de provas consistentes de violação, tornando o processo ainda mais dificultoso. A raiz principiológica da dignidade da pessoa humana, de acordo com Piovesan (2018, p. 113), possui um valor que, ao lado dos direitos e garantias constitucionais,

Incorpora as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo sistema jurídico brasileiro. [...] Os direitos e garantias fundamentais são, assim, dotados de especial força expansiva, projetando-se por todo universo constitucional e servindo como critério interpretativo de todas as normas do ordenamento jurídico.

Além disso, sob o viés civil-constitucional, a abrangência de tal princípio representa, na prática, a “proteção da liberdade e dos direitos subjetivos na ordem privada” (TARTUCE, 2019, p. 52), ressaltando, assim, seu valor existencial, em detrimento do patrimonial. Esse entendimento promove uma aplicação imediata dos direitos fundamentais, de modo que suscitar a proteção à dignidade como ferramenta de tutela de direitos se torna um dos pressupostos essenciais para afastar ações que ofendam a parturiente, neguem esclarecimentos sobre os procedimentos adequados ou, até mesmo, violem seu direito ao atendimento nas maternidades.

Além da referência à garantia da dignidade da pessoa humana, trazida no art. 1º, III, também podem ser suscitados outros artigos da Constituição Federal, por trazerem como objetivos fundamentais o respeito à igualdade e a não distinção por qualquer diferença que possa haver entre os brasileiros e aos estrangeiros residentes no país. A desigualdade no tratamento das parturientes, por exemplo, é um dos pressupostos de violência simbólica

motivada pelo tratamento desigual, pois tem como alcance outros expoentes de preconceito¹⁶³ interseccional, tal como aquele de origem racial. Nesse aspecto, o art. 3º descreve como um dos objetivos da Carta Maior a defesa da igualdade de tratamento:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
[...]

IV - Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 1988).

Ainda sobre a igualdade, o texto constitucional reforça suas diretrizes e a força dos direitos fundamentais no art. 5º:

Art. 5º 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:
[...]

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; (Ibid.).

Assim, de acordo com a Constituição Federal, deve-se garantir a todos que desejam passar pelo parto o máximo acesso a informações que envolvam a mecânica do parto, sem restrições de qualquer tipo ou de tratamento desigual. Assim, espera-se que, antes mesmo do início do processo de parto, todos tenham conhecimento sobre os procedimentos a que se submetem, de forma que se mantenha a integridade e prevaleça o Plano Individual de Parto¹⁶⁴, quando houver.

Arelados a esses pressupostos constitucionais, estão as vedações ao trabalho do médico atendente, presentes no Código de Ética Médica, que visam a garantia da igualdade por meio de normas que regem os deveres desses profissionais. Destacam-se, para tanto, as vedações contidas nos arts. 1º, 22 e 24 da Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018:

163 Um artigo publicado em 2017 nos Cadernos de Saúde Pública, editado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, chamado “A Cor da Dor”, observou as disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto no país.

164 O plano de parto é um documento feito pela gestante, onde fica registrado por escrito tudo aquilo que ela deseja da assistência médica e hospitalar em relação ao seu trabalho de parto, parto e nos cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato. É uma forma de deixar clara a comunicação do que a gestante e o futuro pai esperam da assistência, como também revela que estão minimamente informados sobre os procedimentos feitos no parto e que não gostariam de ser tratados com intervenções de rotina, mas sim com cuidado individualizado e apenas recebendo intervenções se realmente forem necessárias (BLOG DESPERTARDOPARTO, 2020).

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

[...]

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.

[...]

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

No mesmo sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê o tratamento igualitário e o respeito às decisões do paciente, como forma de manutenção da igualdade. Assim, constitui dever do profissional enfermeiro:

Art. 15 - Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

[...]

Art. 18 - Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar.

[...]

Art. 21 - Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A proibição a determinadas escolhas e a omissão quanto à necessidade de anuência sobre alguns procedimentos antes que eles sejam aplicados podem ser configuradas como violência, contrariando, portanto, o que preveem os códigos de ética de profissionais da saúde. Como se pode perceber, o desconhecimento e a confiabilidade plena nas decisões médicas, configurada na supervalorização da figura dos atendentes, demonstram a necessidade de se compreender os limites da atuação médica para que o direito à dignidade e à autonomia corporal se efetivem.

Pessoas pobres e com baixo grau de instrução são, com muita frequência, alvo de decisões autônomas dos atendentes, sejam médicos, enfermeiros ou outros profissionais da saúde que atuam na maternidade, desde o acolhimento e até a internação para o parto. Infelizmente, pouco se conhece sobre direitos e pouco se questiona, conforme demonstra a Cartilha “Gestação, Parto e Puerpério”, produzida pelo ADOULASRJ¹⁶⁵ e divulgada pelo Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher Vítima de Violência de Gênero – Nudem:

165 Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro.

Uma em cada quatro mulheres reconhece a ocorrência de violência durante o parto. Infelizmente, muitas desconhecem seus direitos e passam por situações como, por exemplo, a negação da presença de acompanhante, constrangimentos durante o parto e a falta de informação sobre os procedimentos durante o atendimento. (RIO DE JANEIRO, 2019, p.3).

Constata-se, através dos dados trazidos no documento, a ausência de efetivação dos direitos básicos somada à atuação inadequada dos profissionais de saúde, os quais, muitas vezes, nem ao menos esclarecem a origem de determinados procedimentos implicados à paciente. A gravidade dessa realidade só é mesurada através de dados como esses, cujos relatos indicam a necessidade de reconhecimento sobre as características e limites da atuação obstétrica, respeitando-se cada caso e cada parturiente na sua individualidade.

Além das dificuldades mencionadas, há, no mesmo documento produzido pelo ADOULASRJ, uma lista de possíveis situações de violação pelas quais as parturientes podem passar durante o período de internação. O texto enumera condutas que exemplificam a ausência de segurança quanto a determinados procedimentos e as práticas abusivas que afetam a dignidade da pessoa.

De acordo com o rol exemplificativo, constituem atos de violência, práticas que incluem:

- Atendimento sem acolhimento durante todas as fases que deflagram a chegada do bebê, desde os pródromos até o nascimento da placenta;
- Negativa de acompanhante em todas as fases de preparação de qualquer modalidade da via de nascimento;
- Realização rotineira de: 1. de lavagem intestinal, denominada de enema; 2. retirada dos pelos pubianos, chamada de tricotomia; 3. aplicação do “sorinho”, na verdade, ocitocina sintética através de infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto, sem concordância da mulher; 4. de corte no períneo sob o argumento que irá aumentar a cavidade genital para auxiliar a passagem do bebê, denominada de episiotomia; 5. pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê sob o argumento de auxílio para agilizar o nascimento, chamada de manobra de Kristeller (proibida por Lei no Estado do RJ); 6. desrespeito ao plano de parto; 7. intervenções no corpo da mulher sem qualquer tipo de explicação e/ou sua anuência; 8. toque para verificar a dilatação.
- Comentários inaceitáveis sobre sua anatomia, estado civil, condição socioeconômica, raça, cor, etnia, idade, escolaridade, situação conjugal, quantidade de filhos, orientação sexual, etc., incluindo ameaças, ofensas, humilhações, xingamentos e comportamentos agressivos e ríspidos;
- Amarrar a mulher;
- Ausência de hidratação ou dieta zero (sem alimentação) durante o trabalho de parto;
- Indicação falsa e sem evidência científica para realização de cesariana eletiva;
- Obrigar a mulher a ficar deitada em posição de litotomia (aquela posição ginecológica, deitada com as pernas elevadas por apoios) e/ou proibir de se

movimentar e escolher a posição que melhor lhe convier (RIO DE JANEIRO, 2019, p.3).

Além dos itens listados pela Associação, é de amplo conhecimento a existência de outras referências conotativas relacionadas a comportamentos machistas, tais como a inclusão do “ponto do marido¹⁶⁶”, que implica na aplicação de mais suturas para reparar o períneo da mulher e, conseqüentemente, deixar a cavidade vaginal mais estreita. Ações como essas, além de ofenderem a dignidade, atentam contra a integridade física da pessoa, sendo uma prática que raramente é feita sob consulta à paciente e se configura como um “bônus” concedido à mulher em estado puerperal.

É importante destacar que o Nudem, como órgão de proteção à integridade da mulher, representa, nos contextos da gestação e parto, um dos “braços” da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. E, ao elencar, em materiais de grande divulgação, as atitudes atentatórias à dignidade, faz com que essas pessoas tomem conhecimento sobre os próprios direitos. Contudo, pelo caráter especializado do órgão, ainda é preciso que existam outras ferramentas de maior abrangência para o público, de modo a incluir também os homens transgênero e as pessoas não binárias que optam por gestar seus próprios filhos, grupos que não se enquadram no perfil de atendimento do Núcleo.

Assim, resta evidente a necessidade de trazer a Violência Obstétrica para o rol de discussões que envolvam políticas de proteção à mulher, às parturientes em geral e, igualmente, àqueles que estão envolvidos no processo de parto, pois ela constitui uma prática recorrente no âmbito da saúde e uma violação gravíssima, atentatória contra a dignidade e o controle sobre o próprio corpo. Após a análise do caso de Alyne Pimentel, o CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*) requisitou que nosso país atue na prevenção desse tipo de caso e que garanta

o direito das mulheres à maternidade segura e a preços acessíveis, aos cuidados obstétricos de emergência; reduza as mortes maternas evitáveis por meio da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna no nível estadual e municipal [...]; ofereça treinamento profissional adequado para os profissionais de saúde, especialmente sobre os direitos das mulheres à saúde

166 Trata-se de uma definição gráfica para explicar uma prática cirúrgica em que, no momento da episiotomia [corte na região do períneo] após o parto, alguns especialistas suturavam a vagina dando um ponto mais do que o necessário, sem o consentimento da mulher, para deixar a abertura vaginal mais fechada, acreditando que isso proporcionaria maior prazer ao parceiro masculino (CARPALLO, 2018).

reprodutiva; assegure que os serviços de saúde privados cumpram com padrões nacionais e internacionais relevantes de assistência à saúde reprodutiva; assegure que sanções adequadas sejam impostas aos profissionais de saúde que violem os direitos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres; e assegure o acesso à proteção jurídica adequada e efetiva em casos em que os direitos relativos à saúde reprodutiva das mulheres tenham sido violados. (CATIOIA; SEVERI; FIRMINO, 2020, p.6).

A dignidade reside, portanto, na proteção da subjetividade, na incolumidade do corpo e no respeito às decisões aplicáveis não somente às modalidades de parto, mas também aos procedimentos que o antecedem. O direcionamento trazido pela ONU, a partir da denúncia do caso Alyne e de seu reflexo nos direitos humanos, enumera ações básicas e facilmente incorporadas à saúde reprodutiva, por serem procedimentos que já encontram respaldo nas normas que regem os profissionais e na atual carta constitucional, mas que ainda carecem de regulamentação para que sejam completamente aplicáveis em caráter preventivo e repressivo.

3 A RECUSA TERAPÊUTICA NA RESOLUÇÃO Nº 2.232/2019 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Conselho Federal de Medicina, autarquia de fiscalização e normatização da prática médica no Brasil, após amplo debate sobre a pertinência da expressão “Violência Obstétrica¹⁶⁷”, publicou a Resolução CFM nº 2.232/2019, em 16 de setembro de 2019, cujo teor previa, dentre outras coisas, normas sobre recusa terapêutica relacionadas à gestantes. Diante de um cenário em que se questionava o uso da expressão para dar sentido a atuações positivas e negativas que geram, na prática, uma violação ao direito da parturiente, a autarquia trouxe um novo foco para o debate: a tentativa de conter a sua voluntariedade quanto à escolha pela dinâmica terapêutica.

O prévio debate sobre a pertinência do uso da expressão “Violência Obstétrica” dentro das unidades de saúde já revelava o desconforto do Conselho diante dessa realidade. Ao tentar suprimir os sentidos da violação, apaga-se, por consequência, a visibilidade que o tema recebe dentro das políticas de prevenção da violência para a manutenção da dignidade das parturientes. Como consequência imediata às tentativas de inviabilizar a vontade, diversas críticas públicas foram propostas para tentar intervir e invalidar os dispositivos relacionados às gestantes.

167 Para o CFM, "a adoção desse termo conturba a relação médico-paciente; quebra o princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada)" (PORTAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

De acordo com os artigos 5º e 6º da Resolução, agora combatidos pela Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público de Federal, em se tratando de gestantes, seria aplicável

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto (artigo suspenso conforme decisão judicial – Processo nº 5021263 -50.2019.4.03.6100 – TRF 3º Região);

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto. (artigo suspenso parcialmente somente em relação a assistência e atendimento ao parto conforme decisão judicial – Processo nº 5021263 -50.2019.4.03.6100 –TRF 3º Região) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

A publicação desses artigos alertou para a hipótese de conflito entre a vontade da paciente e do profissional atendente, no sentido de que, diante da recusa terapêutica daquela, prevaleceria a preferência do médico, pois, em alguns casos, a escolha da gestante poderia ser considerada abuso de direito diante da perspectiva “mãe-feto”. Tais argumentos, com amparo nos termos do Conselho, apoiam-se na ideia de indisponibilidade dos direitos fundamentais do feto, assimilando-se ao contexto da objeção de consciência, tema juridicamente consolidado.

A vontade da gestante, então, perderia o destaque em detrimento da escolha terapêutica do atendente. Além disso, a Resolução não aplicou um rol taxativo, ou sequer exemplificativo, de possibilidades aplicáveis a essa regulamentação, possibilitando o risco de violar, através desse entendimento pautado na tomada de decisão do médico, a vontade da gestante quanto às sobre o próprio corpo e sobre os procedimentos de parto.

Mudanças como a posição de “parir” se tornariam simples diante da recusa à episiotomia acompanhada da alegação de que a gestante não tem “passagem” – outra expressão que reforça estereótipos de incapacidade da gestante, configurando-se uma ofensa. Assim, dificuldades de consenso comuns poderiam se transformar em divergências mais complexas que resultariam no desentendimento daqueles que deveriam confluir, resultando, de acordo com a aplicabilidade da Resolução, na prevalência da escolha terapêutica do atendente discordante.

Em esclarecimento publicado na página oficial do Conselho, a autarquia descreveu o artigo 5º da Resolução com a interpretação de que a recusa terapêutica manifesta por gestante deve ser analisada

na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto. Vejamos o seguinte exemplo: uma gestante que se recusa a se submeter a uma cesariana, sendo que o bebê está pronto para nascer e em sofrimento fetal. Nesta situação, o médico tem a possibilidade de não aceitar a recusa terapêutica, pois sua decisão pode representar a morte da criança e até da paciente. Porém, isso não significa que o ato será feito à força, mas o médico terá o direito de acionar as autoridades competentes para que tomem as devidas providências. Sem essa resolução, o ato de acionar as autoridades – na iminência de risco de morte – seria considerado quebra do sigilo médico, com consequências negativas para o profissional (PORTAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Verifica-se que, de acordo com a justificativa veiculada pelo Conselho, a ideia de que a recusa terapêutica está relacionada a fatores que englobam contextos de parto mais complexos, aplicando-se, portanto, a situações de maior gravidade. Apesar de estar vinculado à relativização da expressão da vontade pela ponderação entre os agentes envolvidos, hipóteses como escolha sobre a dinâmica do parto e demais procedimentos que o envolvem devem ser informados à gestante para que ela expresse sua decisão – o que muitas vezes deixa de ser esclarecido pela complexidade da dinâmica das enfermarias, ou simplesmente pelo desrespeito à compreensão da parturiente sobre o que é melhor para si e para o próprio corpo.

Além disso, ao incluir as gestantes na lista de exceções o Conselho também feriu o princípio da legalidade, pois estaria impondo critérios e condições para que essas pessoas se submetam ao constrangimento de ter sua vontade relativizada nos momentos que antecedem, acompanham e sucedem o parto. O direito à escolha terapêutica tem suporte constitucional na dignidade da pessoa humana e deve, portanto, ser garantido.

Em resposta à Resolução, em 2019 o Ministério Público Federal propôs uma Ação Civil Pública, de nº 5021263-50.2019.4.03.6100, visando impugnar os termos que violavam o direito das gestantes de dispor da própria vontade, sob o argumento de que tal documento poderiam coagi-las a receber tratamentos indesejados. Como principais fundamentos, a petição suscitou a contrariedade do princípio bioético da autonomia, a infringência ao direito personalíssimo ao próprio corpo, a infringência ao princípio da legalidade, a contrariedade às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde e às recomendações da OMS, a contrariedade ao dever de sigilo médico e a representação de grave risco de institucionalização de internações compulsórias.

A Ação proposta na Justiça Federal resultou na suspensão da eficácia dos artigos que se referem às gestantes, com exceção das hipóteses em que a decisão envolva risco da sua vida e da sua saúde, bem como a do feto. Como fundamento normativo para a manutenção da vedação em casos que envolvem o risco à vida, foram suscitados dispositivos legais como o art. 15 do Código Civil (BRASIL, 2002) e demais dispositivos contidos nas leis do idoso, do SUS e do consumidor, todas já previstas e utilizadas como fundamento para à inviabilização da recusa terapêutica.

De acordo com a decisão,

A Resolução editada pelo conselho-réu, mesmo que indiretamente, resulta na ilegal restrição da liberdade de escolha terapêutica da gestante em relação ao parto. A redação e terminologia utilizadas pelo réu, em especial o termo “abuso de direito”, confere excessiva amplitude das hipóteses nas quais o médico pode impor à gestante procedimento terapêutico, pois não limitado às situações de risco à vida e saúde do feto e/ou gestante. (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, PROCEDIMENTO PREPARATÓRIO N. 1.34.001.008584/2019-36).

Verifica-se, portanto, que a Resolução poderia trazer como consequência grave risco à saúde física e psíquica da gestante diante da possibilidade de submetê-la a constrangimentos que cerceiam tanto sua vontade e, conseqüentemente, resultar em violência obstétrica. Mesmo que os artigos tenham sido suspensos por decisão judicial, a mera tentativa de relativização da voz de quem deveria ser a mais ouvida é um grave indício de como o conceito da indisponibilidade do corpo tem sido cada vez mais afastado em situações que envolvem gestantes e parturientes.

4 A INDISPONIBILIDADE DO CORPO DE GESTANTES E PARTURIENTES

A indisponibilidade do corpo é um conceito que deriva da irrenunciabilidade dos direitos da personalidade, a partir da eficácia horizontal dos direitos fundamentais. De acordo com Melo e Obregon (2019, p. 13), a indisponibilidade é resultado da

a intransmissibilidade e a irrenunciabilidade [...] dos direitos da personalidade pelo fato de que seus titulares não podem deles dispor, nem transmitir a terceiros e, se quer renunciá-los. A irrenunciabilidade está compreendida na indisponibilidade, por isso ele também é irrenunciável devido à impossibilidade de serem eliminados pela vontade de seu titular.

Por serem intransmissíveis, não deve competir ao médico decidir sobre a melhor rotina terapêutica nos momentos que antecedem, acompanham e sucedem o parto – a menos que esses se enquadrem nos casos autorizados por lei; e por serem irrenunciáveis, não compete a qualquer dos agentes envolvidos na mecânica do parto agir sem prévio expresso consentimento da pessoa gestante. Algumas das violações ocorridas na maternidade decorrem do desrespeito a esses princípios, que deveriam, de modo diverso, ser norteadores do cuidado em saúde.

A indisponibilidade do corpo também é afetada com a ofensa à subjetividade e à vontade das parturientes. Por diversas vezes, a Violência Obstétrica se inicia com o desrespeito verbal, assim como mostra o Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor” (2012), elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, que traz, logo na epígrafe do documento, a reprodução de frases relatadas por mulheres que contribuíram para o estudo:

“Na hora que você estava fazendo, você não *tava* gritando desse jeito, né?”
“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”
“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”
“Na hora de fazer, você gostou, né?”
“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”
(PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.3).

Frases como essas demonstram uma das muitas vertentes da violência invisibilizada: aquela que tem como instrumento perfurante o desrespeito máximo à integridade psíquica da parturiente. O próprio nome escolhido para o Dossiê demonstra a necessidade de se “compreender” – de uma vez por todas – que o parto envolve uma das piores dores que um ser humano pode suportar e, ao mesmo tempo, um dos sentimentos de maior realização, sem que isso seja algo contraditório. E por isso esse momento deve ser respeitado, de acordo com a individualidade, sem que haja uma tentativa de molde, enquadramento ou comparação entre as parturientes.

Romantizar o parto violento significa idealizar algo que é, por si só degradante e agressivo à fisiologia corporal e à imaterialidade emocional. Por isso, o sentido de que “os fins justificam os meios” nunca ser aplicado ao parto. Isso porque ouvir frases degradantes, muitas vezes acompanhadas de procedimentos que violam também o corpo, pode trazer grandes traumas. O direito à disposição e à integridade do próprio corpo também inclui a opção por um ambiente saudável na hora de “parir”, na tentativa de reduzir eventos degradantes.

De acordo com a Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2003), a

[...] apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na vida das mulheres.

Das frases que expressam o desrespeito à escolha da parturiente à manobra de Kristeller,¹⁶⁸ por exemplo, há um caminho completo de preparação para o parto, que deve ser respeitado “apesar de” e “em todas as circunstâncias em que”, por se tratar da vida de um indivíduo que vai “parir” outra vida. Essa é a verdadeira romantização que deveria ocorrer nesses ambientes: a interpretação de que cada pessoa é única e de que cada parto é um parto, de modo a evitar casos como o narrado a seguir, assunto de processo de responsabilização por violência obstétrica, em que

A autora, à época gestante, narra que, em 29/8/2014, dirigiu-se ao Hospital Regional da Ceilândia, com dores intensas, porém foi orientada a retornar para casa. Com fortes dores e sangramentos, retornou ao hospital no mesmo dia e foi encaminhada para realização de parto.

Alega que após inúmeras e infrutíferas tentativas de parto normal, solicitou à equipe médica que realizasse cirurgia cesárea. Não obstante, a equipe médica deu prosseguimento ao parto normal, amarrou a autora com lençóis e realizou a manobra de Kristeller, forçando de forma veemente a saída da criança. Frustradas as tentativas de parto normal, decidiu-se, por fim, pela realização de cirurgia cesárea.

Ato contínuo, constatou-se, tão logo a criança nasceu, quadro de asfixia perinatal e insuficiência respiratória, tendo o neonato sofrido parada cardiorrespiratória logo na primeira hora de vida. Levado diretamente à UTI neonatal, permaneceu internado e em recuperação pelas semanas seguintes, após o que foi liberado e obteve alta, sem quaisquer indicações de dano ou lesões aparentes.

Contudo, pouco mais de um ano após o parto, a autora notou dificuldades em relação às funções motoras da criança e ao desenvolvimento cognitivo, momento no qual constatou-se a ocorrência de danos e sequelas sofridas pelo autor em razão do serviço médico prestado.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS, 2ª VARA DE FAZENDA PÚBLICA, PROCESSO Nº 0700310-75.2019.8.07.0018. SENTENÇA EM 21 de janeiro de 2020).

O caso narrado demonstra as consequências da violência obstétrica não só para a parturiente, como também para a criança que, dependendo do caso, desenvolve danos

¹⁶⁸ A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Foi descrita pelo médico alemão Samuel Kristeller em 1867. Não existem quaisquer evidências de que pressão sobre o fundo uterino no período expulsivo tenha qualquer benefício para o feto ou para a mãe. Apesar disso, é realizada em cerca de 1/3 das mulheres brasileiras (LEAL et al, 2014).

irrecuperáveis graças à demora ou à falha nos procedimentos de parto. As sequelas, que provavelmente irão acompanhá-las ao longo de suas vidas, ensejaram a propositura de uma ação contra o prestador de serviços de saúde, o estado, que foi condenado a indenizá-las pelos danos e a promover uma pensão vitalícia à menor, pelo comprovado sofrimento ao nascer e sua consequente incapacidade permanente.

A complexidade que envolve a propositura dessas ações, com a solicitação dos prontuários, ultrassonografias, produção de prova e laudo pericial, torna ainda maior o sofrimento dessas pessoas, que já foram vítimas da Violência Obstétrica. Ainda assim, existem muitas outras possíveis vítimas que sequer têm consciência de que passaram por situações degradantes, por entenderem que determinados procedimentos são inerentes ao parto.

Resta, portanto, nas unidades de atendimento à pessoa parturiente, a prática costumeira de celeridade em primeiro lugar: se não tem espaço, que se corte; se não tem tempo, que se acelere com ocitocina sintética; se não vai ocorrer agora, que se espere sem alimentos e/ou líquidos (já que o enema não pode ser prejudicado); e se há reclamação, lembre-se de que “na hora de fazer, não doeu”. Deixando para segundo plano a individualidade, a dor, a vontade e a autonomia, direitos irrenunciáveis e intrínsecos à parturiente. Isso porque a violação envolve

a utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, o que inclui a negligência, a discriminação social, a violência verbal, a violência física, a medicalização e a utilização de procedimentos inadequados e/ou desnecessários na assistência ao parto, incluindo também os momentos pré e pós-parto. (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 453).

Políticas assistenciais como a humanização do parto e a inclusão de doulas que atuem na obstetrícia têm sido medidas comuns para evitar determinados abusos provenientes dos atendentes, mas ainda não constituem soluções tão abrangentes a ponto de erradicarem o problema. Deve-se existir normas de controle e prevenção da Violência Obstétrica, que atribuam as consequências jurídicas de acordo com o grau de violação proferida contra uma parturiente.

Os corpos das pessoas grávidas e parturientes não estão disponíveis, suas vontades, menos ainda. A existência de outro ser dentro de uma pessoa não inviabiliza sua identidade ou seus direitos e, por isso, o caráter existencial desses momentos suscetíveis à expertise médica não pode nem deve ser substituído por procedimentos de aceleração do parto. Cada corpo é único, cada vontade, também.

5 CONCLUSÃO

A Violência Obstétrica é uma triste realidade capaz de influenciar na escolha e no planejamento dos partos, o que faz com que a gestante e parturiente tenha outro medo além das dores que enfrentará para “parir”: o risco de ter seu corpo violado e de ver, inerte, sua vontade relativizada em prol de rotinas mais céleres na mecânica do parto. Os casos de violação certamente aumentariam, se não fosse a intervenção do Ministério Público Federal contra os termos da Resolução nº 2.232/2019, tornando necessária essa discussão ainda hoje, mesmo após sua impugnação por meio de decisão judicial.

Normalizar a vedação à recusa terapêutica constitui, claramente, um desrespeito aos direitos fundamentais expressos na Constituição Federal de 1988. E, por isso, não cabe ao Conselho, como autarquia que legisla disposições internas, propor normas que afetem os direitos dos indivíduos em contextos cuja abrangência é impossível mensurar na lei, tais como seu direito a abrir mão de determinadas rotinas costumeiramente aplicadas no parto e de proceder com seu Plano Individual de Parto, anexado previamente ao prontuário.

O surgimento de dispositivos como essa Resolução demonstra uma preocupação quanto à validade das preferências médicas em detrimento dos direitos fundamentais da gestante. E, somando-se ao fato de que a mesma autarquia responsável pela elaboração do documento se posicionou contra a veiculação e reconhecimento da expressão “Violência Obstétrica” dentro das unidades de atendimento, assusta que estejamos diante de tantas políticas de desvalorização do gênero e da qualidade de gestante.

A insistência por procedimentos já reconhecidos como agressivos e desnecessários para o parto torna a insegurança ainda maior, pois, independentemente de instituições pública ou privadas, é preciso priorizar na mecânica do parto os limites de quem irá suportar suas dores. Assegurando, assim, na medida do possível, um atendimento que corresponda aos planos da parturiente para que essa seja uma experiência menos traumática possível. É dever não só do Estado, através da criação e da ampliação de políticas, mas também de cada profissional que irá influenciar de alguma maneira no ciclo que se inicia com uma internação e se conclui com duas altas.

REFERÊNCIAS

BLOG DESPERTAR DO PARTO. **O Que é Plano de Parto?** Disponível em: <<https://www.despertardoparto.com.br/o-que-e-plano-de-parto.html>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Justiça Federal do Estado de São Paulo. **Ação Civil Pública nº 5021263-50.2019.4.03.6100**. 8ª Vara Cível Federal de São Paulo. Autor: Ministério Público Federal PR/SP, Réu: Conselho Federal de Medicina. Processo Judicial Eletrônico - TRF3 - 1º Grau. Disponível em: <<https://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2019/2019-12-17parto.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019**. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

CARPALLO, Silvia C. O ‘ponto para o marido’ não é só um mito do parto. **El País**. 22 set. 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/22/estilo/1537652058_103212.html>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: Violência de Gênero e Interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 28, n. 1. DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n160361. Mar. 09, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ref/v28n1/1806-9584-ref-28-01-e60361.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e outras providências**. Brasília [DF], 1986. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 10 jul. 2020.

_____. **Resolução COFEN Nº 564/2017**.
Estabelece o Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília [DF], 2017.
Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **CFM Nº 2.217/2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF, 27 de setembro de 2018. Disponível em:
<<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>>. Acesso: em 10 jul. 2020.

_____. **Resolução CFM Nº 2.232/2019**.
Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, DF, 17 de julho de 2019. Disponível em:
<<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

LEAL et al. **Deixar de fazer manobra de Kristeller: por que e como?**. FIOCRUZ: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2014. Disponível em:
<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>> . Acesso em: 10 jul. 2020.

MELO, Gabriela Silva Guilhen; OBREGON, Marcelo Fernando Quiroga. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo nas práticas de *body modification* e a dignidade humana da Declaração Universal da ONU. **Derecho y Cambio Social**, 01 de janeiro de 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.55.17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. **Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça**: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste. *Panóptica*, v. 11, n. 2, p. 430-470, jul. 2016.

OLIVEIRA, Aline A. S. de. O caso Alyne Pimentel e o Direito à Saúde no Brasil. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/03/o-caso-alyne-pimentel-e-o-direito-a-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Suíça, 2014.

Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=C49D2B650CF14F6CBFB75244721125D6?sequence=3>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PARTO DO PRINCÍPIO. Dossiê da Violência Obstétrica. In: **Violência Obstétrica: parirás com dor.** Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível

em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.** 18 ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

PORTAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica.** Brasília, DF, 2019. Disponível em:

<<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-ms-em-decisao-sobre-o-termo-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

RAMOS, Raphaela. Racismo obstétrico: violência na gestação, parto e puerpério atinge mulheres negras de forma particular. **Portal Geledés**, 15 de julho de 2020. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/racismo-obstetrico-violencia-na-gestacao-parto-e-puerperio-atinge-mulheres-negras-de-forma-particular/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO [Estado]. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPGE-RJ).

Cartilha Gestação, Parto e Puerpério: conheça seus direitos. Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

<<http://www.defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/1e6176359aae47788dc72f14f65a4a56.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SÃO PAULO [Estado]. Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPGE-SP). **A violência obstétrica existe.** São Paulo, 2013. Disponível em:

<<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SENADO NOTÍCIAS. **Entenda o caso Alyne**. Redação, 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil**. 9 ed. São Paulo: Editora Método, 2019.