

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
FACULDADE DE DIREITO  
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO**

**MONIZZE LOTFI COELHO**

**DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE: NECESSIDADE DE  
NORMATIZAÇÃO INTERNACIONAL ESPECÍFICA?**

**SANTOS/SP**

**2023**

[Dados Internacionais de Catalogação]  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

C672d Coelho, Monizze Lotfi  
Direitos Humanos da Paciente Gestante: Necessidade  
de normatização internacional específica? / Monizze  
Lotfi Coelho ; orientadora Gabriela Soldano Garcez.  
-- 2023.  
115 p. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de  
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em  
Direito, 2023

Inclui bibliografia

1. Direitos humanos. 2. Gestante. 3. Organizações  
internacionais. 4. Violação. I. Garcez, Gabriela Soldano.  
II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 340(043.3)

**MONIZZE LOTFI**

**DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE: NECESSIDADE DE  
NORMATIZAÇÃO INTERNACIONAL ESPECÍFICA?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação strictu sensu em Direito da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Direito Internacional dos Direitos Humanos. Orientadora: Gabriela Soldano Garcez

**SANTOS/SP**

**2023**

**MONIZZE LOTFI**

**DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE: NECESSIDADE DE  
NORMATIZAÇÃO INTERNACIONAL ESPECÍFICA?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *strictu sensu* em Direito da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Direito Internacional dos Direitos Humanos. Orientadora: Gabriela Soldano Garcez.

Santos, 10 de agosto de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gabriela Soldano Garcez

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angela Limongi Alvarenga Alves

Prof. Dr.<sup>a</sup> Adriana Machado da Silva

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que morreram e/ou perderam seus filhos em razão da prática de violência obstétrica.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida; à Lélia Rodrigues Xavier Lotfi, minha mãe, pela pessoa maravilhosa que é e por sempre estar ao meu lado, nos melhores e piores momentos; ao meu filho Daniel Lotfi Alves Coelho, que me acompanhou desde a gestação na elaboração do presente trabalho, sendo assim, a minha inspiração; ao meu irmão Kleber Lotfi e sua esposa Renata Soares Bonavides, pelo carinho e por me incentivarem a ingressar no curso de Mestrado; e, por fim, à minha orientadora Professora Doutora Gabriela Soldano Garcez, pelos preciosos ensinamentos e orientação dispensados.

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo refletir sobre os direitos humanos da gestante e verificar se tais direitos, no âmbito internacional, prescindem ou não regulamentação específica. Para tanto, busca-se contextualizar os direitos da paciente gestante; averiguar quais os principais instrumentos de Direito Internacional que tutelam os direitos da gestante; destacar os principais organismos internacionais de defesa da mulher, que buscam assegurar o cumprimento das normas consagradas em documentos de Direito Internacional; e, ainda, apontar e ressaltar a importância de se resguardar os direitos da paciente gestante, inclusive na saúde pública à luz dos direitos humanos. Metodologicamente a pesquisa classifica-se como dedutiva, descritiva e bibliográfica. Dada a importância de organismos internacionais, como o Comitê CEDAW, é importante averiguar o posicionamento do Sistema Interamericano em casos como o de Alyne Pimentel e Cristina Brítez Arce. Constata-se que os direitos humanos, enquanto inerentes a toda pessoa humana, não pode ser negado à paciente gestante. Em que pese inexistir diplomas legais específicos, no âmbito do Direito Internacional, a tratar dos direitos humanos do referido público, é possível encontrar nas normativas gerais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção Interamericana de Direitos, respaldo para tutelar direitos humanos da paciente gestante, como a vida, a saúde, a integridade física, dentre outros. Mesmo assim, o que se percebe são casos de violação, principalmente através de práticas que configuram a violência obstétrica. Nesses casos organismos internacionais, como o Comitê CEDAW e a Corte Interamericana de Direitos Humanos já reconheceu tratar-se de uma forma de violência de gênero e conseqüente violação a direitos humanos consagrados expressamente em várias normativas, dentre elas a Convenção CEDAW. Resta claro, portanto, que as práticas de violência obstétrica e também o não acesso à saúde ou o acesso inadequado comprometem o direito à vida e à saúde da gestante, dentre outros, sendo clara violação aos direitos humanos, clamando dos Estados medidas urgentes para o seu enfrentamento, pois à gestante devem ser assegurados meios para que a gestação, o parto e o puerpério se deem de forma tranquila e saudável, com a proteção à integridade física e psíquica.

**Palavras-chave:** Gestante. Direitos Humanos. Violação. Organismos Internacionais.

## ABSTRACT

This study aims to reflect on the human rights of pregnant women and to verify whether these rights, in the international sphere, require specific regulation. To do so, it seeks to contextualize the rights of the pregnant patient; investigate the main instruments of International Law that protect the rights of pregnant women; highlight the main international organizations for the defense of women, which seek to ensure compliance with the standards enshrined in documents of International Law; and also point out and emphasize the importance of protecting the rights of pregnant patients, including public health in the light of human rights. Methodologically, the research is classified as deductive, descriptive, and bibliographic. Given the importance of international organizations, such as the CEDAW Committee, it is important to investigate the position of the Inter-American System in cases such as that of Alyne Pimentel and Cristina Brítez Arce. It can be seen that human rights, as inherent to every human person, cannot be denied to pregnant patients. Although there are no specific legal diplomas, in the scope of International Law, dealing with the human rights of this public, it is possible to find in general norms, such as the Universal Declaration of Human Rights and the Inter-American Convention on Human Rights, support to protect the human rights of the pregnant patient, such as life, health, physical integrity, among others. Even so, what we see are cases of violation, mainly through practices that constitute obstetric violence. In these cases, international organizations such as the CEDAW Committee and the Inter-American Court of Human Rights have already recognized that it is a form of gender violence and consequent violation of human rights expressly enshrined in various regulations, including the CEDAW Convention. It is clear, therefore, that the practices of obstetric violence and also the non-access to health care or inadequate access to health care compromise the right to life and health of pregnant women, among others, being a clear violation of human rights, calling on States to take urgent measures to address this issue, because the pregnant woman should be ensured the means for pregnancy, childbirth and the puerperium to take place in a peaceful and healthy way, with the protection of physical and psychological integrity.

**Keywords:** Pregnant woman. Human Rights. Violation. International Organizations.

## LISTA DE SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
AGONU	Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres
CFRB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CIPD	Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
Corte IDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MTE	Ministério do Trabalho
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU Mulheres	Organização das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OUA	Organização da Unidade Africana
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PqM	Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia legal e Nordeste

RC	Rede Cegonha
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SdN	Sociedade ou Liga das Nações
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>DOS DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE.....</b>	<b>14</b>
1.1	CONTEXTO HISTÓRICO.....	14
1.2	DIREITOS DA GESTANTE EM ESPÉCIE.....	25
1.2.1	Direito à Vida.....	25
1.2.2	O Direito ao Atendimento Preferencial à Paciente Gestante .....	28
1.2.3	Direito à Segurança das Pacientes.....	28
1.2.4	Direito a Não Ser Submetida a Tortura ou a Tratamento Cruel ou Degradante .....	29
1.2.5	Direito ao Respeito pela Vida Privada e a Não Discriminação .....	30
1.2.6	Direito à Informação .....	31
1.2.6.1	Do prontuário médico e do partograma/ plano de parto .....	32
1.2.7	Direito à Saúde.....	34
<b>2</b>	<b>ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE .....</b>	<b>36</b>
2.1	INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS.....	36
2.1.1	Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW 1979).....	36
2.1.2	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra à Mulher (Convenção de Belém do Pará – 1994).....	38
2.1.3	Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (Conferência de Cairo).....	40
2.1.4	Conferência Mundial Sobre a Mulher (Conferência de Pequim).....	43
2.2	ORGANISMOS INTERNACIONAIS E A TUTELA DA PACIENTE GESTANTE .....	43
2.2.1	ONU Mulheres.....	45
2.2.2	OMS .....	46
2.2.3	Comitê CEDAW.....	53
<b>3</b>	<b>DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE NO DIREITO INTERNO E NO DIREITO COMPARADO .....</b>	<b>57</b>
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO NO BRASIL.....	57
3.2	O SUS .....	59

3.2.1	Do Parto Humanizado .....	65
3.3	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO .....	70
3.3.1	Conceito de Violência Obstétrica e as Conquistas Legislativas .....	73
3.3.2	Violência Obstétrica em Suas Mais Diversas Manifestações .....	78
3.3.3	Proposições Legislativas .....	81
3.4	O ENTENDIMENTO DOS TRIBUNAIS PÁTRIOS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO .....	82
3.5	OS CASOS ALYNE PIMENTEL E BRITEZ ARCE COMO MANIFESTAÇÕES DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA PACIENTE GESTANTE.....	93
3.6	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DIREITO COMPARADO .....	97
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>102</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>

## INTRODUÇÃO

A vida humana é o bem jurídico tutelado mais importante, sendo a dignidade da pessoa humana o vetor de todos os direitos e garantias individuais. Sua proteção é compreendida desde a concepção (fertilização), de modo que à paciente gestante deve ser conferido tratamento médico prioritário e especial, como meio de assegurar o direito à vida.

Durante a gestação a mulher enfrenta mudanças significativas em seu corpo, tanto físicas como emocionais, transportando-a para uma situação de vulnerabilidade. Daí a importância de se assegurar atendimento prioritário, de qualidade, resguardando a sua integridade física e psíquica.

Não bastasse isso, a saúde é um direito social fundamental, consagrado no art. 6º do texto constitucional, ao lado de outros direitos prestacionais. Por conseguinte, é dever do Estado zelar pelo acesso à saúde, o que ganha ainda mais relevo em se tratando da gestante.

Nessa condição, a saúde da paciente gestante demanda uma atenção especial do Poder Público, pois a falta de um pré-natal adequado pode prejudicar não apenas a saúde da mulher, mas também o regular desenvolvimento do feto. E o mesmo tratamento especial deve ser conferido à mulher durante o trabalho de parto, por ser o meio de manutenção da vida humana, bem como no puerpério, já que o nascituro depende exclusivamente dos cuidados maternos durante os primeiros meses de vida.

Nesse contexto, nos termos do art. 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), os direitos humanos da paciente gestante compreendem a garantia de assistência médica apropriada à mulher em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto.

Outrossim, é preciso também atentar para a necessidade de atendimento adequado e de qualidade. Logo, além de um atendimento médico adequado, os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia da gestante no que se refere aos procedimentos que deseja adotar durante a gestação, no parto e pós-parto. Devem zelar pelo bem-estar da mulher em sua integralidade.

Contudo, a ordem jurídica interna de vários países, inclusive dos signatários da CEDAW, não confere prioridade a essa categoria de direitos, omissão que resulta na prestação de um atendimento médico inadequado à paciente gestante, seja durante

o pré-natal, seja no atendimento emergencial do parto, e acaba por contribuir para a ocorrência de violência obstétrica e aumento da taxa de mortalidade materna.

Apenas para exemplificar, ainda em 2011, o Comitê CEDAW responsabilizou o Brasil pela morte de Alyne da Silva Pimentel Pacheco, de 28 anos, por não prestar a ela a devida assistência médica. A jovem ficou aguardando por várias horas no corredor de uma instituição de saúde, 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.

A situação acima exposta é apenas um exemplo das inúmeras violações aos direitos da mulher gestante, e que reforçam a necessidade de criar normas específicas para resguardar e assegurar o bem-estar físico e psíquico da mulher gestante, sob pena de clara violação aos direitos humanos.

É nesse contexto que se situa o presente estudo, que tem por objetivo geral analisar se as normas internacionais de direitos humanos existentes são suficientes para proteção da paciente gestante. E, como objetivos específicos, busca-se contextualizar, a partir de uma análise histórico-evolutiva, os direitos humanos da gestante; averiguar quais os principais instrumentos de Direito Internacional que tutelam os direitos da mulher e que, reflexamente, alcançam a mulher gestante; destacar os principais organismos internacionais de defesa da mulher, que buscam assegurar o cumprimento das normas consagradas em documentos de Direito Internacional; verificar como a violência obstétrica é tratada no ordenamento jurídico brasileiro e no direito comparado; e apontar a importância da saúde pública e o problema da violência obstétrica como violação aos direitos da paciente gestante.

Para alcançar os objetivos, a presente pesquisa aborda, por meio do método dedutivo, realizado através de referencial bibliográfico, os direitos humanos da paciente gestante positivados na ordem jurídica internacional, o modo de atuação das organizações internacionais que lutam pela implementação de tais direitos e, quando violados, como requerer a responsabilização internacional de um Estado-nação, com o objetivo de verificar se este grupo vulnerável está devidamente amparado pelo direito internacional.

No que diz respeito ao método de procedimento, a pesquisa é de natureza descritiva, não aplicada, pois se valendo de estudos preexistentes e documentos como leis e convenções internacionais, averigua a questão dos direitos humanos da paciente gestante. Assim, em relação ao Estado brasileiro, a pesquisa analisa se a

legislação está em sintonia com as normas internacionais e se foram adotadas as medidas recomendadas pelo Comitê CEDAW, em razão da morte de Alyne Pacheco.

Sem a pretensão de esgotar o tema, faz-se necessário também averiguar a violência obstétrica no direito brasileiro e em outros países, para demonstrar que, embora a prática em comento seja uma grave violação dos direitos humanos da gestante, ainda recebe dos Estados pouca atenção, ficando a cargo dos Tribunais a responsabilização dos envolvidos.

Assim, divide-se o estudo em três capítulos. No primeiro, busca-se contextualizar os direitos humanos da paciente gestante do ponto de vista histórico-evolutivo, momento em que também se averigua a violação dos direitos humanos da gestante, apontando as principais.

No segundo capítulo, por sua vez, abordam-se os instrumentos normativos de Direito Internacional e as organizações internacionais que atuam na defesa da gestante, a exemplo das Convenções Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência e da ONU Mulheres.

Por fim, no terceiro capítulo, averigua-se a tutela dos direitos humanos da paciente no âmbito nacional, quando se apontam questões como as conquistas legislativas, o entendimento dos tribunais pátrios, o papel do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outras, bem como a violência obstétrica no direito comparado, partindo da premissa de que embora essa prática não seja a única forma de violação aos direitos humanos da gestante, é talvez a mais grave.

## 1 DOS DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE

Os direitos humanos da gestante não se encontram elencados em um único diploma de Direito Internacional, nem mesmo nas normativas internas. Clama, portanto, para a sua melhor compreensão, uma análise histórico-evolutiva, refletindo sobre a consolidação dos direitos humanos, dos direitos humanos da mulher, bem como situações em que os direitos humanos da paciente gestante são violados, ainda que de forma explicativa.

Outrossim, não se ignora que a violência obstétrica é um assunto recorrente na sociedade, sendo comumente objeto de discussão na doutrina, na jurisprudência e na seara legislativa. É, talvez, a forma mais grave de violação dos direitos humanos da paciente gestante e, por isso, merece especial atenção ao se tratar da violação aos direitos humanos desse grupo. Contudo, para compreender o problema, é preciso contextualizar os direitos humanos da paciente gestante, objeto deste primeiro capítulo.

### 1.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Direitos humanos são instrumentos de proteção da liberdade e da personalidade de todo indivíduo. Baseiam-se em valores como dignidade, justiça, igualdade, respeito e independência e, apesar de parecerem abstratos, são definidos e protegidos por leis nacionais e internacionais. Trata-se, essencialmente de um direito de proteção voltado à salvaguarda dos direitos dos seres humanos e não dos Estados.

Fernandes<sup>1</sup> chama a atenção para o fato de que há uma diferenciação sutil, porém importantíssima, para a compreensão do tema. Trata-se da distinção entre as expressões “direitos do homem”, “direitos humanos” e “direitos fundamentais”. E acrescenta:

[...] a leitura mais recorrente e atual sobre o tema, é aquela que afirma que os “direitos fundamentais” e os “direitos humanos” se separariam apenas pelo plano de sua positivação, sendo, portanto, normas jurídicas exigíveis, os primeiros no plano interno do Estado, e os segundos no plano do Direito Internacional, e, por isso, positivados nos instrumentos de normatividade

---

<sup>1</sup> FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 6 ed. Salvador: JusPodivm, 2014. p. 307.

internacionais (como os Tratados e Convenções Internacionais, por exemplo).<sup>2</sup>

De acordo com Robert Alexy,<sup>3</sup> todas as disciplinas relacionadas às ciências humanas, a partir de sua perspectiva e com seus próprios métodos, poderiam contribuir com a discussão acerca dos direitos humanos. Para o autor, é possível, por exemplo, formular teorias históricas, filosóficas, sociológicas, entre outras.

A análise aqui desenvolvida busca traçar uma breve evolução histórica dos direitos humanos e ressaltar que os valores éticos e sociais que engendram o surgimento desses direitos são dinâmicos e acompanham a evolução social ao longo da história.

Como já dito, os direitos humanos remetem à noção de direitos do homem, à ideia de justiça, de liberdade, de igualdade, de solidariedade, de dignidade da pessoa humana e sempre esteve presente em todas as sociedades humanas. É possível verificar seus traços no Código de Hamurabi, imposto por volta do ano de 1800 a.C., na Mesopotâmia; nos grandes códigos morais da humanidade, ligados às religiões; na Magna Carta de João Sem-Terra, de 1215.<sup>4</sup>

No entanto, tais valores não eram positivados pelos ordenamentos jurídicos, de modo que não havia por parte das autoridades constituídas um reconhecimento formal de que tais valores representavam verdadeiros direitos, capazes de serem invocados perante um órgão imparcial e independente, mesmo contra a vontade do soberano.

Nesse contexto, pode-se dizer tranquilamente que não havia direitos humanos na Antiguidade, nem na Idade Média, nem durante o Absolutismo, pois a noção de Estado de Direito ainda não estava consolidada. Não era possível, naqueles períodos, exigir do governante o cumprimento das normas que ele mesmo editava. Somente há sentido em falar em direitos humanos quando se admite a possibilidade de limitação jurídica do poder político.

Segundo Marmelstein,<sup>5</sup> o desenvolvimento da ideia de direitos humanos apenas ocorreu por volta do século XVIII, a partir do surgimento do Estado Democrático de Direito, resultante das revoluções liberais ou burguesas. Os direitos humanos nascem como normas jurídicas limitadoras ao Estado absoluto

---

<sup>2</sup> FERNANDES, 2014, p. 307.

<sup>3</sup> ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2015. p. 31.

<sup>4</sup> MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2018. p. 33.

<sup>5</sup> Ibid., p. 39-40.

simultaneamente à criação de mecanismos jurídicos de participação popular na tomada das decisões políticas.

Portanto, o “fenômeno teve início no século XVIII e, desde então, praticamente todas as Constituições modernas passaram a reservar um capítulo específico para positivizar os direitos do homem, chamando-os literalmente de direitos fundamentais.”<sup>6</sup> Em suma, quando os direitos humanos são internalizados, passam a constar dos textos constitucionais, são denominados de direitos fundamentais.

Na concepção de Sampaio,<sup>7</sup> o sistema de direitos humanos foi constituído a partir de três grandes matrizes: a liberdade religiosa, as garantias processuais e o direito de propriedade, especialmente nos modelos de desenvolvimento da Inglaterra, Estados Unidos e França. Para este autor, “os direitos não surgiram todos ao mesmo tempo, nem foram resultado de um *big bang* jurídico que esteja a impedir a vista de alcançar o que havia antes da grande explosão”.<sup>8</sup> Neste aspecto, seu pensamento coincide com o de Marmelstein,<sup>9</sup> pois para ambos não há um “marco zero” da criação dos direitos humanos, mas, sim, uma sucessão de eventos longínquos.

Em relação à matriz da liberdade religiosa, seu processo de afirmação teve especial evidência no período Medieval documentado pela Carta do Convênio entre o Rei Afonso I de Aragon e os Mouros de Tudela em 1119, assegurando a liberdade de trânsito destes, bem como o respeito aos seus costumes religiosos. Um século depois, a Magna Carta visava garantir a liberdade da Igreja na Inglaterra que, dentre outros direitos, destaca-se o de realizar livremente as eleições eclesiásticas.<sup>10</sup>

Outro marco religioso importante foi a Reforma Protestante. Com ela houve a ruptura da intermediação entre os homens e Deus, antes exclusividade da Igreja. Com isto, a liberdade foi transferida para a esfera íntima da pessoa e a tolerância passa – após várias batalhas até se firmar definitivamente – a ser respeitada e protegida pelo Estado. Para autores como Jellinek e Monahan, o primeiro dos direitos humanos foi a assinatura, pelo rei Henrique IV, em 1598, do Édito de Nantes, tolerando oficialmente o culto protestante na França.<sup>11</sup>

---

<sup>6</sup> MARMELSTEIN, 2018, p. 40.

<sup>7</sup> SAMPAIO, José Adércio Leite. **Direitos fundamentais: retórica e historicidade**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. p. 142.

<sup>8</sup> Ibid., p. 142.

<sup>9</sup> MARMELSTEIN, op. cit., p. 37 e s.

<sup>10</sup> SAMPAIO, op. cit., p. 143.

<sup>11</sup> SAMPAIO, loc. cit.

A consequência primordial em relação à emancipação dos direitos humanos é o surgimento de um novo valor absoluto: a liberdade do homem em sua esfera privada. A exigência de tolerância religiosa “terá projeção em todos os aspectos da vida privada e em sociedade, mediante seu desdobramento na liberdade de consciência, de opinião, de manifestação do pensamento, de ir e vir, e de contratar”.<sup>12</sup>

Quanto à matriz do garantismo processual (intitulado nos Estados Unidos de *due process of law*) e, de acordo com Sampaio,<sup>13</sup> “o sistema de direitos humanos se desenvolveu com a gradual racionalização das penas e com a criação de instrumentos processuais que restringiam a arbitrariedade dos governantes e dos agentes públicos em geral.” Houve uma lenta humanização das penas em substituição à vindita privada, à tortura e aos tratamentos degradantes. O autor ressalta, também, o *habeas corpus*, direito fundamental clássico para a proteção contra a detenção e persecução penal arbitrárias.

Por fim, Sampaio<sup>14</sup> desenvolve a tese sobre a matriz do direito de propriedade. Segundo o autor, durante a Idade Média surgiram instrumentos legais que visavam tutelar a propriedade contra a expropriação ou destruição arbitrárias. Naquele momento histórico, a supremacia do ter sobre o ser ainda dominava as relações, legitimando Decretos como os da Cúria de Leon de 1188, os quais permitiam que o corpo do devedor fosse entregue ao reclamante quando aquele não tinha como pagar sua dívida.

Não é incomum que os propósitos determinantes dos grandes acontecimentos históricos se baseiem em vantagens econômicas e não na necessidade de aumento do bem-estar social ou na busca de justiça. Tem-se, como exemplo, o processo revolucionário norte-americano, no qual a independência e constitucionalização do país foi conduzida por grandes proprietários e comerciantes em defesa de seus interesses e de suas propriedades. Por essa razão, alguns críticos do pensamento liberal dão ênfase ao direito de propriedade como centro de todo o sistema de direitos humanos surgido desde então.<sup>15</sup>

Em suma, apesar de não haver um consenso entre os historiadores do direito sobre a questão, parece ponto pacífico que os direitos humanos surgiram para

---

<sup>12</sup> SAMPAIO, 2004, p. 144.

<sup>13</sup> Ibid., p. 145.

<sup>14</sup> Ibid., p. 116.

<sup>15</sup> MARMELSTEIN, 2018, p. 40-42.

restringir a atuação do Estado, exigindo deste um comportamento omissivo em favor da liberdade do indivíduo, limitando os abusos de poder do próprio Estado e de suas autoridades constituídas. Entretanto, os direitos humanos, tal como compreendidos hoje, surgiram como uma reação ao holocausto e às demais barbáries perpetradas durante a Segunda Guerra, sendo que a Declaração Universal de 1948 é a “fonte de inspiração e um ponto de irradiação e convergência dos instrumentos sobre os direitos humanos nos planos tanto global quanto regional”.<sup>16</sup>

Os direitos em comento não são imutáveis, tampouco eternos. Na verdade, os valores que embasam os direitos humanos são extremamente dinâmicos, ora dando saltos evolutivos, ora sofrendo retrocessos. O jurista tcheco Karel Vasak formulou uma teoria, inspirado pelo lema da Revolução Francesa – liberdade, igualdade e fraternidade – conhecida como “teoria das gerações dos direitos”. Sua teoria buscou, metaforicamente, demonstrar a evolução dos direitos humanos e tem sido repetida por juristas do mundo todo.<sup>17</sup>

Esta classificação geracional é útil por trazer um resumo da história dos direitos, porém não deve ser tomada de forma compartimentalizada. Por isso, alguns autores preferem o termo “dimensão” o invés de “geração”, pois o termo geração denota a ideia de sucessão quando, em verdade, há uma mescla de tempo de surgimento com a estrutura-função dos direitos humanos.<sup>18</sup>

Bonavides,<sup>19</sup> tradicional divulgador da classificação geracional dos direitos humanos, reconhece o uso equivocado de linguagem ao adotar o vocábulo “geração”, admitindo que o termo “dimensão” o “substitui, com vantagem lógica e qualitativa”.

Para Sarlet,<sup>20</sup> a teoria dimensional dos direitos humanos é mais apropriada em razão da natureza complementar de todos os direitos humanos, e, acima de tudo, por sua unidade e indivisibilidade no contexto do direito constitucional interno e na esfera do moderno Direito Internacional dos Direitos Humanos.

No período anterior às referidas revoluções, pesada carga tributária era imposta ao povo, enquanto a nobreza gozava de vários privilégios. Não havia direito ao voto,

---

<sup>16</sup> TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos**. 3 ed. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 2009. p. 07.

<sup>17</sup> MARMELSTEIN, 2018, p. 40.

<sup>18</sup> SAMPAIO, 2004, p. 310.

<sup>19</sup> BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 25. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2010. p. 571.

<sup>20</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 55.

o que impedia a sociedade de participar das tomadas de decisões. Tudo isso estimulou um sentimento de revolta popular. Soma-se a isto a Reforma Protestante que enfraqueceu consideravelmente a influência política da Igreja Católica, o Iluminismo ao fomentar a liberdade de expressão, a descoberta de novos mundos e o crescimento econômico da burguesia e tem-se o caldo necessário à eclosão das revoluções liberais. Essas revoluções impulsionaram significativa mudança na política mundial e o Estado absoluto cedeu lugar ao Estado democrático de direito.<sup>21</sup>

Esta primeira dimensão de direitos seria chamada de direitos de liberdade, inaugurando o constitucionalismo do Ocidente. O titular desses direitos passa a ser o indivíduo enquanto o Estado tem o dever de abstenção o que demonstra sua natureza negativa, isolando juridicamente a sociedade do Estado.<sup>22</sup>

A segunda dimensão seria a dos direitos econômicos, sociais e culturais, baseados na igualdade, impostos ao Estado. Esses direitos resultaram da superação do individualismo extremo decorrente da industrialização. O cenário apresentado no século XIX era, de um lado, o de um grande crescimento econômico e prosperidade para uma parcela pequena da população e, de outro, a maioria das pessoas passando fome. A *Belle Époque* era uma afronta a essa maioria desvalida dos direitos mais básicos. Os que tinham a “sorte” de estarem empregados trabalhavam em condições deploráveis. Não havia limitação para jornada de trabalho, salário-mínimo, descanso regular ou férias. Crianças eram submetidas a trabalho escravo.<sup>23</sup> Nesse cenário, não se buscava a intervenção do Estado, mas sim a efetivação dos direitos.

Esse quadro lamentável gerou, naturalmente, grande insatisfação entre o contingente desfavorecido da população. As classes operárias passaram a se organizar em grupos fortemente politizados exigindo direitos que melhorassem suas condições de trabalho. Este movimento foi fomentado pelo Manifesto Comunista, conclamando trabalhadores de todo o mundo a tomarem o poder a fim de construir uma ditadura do proletariado. Culminou, também, com a Constituição alemã de Weimar, a qual consagrou os direitos sociais.<sup>24</sup>

De acordo com Marmelstein,<sup>25</sup> o Estado se viu forçado a modificar o modelo político-econômico que vinha sendo praticado. Assim, nasce o Estado do Bem-estar

---

<sup>21</sup> VICENTINO, Cláudio. **História geral**. 8 ed. São Paulo: Scipione, 1997. p. 235.

<sup>22</sup> FERNANDES, 2014, p. 311.

<sup>23</sup> MARMELESTEIN, 2018, p. 48.

<sup>24</sup> BONAVIDES, 2010, p. 564.

<sup>25</sup> MARMELESTEIN, op. cit., p. 49.

Social (*Welfare State*) no qual, “sem se afastar dos alicerces básicos do capitalismo (economia de mercado, livre-iniciativa e proteção da propriedade privada), compromete-se a promover maior igualdade social e a garantir as condições básicas para uma vida digna”.

Já no século XX, no contexto dos Estados Unidos da América, principal potência mundial após a Primeira Grande Guerra, houve, em 1929, a quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque, o que fez com que aquele país entrasse na maior crise da história do liberalismo econômico. A “Grande Depressão” provocou suicídios, desemprego e miséria a um país orgulhoso da sua liberdade de mercado, sem limites impostos pelo Estado. Roosevelt, então presidente, propôs um programa político conhecido como *New Deal*, baseado em maior intervenção do Estado na economia e no investimento público em políticas sociais. Subsídios de desemprego, doença e invalidez e o direito de aposentadoria, por exemplo, movimentaram a economia norte-americana com sucesso.<sup>26</sup>

Dando seguimento, são denominados direitos de terceira dimensão ou “direitos de fraternidade”, por exemplo, o direito à paz, o direito ao meio ambiente, o direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e o direito de comunicação. Esses direitos surgiram como resposta à dominação cultural e à exploração das nações em desenvolvimento pelas desenvolvidas.<sup>27</sup>

Para Bonavides,<sup>28</sup> os direitos de terceira dimensão não se destinam à proteção de indivíduos, grupos ou Estados, mas têm por destinatário o gênero humano como valor supremo. Emergem como fruto do sentimento de solidariedade mundial, que surgiu como reação aos abusos praticados durante o regime nazista, com o objetivo de proteção dos valores ligados à dignidade humana e a construção de um padrão ético global.

Como marco do nascimento dessa nova ordem mundial ressalta-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 a qual, comprometida com os direitos humanos, acabou incorporada em grande parte do direito internacional, bem como inspirou inúmeros outros tratados importantes como o Pacto de San Jose da Costa Rica e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966, subscritos, também, pelo Brasil, e, ainda, a Declaração Universal dos

---

<sup>26</sup> MARMELSTEIN, 2018, p. 50.

<sup>27</sup> SAMPAIO, 2004, p. 293.

<sup>28</sup> BONAVIDES, 2010, p. 569.

Direitos dos Povos de 1976 e a Carta Africana sobre Direitos do Homem e dos Povos de 1981.<sup>29</sup>

Porém, em se tratando das mulheres, a questão merece especial atenção, como bem lembra Costa:<sup>30</sup>

[...] é importante destacar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pelas Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, introduziu uma concepção ampla de direitos humanos ao considerar todas as pessoas titulares de direitos, independentemente de sua condição social, sexo, credo político ou religioso, raça / etnia. Ocorre que as mulheres foram excluídas do exercício de tais direitos, e permaneceram, por décadas, historicamente discriminadas, posto que se entendia a violência contra a mulher como um fenômeno inerente às relações entre mulheres e homens e não cabia ao Estado ou à sociedade intervir diretamente.

Os direitos de quarta dimensão estão em fase de definição e, portanto, não há consenso entre os estudiosos sobre os mesmos. São direitos além dos três imaginados originalmente por Karel Vasak, decorrentes de questões como o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo que compõem essa dimensão de direitos. Para Bonavides,<sup>31</sup> somente um cidadão legitimado pela informação, isenta da manipulação midiática, inserido em um sistema de democracia direta, pode exigir e fiscalizar o cumprimento dos direitos de primeira à terceira geração.

Bonavides<sup>32</sup> já fala de uma quinta dimensão de direitos ligados à compaixão e amor por todas as formas de vida, bem como o direito à paz, coroando essa classificação e perpassando todas as demais dimensões com o espírito humanista.

Porém, uma das críticas que se faz em relação à classificação das dimensões dos direitos humanos é a de que ela pode criar a falsa ideia de que o reconhecimento de uma nova geração depende da consolidação dos direitos da geração anterior, problema mais evidente nos países em desenvolvimento que, muitas vezes, não conseguem sequer garantir aos seus cidadãos níveis satisfatórios dos direitos de primeira dimensão. Em certo ponto, essa teoria pode contribuir para a baixa

---

<sup>29</sup> MARMELSTEIN, 2018, p. 52.

<sup>30</sup> COSTA, Mariana Vieira de Mello. **Parto e dignidade: estudo sobre a violência obstétrica em hospitais públicos de Recife**. 2017. 107 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. p. 34.

<sup>31</sup> BONAVIDES, 2010, p. 571-572.

<sup>32</sup> Ibid., p. 579.

efetividade dos direitos de segunda ou demais dimensões, pois são considerados não prioritários enquanto os primeiros não forem devidamente amadurecidos.<sup>33</sup>

Já Fachin<sup>34</sup> considera rígida e antiquada essa separação dimensional de direitos, pois “liberdades civis e políticas são impensáveis sem justiça social e econômica, ao mesmo tempo em que direitos sociais e econômicos ficam esvaziados de conteúdo quando separados das liberdades individuais”.

O ideal, segundo Marmelstein,<sup>35</sup> “é considerar que todos os direitos humanos podem ser analisados e compreendidos em múltiplas dimensões”, sem qualquer hierarquia entre eles, pois fazem parte de uma mesma realidade dinâmica. Todos os direitos humanos, desde os de primeira dimensão, devem ser analisados através de uma visão de evolução, de afinidade estrutural, de maneira indivisível e interdependente. Portanto, não há direitos de segunda ou terceira categoria: a luta pela efetivação dos direitos humanos deve englobar todos os direitos humanos, sendo que todos devem ser tratados com a mesma ênfase.

Piovesan<sup>36</sup> ressalta que, na evolução da humanidade, se fez necessária especial atenção às mulheres que, por longos anos, foram negligenciadas. Logo, surgiram movimentos em três frentes no Direito Internacional para assegurar o exercício dos direitos humanos: o enfrentamento da discriminação contra a mulher, o combate à violência contra a mulher e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

A proteção da mulher gestante, portanto, embora esteja relacionado diretamente aos direitos sexuais e reprodutivos, não deixa de também se relacionar com a discriminação e a violência.

A violência contra a mulher traz em seu contexto a relação com as categorias de etnia, classe e gênero, e sua relação de poder. Tais relações estão simbolizadas em uma ordem patriarcal erguida na sociedade, que delega aos homens o direito de controlar e dominar suas mulheres, podendo, em alguns casos, gerar a morte da vítima ao atingir o limite máximo de violência.

A liberdade feminina, a sua submissão nasce quando a mulher sofria pressão do pai, que até então era o homem da casa e, logo depois de casada, tal submissão

---

<sup>33</sup> MARMELSTEIN, 2018, p. 57.

<sup>34</sup> FACHIN, Luiz Edson. Da barbárie à dignidade: direitos humanos no pós-guerra e o caminho internacional. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília v. 19, n. 431, p. 35-37, jan. 2015. p. 37.

<sup>35</sup> MARMELSTEIN, op. cit., p. 58.

<sup>36</sup> PIOVESAN, Flávia. A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 21-34, 2014.

era transferida para seu esposo. Tal liberdade era limitada da forma rigorosa pelos patriarcas, que viam em suas mulheres, tanto esposa como filhas, propriedades suas.

Leal<sup>37</sup> declara que,

O espaço feminino delimitava-se à missa, único local em quem poderiam romper minimamente com sua clausura, pois a rua era um ambiente no qual estavam aptos a frequentar apenas os homens e as prostitutas, única mulher que poderia caminhar sem maiores restrições.

Antigamente, o lugar das mulheres era dentro de casa, cuidando do lar e obedecendo às ordens de seus esposos. Segundo Leal, nem mesmo para fazer compras as mulheres podiam sair de seus lares e, portanto, quando queriam fazer compras, os patriarcas solicitavam que os representantes das lojas fossem até elas para que pudessem escolher os produtos desejados.

Desse modo, fica evidente o objetivo principal da sociedade patriarcal para homens e mulheres: a diferença entre os sexos. O homem representava a figura forte, tinha o dever de sustentar a família e a si mesmo, e ser infiel era aceitável na sociedade. Já a mulher representava a figura frágil, sendo totalmente dependente do homem, e se fosse infiel seria punida, uma vez que a mulher jamais poderia ter comportamento similar ao do homem.

No século XIX, além das diferenças, idealizou-se um estereótipo de mulher ideal. Sendo que quando nova, deveria ser frágil, pura e virgem, e quando adulta, deveria ser maternal, quadris largos, coxas grossas e seios fartos, características que serviriam para os interesses do homem, a concepção de filhos e o cuidado do lar.

Ainda no século XIX, foram traçadas duas linhas essenciais para o movimento feminista: o combate às condições degradantes de trabalho e a busca por cidadania. A primeira é uma consequência da inserção da mulher nas fábricas, indústrias e outros meios de produção, o que trouxe a necessidade de tornar públicas as reivindicações das mulheres junto à classe trabalhadora. A segunda é representada pelo direito das mulheres de fazerem parte das decisões políticas mediante o voto.

Todavia, ainda no século XIX, eram evidentes os códigos de conduta que visavam normalizar o comportamento feminino. O argumento usado para explicar a barreira imposta às mulheres no que se refere à convivência política e social foi defendido pela diferenciação biológica, traduzido no ideal de domesticidade.

---

<sup>37</sup> LEAL, José Carlos. **A Maldição da Mulher**: de Eva aos dias de hoje. São Paulo: Editora DPL, 2004. p. 168.

A Organização das Nações Unidas (ONU) iniciou seus esforços contra essa forma de violência na década de 1950, com a formação da Comissão de Status da Mulher, que elaborou uma série de tratados baseados nas provisões da Carta das Nações Unidas entre os anos de 1949 e 1962.

Sobre a luta em defesa dos direitos das mulheres, cumpre destacar que a necessidade de proteger os direitos humanos, especialmente das mulheres, surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), porém ações isoladas ou coletivas, objetivando o combate à opressão das mulheres foram observadas ao longo dos séculos em diversos momentos da História. O marco inicial da luta das mulheres por seus direitos ocorreu na Revolução Francesa, com os seus ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, os quais inspiraram os movimentos revolucionários na Europa e na América, e significaram o fim do absolutismo real e a separação entre Igreja e Estado, dando lugar aos governos constitucionais, a igualdade civil, e criando o conceito de cidadania.<sup>38</sup>

Em 1970, houve o marco do feminismo, que foi centrado na organização de interesses políticos para o fim do abuso das mulheres na sociedade e no combate à ordem política, econômica e social, com o objetivo de redemocratizar essas imposições para a emancipação de suas garantias e direitos como gênero.

Até a década de 1980, os estudos sobre a violência contra a mulher no Brasil e em outros países do mundo tinham como principal exemplo o fato de tratar-se de uma questão privada, em que as ações do Estado se limitavam à sua capacidade de intervenção.

Desta feita, considerando que os direitos reprodutivos das mulheres são direitos humanos reconhecidos internacionalmente por diversos tratados internacionais de direitos humanos, ratificados pelo Estado brasileiro, assegurando o exercício da autonomia sobre o próprio corpo e a livre escolha quanto à maternidade para garantir a realização da dignidade da pessoa humana, é dever do ente estatal proporcionar meios para que a mulher tenha seus direitos assegurados no curso da gestação e pós-parto.

Resta clara, portanto, a evolução pela qual passaram os direitos humanos. Nesse contexto, também foram consagrados em diversos diplomas os direitos das mulheres, sendo de interesse a análise dos direitos humanos da paciente gestante, objeto do próximo tópico.

---

<sup>38</sup> COSTA, 2017. p. 31.

## 1.2 DIREITOS DA GESTANTE EM ESPÉCIE

No tópico anterior traçou-se uma breve abordagem dos direitos humanos e sua evolução. No que tange especificamente aos direitos humanos dos pacientes, na década de 1970 há o momento mais importante na discussão do tema. Porém, como lembra Freitas,<sup>39</sup> prevalecia a ideia de que os profissionais da medicina não cometiam erros e, salvo quando ocorria o evento morte, a questão era efetivamente discutida. Contudo, a questão ainda não foi tratada sob o foco da gestante.

Complementa Freitas<sup>40</sup> que apenas na década de 1990 é que surgiram as primeiras normativas, voltadas especificamente aos direitos humanos dos pacientes, embora um verdadeiro referencial teórico somente tenha surgido em 2013, quando Jonathan Cohen e Tomas Ezer publicaram o artigo intitulado *Human Rights in Patient Care: A Theoretical and Practical Framework*.

Portanto, é recente na história da humanidade o debate e, principalmente, a contextualização dos direitos humanos dos pacientes, especialmente da gestante, embora sejam direitos inerentes ao ser humano, intrínsecos, pois nascem com eles. No entanto, antes de prosseguir com a análise dos organismos responsáveis pela tutela dos direitos humanos, após contextualizá-los nas normativas internacionais, é preciso abordar os direitos específicos, como se passa a expor nos próximos tópicos.

### 1.2.1 Direito à Vida

O direito à vida, como lembra Freitas,<sup>41</sup> é inerente a cada indivíduo, na medida em que se trata de um pré-requisito para o exercício de qualquer outro direito humano. Logo, respeitar a vida é uma obrigação de todo profissional da saúde, principalmente quando se trata da gestante, já que há duas vidas a serem cuidadas.

Outrossim, não se pode ignorar que o direito à vida é um dever do Estado, a quem cabe promover medidas de segurança, proteção e condições para que toda

---

<sup>39</sup> FREITAS, Cleide Aparecida. **Direitos humanos da paciente no contexto do cuidado obstétrico**. 2022, 76 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru-PE, 2022. p. 46.

<sup>40</sup> FREITAS, loc. cit.

<sup>41</sup> Ibid., p. 53.

paciente gestante tenha um cuidado conforme determina a Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>42</sup>

Enquanto direito humano, o direito à vida compreende não apenas uma dimensão negativa, ou seja, de não ser privado da vida de forma arbitrária, mas também uma dimensão positiva, consubstanciada no dever do Estado de adotar medidas para proteger a vida e de criar mecanismos para o seu pleno desenvolvimento.

Segundo Oliveira,<sup>43</sup> desde a 2ª Guerra Mundial, e em virtude das inúmeras atrocidades perpetradas contra o homem, os documentos de Direito Internacional passaram a se preocupar com o direito à vida, buscando obstar práticas como o tratamento degradante aos presos e a tortura de presos e testemunhas. Para a autora, até a Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada em Paris em 1948, não havia um diploma de Direito Internacional que tratasse especificamente do direito à vida, embora já houvesse menção em outros anteriores, como a Declaração Francesa, de 1789.

Assim, na Declaração Universal dos Direitos Humanos o direito à vida é abordado em diversos pontos, a exemplo do art. 3º, o qual dispõe que toda pessoa tem direito à vida, assim como o art. 5º, o qual consagra a vedação à tortura e a tratamento cruel, por entender que tais práticas violam o direito à vida.<sup>44</sup>

Tem-se, também, a Convenção Americana Sobre Direitos Humanos, da qual o Brasil é signatário. Editada em 1978 consagra, em seu art. 4º, importantes disposições sobre o direito à vida, senão veja-se:

Art. 4º. Direito à vida.

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado arbitrariamente.

2. Nos países que não houverem abolido a pena de morte, esta só poderá ser imposta pelos delitos mais graves, em cumprimento de sentença final de tribunal competente e em conformidade com lei que estabeleça tal pena, promulgada antes de haver o delito sido cometido. Tampouco se estenderá sua aplicação a delitos aos quais não se aplique atualmente.

---

<sup>42</sup> FREITAS, 2022, p. 53.

<sup>43</sup> OLIVEIRA, Rosa Mística Gomes de Azevedo. Direito à vida nos Tratados Internacionais de Direitos Humanos e as contradições nos países que adotam a pena de morte, tortura, aborto e temas correlatos. **Revista Eletrônica Díke**, [S. l.], v. 1, n. 01, p. 1-13, 2021. Disponível em:

<https://esmec.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2015/07/Direito-a-vida-Rosa-Mistica.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2023.

<sup>44</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Resolução 217 A (III), Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948. Disponível em: [http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm). Acesso em: 09 mar. 2023.

3. Não se pode restabelecer a pena de morte nos Estados que a hajam abolido.
4. Em nenhum caso pode a pena de morte ser aplicada por delitos políticos, nem por delitos comuns conexos com delitos políticos.
5. Não se deve impor a pena de morte a pessoa que, no momento da perpetração do delito, for menor de dezoito anos, ou maior de setenta, nem aplicá-la a mulher em estado de gravidez.
6. Toda pessoa condenada à morte tem direitos tem direito a solicitar anistia, indulto ou comutação de pena, os quais podem ser concedidos em todos os casos. Não se pode executar a pena de morte enquanto o pedido estiver pendente de decisão ante a autoridade competente.<sup>45</sup>

Na supramencionada Convenção, portanto, a vida recebe especial atenção, tanto que se refere ao momento da concepção, destacando a proteção à vida antes mesmo do nascimento. E, ao tratar da pena de morte, veda a sua aplicação à gestante, por entender que se trata de uma clara violação à mulher grávida.

Sobre a Convenção em comento, Piovesan<sup>46</sup> dispõe, ressaltando a sua importância no sistema interamericano:

O instrumento de maior importância no sistema interamericano é a Convenção Americana de Direitos Humanos, também denominada Pacto de San José da Costa Rica. Essa Convenção foi assinada em San José, Costa Rica, em 1969, tendo entrado em vigor em 1978. Apenas Estados membros da Organização dos Estados Americanos podem aderir à Convenção Americana, que contava, em 2018, com 23 Estados-partes, considerando a denúncia da Convenção por dois Estados (Trinidad e Tobago, em 26 de maio de 1998, e Venezuela, em 10 de setembro de 2012). Note-se que, em abril de 1948, anteriormente à Declaração Universal de Direitos Humanos, a OEA já adotava a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem.

Para Oliveira,<sup>47</sup> a proteção conferida pelo Pacto de São José da Costa Rica alcança a mulher e o feto, reconhecendo que o direito humano à vida norteia toda e qualquer atuação estatal que possa, por exemplo, comprometer o bem-estar físico e psíquico.

Outro diploma de Direito Internacional que trata do direito à vida, de forma expressa, é a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989. Em seu art. 6º, a Convenção assegura o direito à vida a toda criança, o que evidencia a natureza de direito humano.

---

<sup>45</sup> ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. 1969. Disponível em:

[http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_americana.htm](http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm). Acesso em: 05 mar. 2023.

<sup>46</sup> PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça internacional**: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano. 9. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2019. p. 156.

<sup>47</sup> OLIVEIRA, 2021, s.p.

Resta claro que embora não exista, em instrumentos de Direito Internacional a consagração do direito à vida da gestante, as disposições em vários documentos evidenciam a natureza de direito humano e, conseqüentemente, o fato de ser inerente a cada indivíduo, cabendo ao Estado zelar pelo bem-estar e integridade da gestante, resguardando o direito à vida.

### 1.2.2 O Direito ao Atendimento Preferencial à Paciente Gestante

A gestante precisa receber do Estado atendimento preferencial, principalmente em situações de emergência. Quando há negativa nesse sentido, há clara violação dos direitos humanos da paciente gestante, pois o atendimento preferencial está intrinsecamente relacionado ao direito à vida.

Contudo, cumpre aqui abrir um parêntese para esclarecer que não há, em diplomas de Direito Internacional, menção ao atendimento preferencial à paciente gestante. Porém, por entender que a vida deve ser resguardada como um importante direito humano<sup>48</sup> e dadas as necessidades da gestante, pode-se afirmar que, uma vez violado o direito da paciente gestante ao atendimento preferencial, afronta-se o direito à vida.

### 1.2.3 Direito à Segurança das Pacientes

Freitas<sup>49</sup> defende que a mulher tem direito a um cuidado obstétrico seguro. Logo, durante o pré-natal, o parto e o puerpério, deve receber toda atenção e orientação para ter a sua saúde resguardada, assim como em outras questões, a exemplo do planejamento familiar.

Nesse ponto, vale ressaltar que o direito à segurança, em sentido amplo, é previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, mencionado no art. 3º ao lado do direito à vida e à liberdade; no art. 22, quando a Declaração trata do direito à segurança social; e ainda à segurança em caso de desemprego, para assegurar o mínimo existencial.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> OLIVEIRA, 2021, s.p.

<sup>49</sup> FREITAS, 2022, p. 54.

<sup>50</sup> ONU, 1948, s.p.

Portanto, por considerar que o direito à segurança se encontra consagrado no mesmo dispositivo que dispõe sobre o direito à vida, entende-se que é dever do Estado zelar pela segurança dos pacientes, inclusive a gestante, sob pena de violar importante direito humano.

#### 1.2.4 Direito a Não Ser Submetida a Tortura ou a Tratamento Cruel ou Degradante

Um dos grandes problemas das gestantes é a submissão a tratamento degradante, cruel e a tortura. Tais práticas, como se verá oportunamente, configuram violência obstétrica, embora não se configurem apenas no parto, pois durante o pré-natal e o puerpério há inúmeras situações que podem configurar tratamento degradante, por exemplo.

Desta feita, a mulher gestante tem assegurado o direito de ter a sua integridade física e psíquica resguardadas. Porém, nos diplomas de Direito Internacional não há consagração de tais vedações como uma violação ao direito humano da gestante, embora existam vários instrumentos que vedem a tortura e o tratamento cruel ou degradante, como já mencionado acima, ao tratar do direito à vida.

Assim, além da Declaração de 1948, que em seu art. 5º dispõe expressamente que ninguém será submetido à tortura ou penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, há também a Convenção Europeia de Direitos Humanos, que transcreve o mesmo teor em seu art. 3º. Ou ainda, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966), a Convenção de Direitos Humanos (1969), a Convenção Africana de Direitos Humanos (1981), a Convenção contra a Tortura (1984), o Pacto de São José da Costa Rica, dentre outros.

Portanto, embora não seja direcionada especificamente à proteção da gestante, mas por ser a tortura e o tratamento cruel ou degradante incompatíveis com o direito à vida, entende-se que à gestante, assim como a qualquer pessoa, é assegurado o direito de não ser torturada e não ser vítima de qualquer prática cruel ou degradante, seja durante a gestação, seja no parto, seja no puerpério.

### 1.2.5 Direito ao Respeito pela Vida Privada e a Não Discriminação

O respeito à vida privada da gestante é também um direito humano. Por isso, como lembra Freitas,<sup>51</sup> quando não são assegurados os meios para preservar a integridade física e psíquica da gestante, compromete-se a privacidade e violam-se direitos fundamentais da mulher. Por conseguinte, é preciso assegurar a independência da mulher, não discriminá-la, não invadir sua privacidade e assegurar sua autodeterminação, sob pena de se invadir sua vida privada.

Entende Piovesan<sup>52</sup> que ao tratar da vida e da liberdade, a Declaração Universal dos Direitos Humanos assegura o direito à vida privada e, por conseguinte, veda qualquer forma de discriminação ou tratamento degradante, como mencionado anteriormente. Para a autora, portanto, a vida privada está intrinsecamente relacionada à liberdade, que é consagrada não apenas na Declaração mencionada acima, mas em diversos diplomas de Direito Internacional, como o Pacto de São José da Costa Rica.

É sabido que a isonomia é um importante direito humano, consagrado em diversos instrumentos de Direito Internacional, a exemplo da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Portanto, quando ocorre a violação da isonomia, ocorre a discriminação.

Freitas<sup>53</sup> entende que é direito da mulher, no curso da gestação, não ser discriminada pelo fato de ser gestante ou por integrar determinado grupo, embora não ignore que as minorias, a exemplo da mulher indígena ou aquela que se encontra em nível socioeconômico baixo, são mais suscetíveis de serem discriminadas.

Outrossim, quando a mulher tem uma opinião diversa do profissional da área da saúde, principalmente do médico, as situações de discriminação são mais claras. Porém, toda a equipe multiprofissional que acompanha a gestante deve envidar esforços para que a mulher seja respeitada, tenha a sua dignidade resguardada e não seja vítima de qualquer forma de discriminação quanto à orientação sexual, raça, cor, idade, condição social, entre outras situações.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> FREITAS, 2022, p. 56.

<sup>52</sup> PIOVESAN, 2019, p. 186.

<sup>53</sup> FREITAS, op. cit., p. 55.

<sup>54</sup> Ibid., p. 56.

Desta feita, qualquer forma de tratamento discriminatório, o que inclui, por exemplo, as práticas de violência obstétrica, é uma afronta à vida privada e, conseqüentemente, à liberdade, direito humano que deve nortear positiva e negativamente a atuação do Estado.

### 1.2.6 Direito à Informação

Lembra Freitas<sup>55</sup> que o direito à informação está relacionado ao cuidado obstétrico seguro, que impõe a todos os profissionais da área da saúde, não apenas ao médico, o dever de auxiliar a gestante durante as consultas de pré-natal, preencher o cartão da gestante de forma adequada, apresentar um resumo da gestação, entre outras questões.

Nesse cenário, o direito ao consentimento informado ganha relevo:

O consentimento informado deve ser acessível e feito em linguagem adequada a cada paciente, respeitando seu nível educacional, etário e cultural. O consentimento informado é um processo que deve ser iniciado antes dos procedimentos de parturição, pois neste período a paciente se encontra em processo doloroso e muito vulnerável, podendo assinar com a finalidade de fazer cessar a dor. O pré-natal é o período adequado para se conversar, pois as dúvidas são dirimidas com o esclarecimento, podendo-se fazer um planejamento de parto possível de ser cumprido.<sup>56</sup>

Outro claro exemplo da informação, enquanto direito humano da gestante, diz respeito aos esclarecimentos quanto à escolha da cesariana eletiva. A questão é considerada de saúde pública, na medida em que grande parte das mulheres optam pela cesariana sem um diálogo baseado na segurança e na confiança.

Por conseguinte, a equipe multiprofissional que acompanha a gestante tem o dever de informar sobre os benefícios do parto vaginal e dos riscos de um processo cirúrgico eletivo.

Em que pese a importância do direito à informação, assim como ocorre com o tratamento preferencial à paciente gestante, inexistente menção em documentos de Direito Internacional. Porém, isso não significa que possibilidade de violação dos direitos humanos quando qualquer profissional deixa de informar a mulher, no curso da gestação, a adoção de um procedimento, ou a possibilidade de escolha, entre outras questões.

---

<sup>55</sup> FREITAS, 2022, p. 54.

<sup>56</sup> Ibid., p. 57.

Contudo, como lembra Piovesan,<sup>57</sup> a Convenção Europeia, por exemplo, consagra o direito à informação ao lado de outros direitos humanos, ressaltando que é direito de qualquer pessoa ser informado sobre o risco à sua vida e à sua saúde. Por conseguinte, entende-se que a gestante deve ser informada sobre qualquer risco, sob pena de violação ao direito humano.

#### *1.2.6.1 Do prontuário médico e do partograma/ plano de parto*

O médico, como sabido, possui uma série de deveres na relação médico-paciente, cumprindo, por exemplo, informar o paciente de todos os procedimentos, riscos, opções de tratamento, eventuais intervenções, dentre outras obrigações. Nesse contexto, ganha relevo o prontuário médico, documento que contém todo o relatório/histórico do paciente e, nas discussões acerca de eventual erro médico e obrigação de reparar danos, é um importante meio de prova, ao lado da perícia, abordada no tópico anterior.

Apenas para exemplificar, o prontuário médico apresenta todos os passos adotados pelo médico e demais profissionais da saúde no curso do procedimento/internação, relatando medicamentos, intervenções, exames, intercorrência, entre outras questões.

Outrossim, o Código de Ética Médica, em seu art. 87, § 1º, dispõe acerca da necessidade de que o prontuário do paciente apresente informações como procedimentos realizados pelo profissional da medicina, fármacos prescritos e encaminhamentos, sem prejuízo, claro, de eventual recusa do paciente em seguir com as orientações do médico. Portanto, o prontuário é um meio de prova documental, que embora não seja imprescindível à configuração ou exclusão do erro médico, corrobora para a elucidação dos fatos em juízo.

De acordo com Araújo, Rechaman e Magalhães<sup>58</sup>, o prontuário do paciente é relevante instrumento na relação médico-paciente, pois permite que este tenha conhecimento da patologia, do tratamento imprimido pelo profissional da medicina,

---

<sup>57</sup> PIOVESAN, 2019, p. 273.

<sup>58</sup> ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; RECHMANN, Itanaina Lemos; MAGALHÃES, Thayná Andrade. Responsabilidade civil nas acusações de erro médico. **Caderno Íbero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 1-163, 2019. p. 49.

além de resguardar também os profissionais que venham a atender o paciente, pois todo o histórico de atendimentos e procedimentos deve ser minuciosamente descrito.

Segundo Costa,<sup>59</sup> o Código de Ética Médica não é omissivo quanto a importância do prontuário médico. E acrescenta tratar-se, nas ações judiciais, de importante instrumento na defesa do profissional da medicina, já que nele se encontram provas suficientes para justificar a conduta do médico.

Tem-se, em se tratando da paciente gestante, o partograma. Segundo Medeiros et al.,<sup>60</sup> é um importante instrumento de segurança no cuidado da gestante e nada mais é que um traçado de representação gráfica sobre a evolução da gestação, que permite a visualização de eventuais alterações.

Ainda segundo Medeiros et al.,<sup>61</sup>

[...] O uso do partograma é de suma importância para as pacientes em trabalho de parto, como também para a melhoria do conhecimento dos profissionais. Contudo, sabe-se que fragilidades e oportunidades são mecanismos existentes em todo processo evolutivo, o que nos faz pensar na estruturação da prática com cientificidade e, principalmente, responsabilidade. No que tange às oportunidades, pode-se mencionar que, por se tratar de uma tecnologia leve e sem custos adicionais, a execução do partograma depende mais dos recursos humanos, tornando seu uso um processo palpável. Outra oportunidade é a aceitabilidade da gestão em permitir acesso do pesquisador durante a realização da intervenção

Embora o prontuário e o partograma não sejam tratados em diplomas de Direito Internacional, tem-se, no que tange ao partograma, orientações da OMS. Como lembram Silva et al.,<sup>62</sup> a OMS preconiza que o partograma deve ser aplicado em todas as gestações, pois é um mecanismo útil de assistência ao parto com qualidade.

Em 2018 a OMS emitiu novas recomendações para estabelecer padrões globais quanto ao cuidado das mulheres grávidas saudáveis, com vistas a obstar intervenções médicas desnecessárias.

Lucena, Morais e Santos, em análise às recomendações da OMS, que não se encontram em um único documento, asseveram:

---

<sup>59</sup> COSTA, Fagner Henrique. **O prontuário médico frente à judicialização da medicina**. 2019. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina Legal) – Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu-MG, 2019. p. 04.

<sup>60</sup> MEDEIROS, Anderson Brito de et al. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga/Colômbia, v. 11, n. 3, p. e1046, 2020. p. 02.

<sup>61</sup> Ibid., p. 08.

<sup>62</sup> SILVA, Isabelle Salomão Teixeira et al. Aplicação adequada do partograma e o seu impacto na taxa de cesarianas: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 9, p. e3915, 2020. p. 02.

[...] a Organização Mundial de Saúde (OMS), em um guia prático de maternidade segura, orienta sobre as práticas obstétricas que devem ou não ser utilizadas durante assistência ao parto, classificadas em quatro categorias:

Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

• Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

• Categoria C - Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;

• Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.<sup>63</sup>

Em suma, a “Organização Mundial da Saúde (OMS) defende a aplicação do partograma como um mecanismo útil à assistência ao parto de qualidade”, além de contribuir para a diminuição no número de cesarianas.<sup>64</sup> Este documento, junto ao prontuário médico, visa assegurar não apenas a adoção de medidas úteis e, conseqüentemente, de um parto seguro, mas também o registro de todo o desenrolar da gestação, possibilitando a identificação de riscos e, conseqüentemente, zelando pelo bem-estar da mulher.

### 1.2.7 Direito à Saúde

O direito à saúde é, talvez, após o direito à vida, o mais importante direito da gestante, pois dele decorrem muitos outros direitos humanos, como o cuidado obstétrico seguro, o direito à informação, à não discriminação, à orientação e ao suporte no curso da gestação e mesmo após o parto, entre outros.

Vale esclarecer que o direito humano à saúde foi explicitado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual estabelece que é um direito assegurado a todos e busca, sobretudo, resguardar o bem-estar, a assistência médica, o acesso a serviços sociais básicos, etc., por considerar a saúde como requisito para a própria subsistência.<sup>65</sup>

Posteriormente, a saúde também foi tratada no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e no Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos, pois, enquanto direito social, a saúde exige, por parte dos Estados, a implementação

---

<sup>63</sup> LUCENA, Tâmara Silva; MORAIS, Ramon José Leal; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 222-227, 2019. p. 223.

<sup>64</sup> SILVA et al., 2020, p. 07.

<sup>65</sup> OLIVEIRA, Erival da Silva. **Direitos Humanos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012. p. 70.

de programas para sua efetivação. Isso implica no estabelecimento de políticas de saúde, uma vez que a eficácia da norma é programática.<sup>66</sup>

De acordo com Freitas,<sup>67</sup> preconizar o direito à saúde da gestante é assegurar um tratamento atualizado, baseado em boas práticas obstétricas, sem intervenções desnecessárias, a partir de um pré-natal seguro, que busca, sobretudo, compartilhar informações com a mulher e assegurar o bem-estar da gestante e do feto.

Oliveira<sup>68</sup> acrescenta que, além dos diplomas de Direito Internacional acima elencados, tem-se também a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, que trata de forma específica dos direitos da mulher. Essa convenção determina que os Estados-parte adotem medidas para não apenas eliminar a discriminação de gênero, mas também assegurar o acesso aos serviços médicos, inclusive no que diz respeito ao planejamento familiar, além de proporcionar assistência gratuita quando necessário e nutrição adequada durante a gestação e lactância.

Resta claro, portanto, que o direito à saúde, enquanto direito humano, é mencionado em diversos diplomas de Direito Internacional. Porém, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, por exemplo, embora não seja direcionada especificamente à paciente gestante, a protege; e, a partir dessa perspectiva ampla, é dever do Estado, como já dito anteriormente, não obstar o exercício do direito à saúde, não prejudicar a saúde da gestante e, principalmente, envidar esforços e implementar políticas públicas para assegurar o bem-estar físico e psíquico da paciente gestante.

Diante de tudo o que foi exposto no presente capítulo, pode-se afirmar que as normas de direito público internacional são suficientes para a proteção dos direitos humanos da paciente gestante em âmbito internacional. Todavia, o mesmo não é possível asseverar sobre as normas de direito público interno dos países signatários, como será demonstrado no último capítulo deste trabalho, uma vez que os Estados são responsáveis pela implementação dos direitos humanos da paciente gestante e a ausência de uma legislação específica dificulta a efetivação dos direitos desse grupo vulnerável.

---

<sup>66</sup> OLIVEIRA, 2012, p. 70.

<sup>67</sup> FREITAS, 2022, p. 54.

<sup>68</sup> OLIVEIRA, op. cit., p. 84.

## 2 ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE

No capítulo anterior, viu-se que inúmeros são os direitos da paciente gestante balizados em documentos de Direito Internacional, partindo de uma visão ampla. Significa dizer que, embora não existam disposições sobre o partograma, por exemplo, em Tratados de Direito Internacional, este é um importante direito da mulher, pois conduz a um parto de qualidade e zela, por conseguinte, pela saúde, pela vida e pela integridade da mulher.

Neste capítulo, contudo, se faz necessário abordar os principais instrumentos de Direito Internacional que tutelam, especificamente, os direitos humanos da mulher e, por conseguinte, se estendem à gestante, como se passa a expor.

### 2.1 INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS

Vários são os instrumentos de Direito Internacional que buscam tutelar os direitos da mulher, sendo um deles a Convenção de 1979, que visa eliminar todas as formas de discriminação contra a mulher, como será exposto.

#### 2.1.1 Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW 1979)

A CEDAW surgiu em 1979, por iniciativa da ONU, devido às violações aos direitos humanos que ocorreram durante a Segunda Guerra Mundial. Essa Convenção tem como objetivo a eliminação da discriminação e a garantia da igualdade entre os gêneros.

A referida Convenção é um dos primeiros documentos internacionais a reconhecer os aspectos que violam os direitos humanos das mulheres. A CEDAW foi ratificada com reservas pelo país em 1983, mas que em 1994 revogou tais restrições.

Segundo Costa,<sup>69</sup> a CEDAW contribuiu sobremaneira para a proteção da mulher, embora apenas na década de 1990 a discussão tenha recebido visibilidade, com a realização da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena.

---

<sup>69</sup> COSTA, 2017, p. 34.

De fato, o primeiro documento internacional, generalizadamente conhecido pela sigla CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*), adotado pela resolução 34/180 da Assembleia das Nações Unidas em 1979, é fruto da I Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em 1975, no México.

A referida Convenção tem como fundamento a obrigação de eliminar a discriminação e assegurar a igualdade entre os gêneros, sendo um dos primeiros documentos internacionais a reconhecer os aspectos atentatórios dos direitos humanos das mulheres, conferindo proteção aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, sem prejuízo do direito à educação, trabalho, seguridade social, vida pública, liberdade de movimento, integridade física, dentre outros.

Em suma, a Convenção em comento tem grande importância no que tange ao princípio da igualdade de gênero, embora se faça necessário maior empenho dos países que a ratificaram para que seja integralmente cumprida.

Oliveira<sup>70</sup> observa que a Convenção em comento foi o primeiro diploma de Direito Internacional que se preocupou, de fato, com a saúde da mulher, ao determinar em seu art. 12<sup>71</sup> o dever do Estado-parte de promover o direito humano em comento, além de fazer expressa menção ao período gestacional, ao parto, ao puerpério e a lactância.

Lima Júnior<sup>72</sup> acrescenta que para assegurar a efetivação dos direitos da mulher, o CEDAW criou o Comitê dos Direitos da Mulher, cuja prerrogativa é exatamente monitorar a implantação de medidas para assegurar os direitos humanos, obstar toda e qualquer forma de discriminação.

Formado por 23 membros, que analisam os relatórios periódicos que os Estados-partes devem apresentar sobre as medidas adotadas, para colocar na prática a Convenção.

---

<sup>70</sup> OLIVEIRA, 2012, p. 81.

<sup>71</sup> Artigo 12

1. Os Estados-parte adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-parte garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

<sup>72</sup> LIMA JUNIOR, Jayme Benvenuto. **Manual de Direitos Humanos Internacionais**. São Paulo: Loyola, 2002. p. 45.

Destarte, a CEDAW ressalta a necessidade de proteção tanto de direitos civis e políticos, quanto de direitos econômicos, sociais e culturais; tanto dos direitos à educação, ao trabalho, à seguridade social, ao lazer; quanto dos direitos à participação na vida pública e política, à igualdade no casamento, à liberdade de movimento, à integridade física.

### 2.1.2 Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – 1994)

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também denominada de Convenção de Belém do Pará, foi aprovada no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA) no ano de 1994 e ratificada pelo ordenamento jurídico brasileiro em 1995. No sentido de verificação do acesso dos direitos para as mulheres vítimas de violência, o contexto regimental do Sistema Interamericano é constituído por três mecanismos importantes: a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em seu artigo 7º; a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, em seu artigo XVIII; e a Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH) ou Pacto de San José da Costa Rica, em seus artigos 8º e 25º.<sup>73</sup>

Quando ocorre violência contra a mulher, as cláusulas dispostas nos artigos 8º e 25º da CADH se concluem e se fortalecem com as cláusulas vindas do artigo 7º da Convenção de Belém do Pará. Mecanismos como esses protegem os direitos das mulheres de formas judiciais acessíveis e presentes para a proteção contra qualquer tipo de violência a elas deferidas, determinando assim que os Estados-Partes devam agir com cuidado para precaver, autuar, penalizar e recompor a violência fundamentada em gênero.<sup>74</sup>

Assim sendo, é a Convenção de Belém do Pará que trata diretamente do tema da violência fundamentada em gênero, visando, da mesma forma, aprofundamento às

---

<sup>73</sup> BENONI, Belli; BRANDÃO, Marco Antônio Diniz. **O Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos e seu aperfeiçoamento no limiar do século XXI.** [s.d.] Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/textos\\_dh/artigo11.htm](http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/textos_dh/artigo11.htm). Acesso em: 12 jan. 2023.

<sup>74</sup> ALMEIDA, Guilherme Assis; PERRONE, Cláudia M. **Direito Internacional dos Direitos Humanos.** São Paulo: Atlas, 2002. p. 32.

cláusulas dos Estados-Partes, os quais têm como prioridade a atuação positiva para assegurar a obtenção à justiça para as mulheres vítimas de violência.<sup>75</sup>

A Convenção de Belém do Pará contém preceitos voltados para proteger a mulher. Exemplos disso são os direitos ao respeito à vida, à integridade física, psíquica e moral, à liberdade e à segurança pessoais, dentre outros.

Adicionam-se a eles, o direito a exercer livre e plenamente, com o mesmo peso, seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, contando com a total proteção deles por meio dos instrumentos regionais e internacionais sobre os direitos humanos, segundo o art. 5º.

Ressalta-se que, foi autorizada, na forma do seu art. 12, a salvaguarda de tais direitos mediante a utilização dos mecanismos dispostos na Convenção Americana, o que permite ser oferecida denúncia à Comissão Americana, para que, conforme o caso, venha a tramitar posteriormente no âmbito da Corte. Portanto, se houver afronta à pessoa do trabalhador nesse campo, poderá haver tutela de tais direitos na atividade jurisdicional da Corte.

Ainda, a Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência também dispõe acerca da temática. Nela, a proteção se dirige à pessoa que possui uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a sua capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.

Destarte, o documento em análise visa também tutelar tais pessoas contra toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou o propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício, por parte das pessoas portadoras de deficiência, de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais.

---

<sup>75</sup> STRENIO, Elizabeth. **O Sistema Interamericano de Direitos Humanos**. 2010. Disponível em: [http://www.hrea.org/index.php?doc\\_id=509](http://www.hrea.org/index.php?doc_id=509). Acesso em: 28 dez. 2022.

### 2.1.3 Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (Conferência de Cairo)

É cediço que a luta pelo controle sobre a própria fecundidade ganhou alguma notoriedade na Conferência de Teerã, em 1968. No entanto, foi na Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (CIPD), de 1994, ocorrida no Cairo, que o tema foi tratado com profundidade. As metas estabelecidas nessa conferência deveriam ser alcançadas até 2015, mas estão desdobrando-se até os dias atuais em diversos países.

Precedida por outras duas Conferências sobre População em 1974 e 1984, a Conferência do Cairo pode ser considerada como o maior evento sobre temas populacionais. Contou com cerca de 11 mil participantes e 179 países, sendo realizada entre os dias 5 e 13 de setembro de 1994, composta por 14 sessões plenárias.<sup>76</sup>

Com a CIPD, a saúde reprodutiva passou a ser considerada um direito humano, compondo elemento indispensável à igualdade de gênero. Dessa forma, “as políticas e os programas de população deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países”,<sup>77</sup> passando, assim, a “reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a aplicação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos”.<sup>78</sup> Foi então que:

[...] a comunidade internacional chegou a um consenso sobre três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, especialmente para meninas; e o acesso universal a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar.<sup>79</sup>

Quando se trata de saúde sexual e reprodutiva, é comum identificar restrições arbitrárias aos direitos e liberdades. Nessa perspectiva, a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, representa um passo significativo em relação aos direitos humanos, à saúde sexual e reprodutiva. Ficou

---

<sup>76</sup> BRASIL. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. FROSSARD, Heloisa (Org.) Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006a. p. 34.

<sup>77</sup> Ibid., loc. cit.

<sup>78</sup> Ibid., loc. cit.

<sup>79</sup> Ibid., p. 35.

estabelecido que, as políticas e programas que restringem o acesso à sexualidade e à reprodução humana, limitando o crescimento populacional, em nações de todas as regiões e culturas, com o objetivo de progresso econômico e social, violam os direitos das pessoas, especialmente das mulheres.<sup>80</sup>

De fato, ao longo de toda a década de 1990, a discussão sobre a sexualidade se fez presente nas Nações Unidas, reforçando a importância de se resguardar os direitos humanos da mulher. Em 1994, deu-se a inclusão da linguagem dos direitos sexuais durante as negociações da Conferência da População, no Cairo, quando o movimento feminista introduziu a expressão “direitos sexuais”, como uma estratégia de negociação.<sup>81</sup>

No ano seguinte, o debate foi retomado quando, na Conferência de Pequim, ocorreu uma controvérsia intensa acerca dos direitos humanos das mulheres em matéria de sexualidade. Disso resultou a adoção do Parágrafo 96, o qual dispõe que os direitos humanos das mulheres, em matéria de sexualidade, implicam que esse exercício seja livre de discriminação, violência e coerção.

Ocorrida após o fim da Guerra Fria, a Conferência do Cairo (1994), teve como principal finalidade a reafirmação da convenção de Viena (1993) quanto à legitimidade dos direitos fundamentais. Essa Conferência utilizou princípios da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento e Sustentabilidade, a Rio-92, tendo como base o crescimento e desenvolvimento econômico sustentável, enaltecendo os direitos reprodutivos como direito humano e como o único meio para se alcançar uma sociedade justa e igualitária.<sup>82</sup>

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, tratou de capítulos da maior importância, como "a mulher e a pobreza", "a violência contra a mulher", "a mulher e os conflitos armados", "a mulher e a economia, o meio ambiente e os meios de comunicação", "educação e treinamento da mulher" e "a mulher no poder e na tomada de decisão". No campo da saúde reprodutiva foi feito um redobrado e bem sucedido esforço para manter a linguagem do Cairo. Um novo parágrafo referente à sexualidade merece destaque: Os direitos humanos da mulher incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência. As relações igualitárias entre a mulher e o homem a respeito das relações sexuais e da reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o

---

<sup>80</sup> VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. São Paulo: M. Ventura, 2009.

<sup>81</sup> Ibid.

<sup>82</sup> ALVES, José Eustáquio Diniz. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 219-230, 2014. p. 23.

respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as consequências do comportamento sexual.<sup>83</sup>

O documento assenta a compreensão de que a saúde sexual e reprodutiva é um direito humano, que a paridade entre gêneros é um componente crucial para o avanço da qualidade de vida e, para o desenvolvimento sustentável e digno, instituindo conceitos, atitudes e objetivos para adesão de políticas e medidas que concedam a ampla execução dos direitos humanos.<sup>84</sup>

Segundo Alves,<sup>85</sup> o Brasil demonstrou muita responsabilidade e maturidade na Conferência do Cairo, isto se deve ao fato de que, tanto o Governo quanto a sociedade trataram o planejamento familiar com diálogo direto e transparente, como regem os princípios democráticos.

O autor explica que, em 1993 o Brasil formou um Comitê Nacional para debater o assunto, obtendo apoio financeiro do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP). O comitê era composto pelos Ministérios da Educação (MEC), do Trabalho (MTE), da Saúde e do Bem-Estar Social, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC).<sup>86</sup>

Através desse Comitê foram organizados seminários que contavam com a participação de Organizações não Governamentais (ONGs), institutos de pesquisa, acadêmicos e igrejas, como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Todos esses encontros e debates culminaram na verificação dos problemas existentes e dos anseios da população, servindo de base para a tomada de posição do país na CIPD.

Por tudo que foi exposto, é possível notar que, para uma maternidade ou paternidade tranquila e consciente, é necessário que o Estado e a sociedade disponibilizem recursos educacionais, econômicos, sociais e culturais, para que a população possa ter pleno acesso aos métodos de promoção à saúde sexual e reprodutiva, bem como aos direitos sexuais e reprodutivos.

---

<sup>83</sup> BERQUÓ, Elza. Refletindo sobre as questões populacionais neste final de século. **Revista Novos Estudos**, São Paulo, ed. 55, v. 3, p. 71-81, 1999. p. 79.

<sup>84</sup> VENTURA, 2009, p. 32.

<sup>85</sup> ALVES, José Augusto Lindgren. A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 12, p. 3-20, 1995. p. 16.

<sup>86</sup> ALVES, loc. cit.

#### 2.1.4 Conferência Mundial Sobre a Mulher (Conferência de Pequim)

O documento da Conferência de Pequim (1995) renova os compromissos do Cairo e prossegue, instituindo um padrão de interferência que ofereça associações de equidade e de recíproca aceitação entre os gêneros (parágrafo 96); restrinja os abortos e pondere a viabilidade de reestruturar as leis que estabelecem sanções contra as mulheres (parágrafo 106 j e k); fomente o ingresso à informação, educação e aos meios para melhoria da saúde sexual e reprodutiva, inclusive técnicas para esquivar gestações não planejadas (parágrafo 106 k); oportunize segurança, diminuindo o abuso, exploração e tráfico sexual (parágrafo 107 q); permita o acesso das/os mais jovens aos programas de educação, orientação e assistência sexual, certificando o direito à privacidade, à confidencialidade, ao respeito e a concordância anunciada, autônomo dos direitos e deveres dos incumbidos no atinente ao zelo com eles (parágrafo 93, 107 e).

Resta claro, a partir do que foi exposto até aqui, que existem vários documentos de Direito Internacional que, de forma expressa ou indireta, protegem a mulher e se aplicam à gestante. Logo, cumpre então averiguar como os principais organismos internacionais atuam para a efetivação dos direitos humanos da paciente gestante, objeto do próximo tópico.

## 2.2 ORGANISMOS INTERNACIONAIS E A TUTELA DA PACIENTE GESTANTE

A primeira questão a ser ressaltada, nesse ponto, é que muitas são as personalidades que fazem parte do cenário internacional. Exatamente por isso, como leciona Mazzuoli,<sup>87</sup> a doutrina apresenta classificações, com vistas a estabelecer uma melhor compreensão. E entre tais personalidades, como cita o autor, se encontram além dos Estados, das coletividades não-estatais e dos indivíduos, as denominadas coletividades interestatais, também denominadas de organizações internacionais.

Isso ocorre porque o cenário mundial contemporâneo possui tamanha complexidade que apenas as figuras tradicionais dos Estados soberanos não são mais suficientes para compreender e atuar de maneira satisfatória em todas as

---

<sup>87</sup> MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público**. 7 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 362.

questões pertinentes aos direitos das gestantes, ou seja, os direitos humanos e fundamentais.

Consequentemente, houve o crescimento do número de entidades não estatais que atuam diretamente nas questões mundiais, a partir da instauração da Sociedade ou Liga das Nações (SdN), seja buscando garantir os direitos humanos, evitar conflitos armados, ou ainda, proteger o meio ambiente. Essas organizações trouxeram uma nova forma de se entender e gerenciar o sistema internacional.<sup>88</sup>

Sustenta-se que as organizações são associações voluntárias dos Estados e, mais que isso, possuem poderes que determinam a sua autonomia e independência funcional, e se submetem aos Estados na medida dos interesses e princípios sob os quais foram criadas.

O objetivo da criação das organizações internacionais é, segundo Cabral,<sup>89</sup> servir como fórum permanente de diálogo e discussão, visando, assim, dirimir conflitos a partir da ideia de cooperação. Logo, as decisões não são tomadas de forma isolada pelos membros das organizações, mas de forma conjunta, até mesmo porque há um direcionamento temático.

Anote-se, ainda, que as organizações podem ser classificadas em três categorias diferentes, a saber: (a) regionais, (b) internacionais e (c) transnacionais. As duas primeiras são caracterizadas por sua formação representativa, como é o caso da OEA, da Organização da Unidade Africana (OUA) e da ONU. Todas elas representam um conjunto de Estados que, por razões políticas, sociais e econômicas, optaram por estabelecer um conjunto de obrigações que estão, por sua vez, a cumprir com o objetivo de aprimorar suas relações. Já no caso das organizações transnacionais, estas representam indivíduos de diferentes países que se reúnem por diferentes motivos, a fim de regulamentar suas relações. Um exemplo desse tipo de organização é a Anistia Internacional.

A primeira organização internacional criada foi a denominada Liga das Nações ou Sociedades das Nações, instituída por um documento anexado ao já citado Tratado de Versalhes, responsável por pôr fim à Primeira Guerra Mundial. A referida Liga foi substituída em 1945 pela ONU, cuja atuação é internacional, de âmbito permanente e

---

<sup>88</sup> MAZZUOLI, 2013, p. 362.

<sup>89</sup> CABRAL, Cristiane Helena de Paula Lima. Organização Mundial de Saúde e sua atuação no âmbito da saúde pública internacional. In: BAHIA, Saulo José Casali (Coord.). **Direitos e deveres fundamentais em tempos de coronavírus**. São Paulo, 2020. V. 2, p. 192-199. p. 184.

visa proporcionar segurança coletiva e cooperação entre os Estados para assegurar a paz. Logo, conta com a voluntariedade dos Estados.<sup>90</sup>

Com o passar dos anos, outras organizações surgiram e, buscando efetivar os direitos humanos, algumas organizações internacionais se destacam. Para o presente estudo, duas delas são de especial interesse, devido à sua intrínseca relação com a proteção à saúde e a defesa dos direitos das mulheres. Assim, passa-se a abordar a ONU Mulher, a Organização Mundial da Saúde e o Comitê CEDAW, instituído pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres.

### 2.2.1 ONU Mulheres

A Organização das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres) foi instituída em 2010, pela ONU, com vistas a fomentar a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. Para tanto, busca promover não apenas a igualdade de gênero, problema que contribui para as mais diversas formas de violência a que estão suscetíveis as mulheres, mas ressaltar que a igualdade é um princípio central do desenvolvimento cultural, social e econômico.<sup>91</sup>

Para tanto, a ONU Mulheres promove, em nível local, regional e global, participação igualitária das mulheres em diversos aspectos da vida, com foco em cinco eixos: aumento na liderança e participação das mulheres; fim da violência contra as mulheres; engajamento de mulheres em processos de paz e segurança; aumento do empoderamento econômico das mulheres; consolidação da igualdade de gênero como central para o planejamento e orçamento do desenvolvimento nacional.

---

<sup>90</sup> CABRAL, 2020, p. 184.

<sup>91</sup> “De acordo com a resolução 64/289 da Assembleia Geral da ONU, que estabeleceu a ONU Mulheres, a organização é regida por uma estrutura de gestão intergovernamental em vários níveis, da seguinte forma: (A) ... a Assembleia Geral, o Conselho Econômico e Social e a Comissão da ONU sobre a Situação das Mulheres constituem a estrutura de gestão intergovernamental para as funções de apoio normativo e de prestar orientação política normativa para a entidade/ (B) ... a Assembleia Geral, o Conselho Econômico e Social e o Conselho Executivo da entidade constituem a estrutura de gestão intergovernamental para as atividades operacionais e devem orientar a política operacional para a entidade”. In: ONU Mulheres Brasil. **Gestão**. s.d. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/governanca/>. Acesso em: 05 mar. 2023.

Outrossim, também compete à ONU Mulheres, a coordenação e promoção dos trabalhos realizados pela ONU na promoção da igualdade de gênero, reunindo recursos da entidade para fomentar, em todo o mundo, os direitos humanos da mulher.

Portanto, dentre os organismos internacionais, tem-se também um “braço” da ONU, qual seja, a ONU Mulheres, na defesa dos direitos da mulher, em sentido amplo, com vistas a proporcionar a igualdade de gênero.

### 2.2.2 OMS

Como mencionado acima, a primeira organização internacional criada foi a denominada Liga das Nações ou Sociedades das Nações, instituída por documento que foi anexado ao já citado Tratado de Versalhes. Junto à instituição da Liga das Nações foi também estabelecida a Organização Internacional do Trabalho (OIT), no ano de 1919, com atuação até os dias atuais buscando fomentar a defesa dos direitos sociais, em especial o direito ao trabalho.<sup>92</sup>

Após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da ONU, ficou estabelecido que seria criada uma agência de saúde especializada. Para isso, comissões foram reunidas, contando com a participação de representantes de países diversos, com a finalidade de planejar a nova organização internacional de saúde. A primeira Assembleia Mundial de Saúde ocorreu em Genebra, em 1948, ocasião em que a Organização Mundial da Saúde foi formalmente criada. Nesse momento, iniciou-se o processo de transformação da internacionalização da saúde para uma perspectiva global.

Porém, ao contrário do que se imagina, antes mesmo da constituição da OMS e ainda no século XIX, houve tentativas de implementar medidas voltadas às questões sanitárias, principalmente em virtude das revoluções industriais e dos reflexos na vida em sociedade, pois fomentou a urbanização, o capitalismo e corroborou para o surgimento de inúmeras doenças. Como bem lembra Cabral,<sup>93</sup> em 1851 foi realizada, em Paris, a Primeira Conferência Internacional de Saúde, que objetivava estabelecer

---

<sup>92</sup> MASSARELI JÚNIOR, José Carlos. **Análise das diretrizes da OMS e as ações jurídicas comparativas durante a crise humanitária do Covid-19 no Brasil e na Alemanha**. 2021. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade Santa Cecília, Santos, 2020, p. 98-101.

<sup>93</sup> CABRAL, 2020, p. 187.

um consenso internacional para enfrentamento de um problema pontual à época, qual seja, a cólera.

Complementa Melo,<sup>94</sup> que a referida Conferência ocorreu no mesmo ano em que a Exposição Internacional de Londres apontou a intrínseca relação entre a saúde e o progresso, clamando a atenção da comunidade internacional para a necessidade de se reduzir medidas como a quarentena, não raras vezes utilizada de forma desarrazoada e que, por isso, refletia diretamente no comércio.

Não se pode ignorar também, que no âmbito regional, houve tentativas de instituir medidas para o enfrentamento de problemas sanitários e estabelecer entre os Estados um consenso para a prevenção e classificação de patologias e, assim, facilitar a resolução de problemas através da cooperação. Por exemplo, quando da realização da Primeira Conferência Internacional de Saúde, foi editado um Regulamento Sanitário que contou com baixa aderência, alcançando tão somente a França, Sardenha, Portugal, Turquia e Toscana. Logo, não proporcionou os resultados almejados, tanto que foram realizadas em 1859, 1866 e 1874 as Segunda, Terceira e Quarta Conferências Internacionais de Saúde,<sup>95</sup> sempre em países europeus, negligenciando os demais continentes e reforçando o alcance regional dos documentos assinados.<sup>96</sup>

Cabral<sup>97</sup> menciona, nesse contexto, a realização de um encontro em Washington, no ano de 1902, que embora não tenha culminado no estabelecimento de um organismo de alcance internacional foi responsável pela instituição da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS),<sup>98</sup> agência regional de atuação no âmbito da OMS.

---

<sup>94</sup> MELO, Carlos Frederico Campelo de Albuquerque e. **Emergência de febre amarela no Brasil 2016 a 2018: um olhar da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a luz do Regulamento Sanitário Internacional**. 2020. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020. p. 41.

<sup>95</sup> Cf. Melo, ainda no século XIX outras Conferências Internacionais de Saúde foram realizadas: em Roma, no ano de 1883; em Veneza, no ano de 1892; em Dresden, no ano de 1893; em Paris, no ano de 1894; e em Veneza, no ano de 1897, primeiro momento em que se discutiu a medicina preventiva.

<sup>96</sup> MELO, 2020, p. 40.

<sup>97</sup> CABRAL, 2020, p. 187.

<sup>98</sup> Cf. Melo (2020, p. 40-41), “a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde trabalha com os países para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. O organismo internacional oferece cooperação técnica em saúde a seus países membros; combate doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como suas causas; e fortalece os sistemas de saúde e de resposta ante emergências e desastres. A missão da OPAS é liderar esforços colaborativos estratégicos entre os Estados Membros e outros aliados, para promover a equidade em saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas. O foco de uma cooperação técnica internacional é o desenvolvimento de

Cumpra aqui abrir um parêntese para ressaltar que a OPAS foi criada em 1902 e incorporada à OMS em 1949, sendo responsável pela realização de doze Conferências Sanitárias Pan-Americanas, nomenclatura adotada a partir de 1924, pois até então se utilizava a expressão Conferência Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas.

Não obstante, Melo<sup>99</sup> destaca que, a Convenção realizada em Roma no ano de 1907, possui importante papel na consolidação de políticas públicas voltadas às questões sanitárias, já que foi nesse momento que foram repactuadas convenções anteriores. Não obstante, também contou com a participação praticamente de todos os países europeus.

O que se percebe é que todos os encontros mencionados, que antecederam a criação da OMS, objetivaram o controle e prevenção de doenças entre os países e, conseqüentemente, estabelecer um consenso sanitário, principalmente porque havia, à época, preocupação com o deslocamento de pessoas entre os países.

A questão se agrava se considerado o fato de que até a criação da OMS existiam várias organizações sanitárias globais, situação que dificultava o efetivo controle das questões sanitárias, até porque inexistia um documento que vinculasse e unisse os países. Tal problema perdurou, segundo Oliveira,<sup>100</sup> até 1946, quando foi instituída a OMS.

Outrossim, como observa Cabral,<sup>101</sup> os problemas evidenciados ao fim da Segunda Guerra Mundial demonstraram a necessidade de se instituir um organismo de alcance global, padronizando ações no enfrentamento de problemas sanitários. Portanto, o processo de legitimação de um organismo internacional voltado à promoção da saúde pública foi lento e controverso, repleto de normativas que não contaram com a adesão esperada, além de posicionamentos algumas vezes contraditórios, decorrentes das múltiplas agências internacionais.

Nesse contexto é que a China e o Brasil apresentaram, então, sugestão para que fosse instituída uma organização autônoma, que se consolidou no ano de 1946, quando foi criada a OMS. Assim, entrou em vigor no dia 07 de abril de 1948, “após

---

capacidades, de instituições e de indivíduos para a geração de mudanças e transformações socioeconômicas”.

<sup>99</sup> MELO, 2020, p. 42.

<sup>100</sup> OLIVEIRA, Pedro Farias. Desafios do Direito Internacional Sanitário durante a pandemia de Covid-19: poder normativo, retirada e financiamento da Organização Mundial de Saúde. **Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 73-103, 2021. p. 77.

<sup>101</sup> CABRAL, 2020, p. 195-196.

ratificada por 26 dos 61 Estados que participaram da Conferência Mundial de Saúde, em Nova York, em 1946".<sup>102</sup> Atualmente a OMS conta com 194 Estados-membros.

A Conferência que culminou na criação da OMS foi a primeira a ser celebrada sobre a orientação da ONU, sete meses após a primeira Assembleia Geral das Nações Unidas. Participaram da Conferência 51 Estados-membros das Nações Unidas e 13 Estados não membros, que participaram como convidados do Conselho Econômico e Social, sendo a grande maioria aliados da ocupação da Alemanha. E contou, também, com atores não sociais, a exemplo da Liga de Sociedade da Cruz Vermelha.

Não bastasse isso, na própria Carta da ONU constou a obrigatoriedade de se buscar, no cenário internacional, medidas para solução dos problemas sociais, sanitários e conexos.<sup>103</sup> Portanto, o surgimento da ONU corroborou para que as discussões acerca da necessidade de um organismo internacional permanente e voltado especificamente à saúde fosse instituído.

Anote-se, ainda, que o Brasil ratificou a constituição a OMS no ano de 1948, por força do Decreto nº 26.042. Desta feita, tem-se que a OMS é uma agência especializada e independente vinculada ao Conselho Econômico e Social da ONU, ao lado de tantas importantes como: Organização Internacional do Trabalho (OIT); Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO); Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) etc.

As organizações de saúde existentes (como a Organização Pan-Americana de Saúde) foram integradas a OMS como escritórios regionais para garantir a coordenação, e os novos escritórios em nível regional e nacional foram criados para estabelecer uma presença mundial.

Como bem observa Oliveira,<sup>104</sup> o status de agência especializada é consagrado no preâmbulo da Constituição da OMS, termo também utilizado nos arts. 57 e 59 da Carta da ONU. Logo, já do preâmbulo da Constituição da OMS, percebe-se que se trata de organismo internacional distinto da ONU, motivo pelo qual possui personalidade jurídica própria e autonomia financeira. Assim, o fato de ser vinculada a ONU é apenas uma circunstância fática, pois os mesmos Estados que participam

---

<sup>102</sup> CABRAL, 2020, p. 188.

<sup>103</sup> OLIVEIRA, 2021, p. 76.

<sup>104</sup> Ibid., p. 79.

da ONU também integram a OMS,<sup>105</sup> o que em tese, em razão da integralização da organização com sua agência, tornariam mais fáceis as decisões e o alcance das medidas de prevenção e enfrentamento de doenças.

Isso se deve porque as organizações internacionais buscam, sobretudo, a proteção de valores da sociedade internacional, permitindo uma governança por meio do compartilhamento de informações, na medida em que reconhecem que todos os Estados membros possuem um papel no cenário internacional e, por isso, é necessário um órgão que direcione, que seja o centro de convergência dessa atuação.<sup>106</sup>

Desta feita, enquanto agência internacional especializada, a OMS contribui sobremaneira para a construção de uma governança efetiva na seara internacional, pois fornece informações aos Estados-membros, norteia discussões, estabelece parâmetros, entre outras medidas, sempre com vistas a proporcionar a efetivação do direito à saúde.

A OMS é uma agência intergovernamental que tem como escopo executar funções internacionais objetivando aprimorar a saúde global. De acordo com o preâmbulo da Constituição da referida organização: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Sendo assim, é possível afirmar que a promoção da saúde entre todos os povos, em seu sentido amplo, é o mister a ser atingido pela organização.

Por isso, a própria Constituição da OMS apresenta o objetivo desta agência especializada internacional, nos termos do art. 1º, qual seja, de aquisição, por todos os povos, o nível de saúde mais elevado que for possível. Trata-se de ambicioso objetivo, motivo pelo qual o diploma supracitado estabelece, em seu art. 2º, as funções a serem exercidas pela OMS, que revelam, por conseguinte, a sua importância, ao mesmo tempo em que estabelece instrumentos para que o objetivo descrito acima seja alcançado.<sup>107</sup>

---

<sup>105</sup> Além de todos os países integrantes da ONU, a OMS possui como membros dois Estados que não são membros da ONU: Niue e as Ilhas Cook.

<sup>106</sup> CABRAL, 2020, p. 185.

<sup>107</sup> Assim dispõe o art. 2º, da Constituição da OMS, *in verbis*:

Capítulo II - Funções

Artigo 2. Para conseguir o seu objetivo, as funções da Organização serão:

a) Atuar como autoridade diretoria e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde;

Desde a sua criação, a OMS atuou em importantes momentos da história. Cabral<sup>108</sup> exemplifica a atuação na vacinação da pólio, o programa mundial de imunização de várias doenças, o controle da diabetes e doenças cardíacas e, mais recentemente, a pandemia da Covid-19.

- 
- b) Estabelecer e manter colaboração efetiva com as Nações Unidas, organismos especializados, administrações sanitárias governamentais, grupos profissionais e outras organizações que se julgue apropriado;
  - c) Auxiliar os Governos, a seu pedido, a melhorar os serviços de saúde;
  - d) Fornecer a assistência técnica apropriada e, em caso de urgência, a ajuda necessária, a pedido dos Governos ou com o seu consentimento;
  - e) Prestar ou ajudar a prestar, a pedido das Nações Unidas, serviços sanitários e facilidades a grupos especiais, tais como populações de territórios sob tutela;
  - f) Estabelecer e manter os serviços administrativos e técnicos julgados necessários, compreendendo os serviços de epidemiologia e de estatística;
  - g) Estimular e aperfeiçoar os trabalhos para eliminar doenças epidêmicas, endêmicas e outras;
  - h) Promover, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, a prevenção de danos por acidente;
  - i) Promover, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, o melhoramento da alimentação, da habitação, do saneamento, do recreio, das condições econômicas e de trabalho e de outros fatores de higiene do meio ambiente;
  - j) Promover a cooperação entre os grupos científicos e profissionais que contribuem para o progresso da saúde;
  - k) Propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações respeitantes a assuntos internacionais de saúde e desempenhar as funções que neles sejam atribuídas à Organização, quando compatíveis com os seus fins;
  - l) Promover a saúde e o bem-estar da mãe e da criança e favorecer a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável;
  - m) Favorecer todas as atividades no campo da saúde mental, especialmente as que afetam a harmonia das relações humanas;
  - n) Promover e orientar a investigação no domínio da saúde;
  - o) Promover o melhoramento das normas de ensino e de formação prática do pessoal sanitário, médico e de profissões afins;
  - p) Estudar e relatar, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, as técnicas administrativas e sociais referentes à saúde pública e aos cuidados médicos sob os pontos de vista preventivo e curativo, incluindo os serviços hospitalares e a segurança social;
  - q) Fornecer informações, pareceres e assistência no domínio da saúde;
  - r) Ajudar a formar entre todos os povos uma opinião pública esclarecida sobre assuntos de saúde;
  - s) Estabelecer e rever, conforme for necessário, a nomenclatura internacional das doenças, das causas de morte e dos métodos de saúde pública;
  - t) Estabelecer normas para métodos de diagnóstico, conforme for necessário;
  - u) Desenvolver, estabelecer e promover normas internacionais com respeito aos alimentos, aos produtos biológicos, farmacêuticos e semelhantes;
  - v) Dum modo geral, tomar as medidas necessárias para alcançar os fins da Organização
- (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) 1946: Feito na cidade de Nova Iorque em 22 de Julho de 1946, num único exemplar, feito em língua chinesa, espanhola, francesa, inglesa e russa, sendo cada um dos textos igualmente autêntico. Os textos originais serão depositados nos arquivos das Nações Unidas. O Secretário-Geral das Nações Unidas enviará cópias autênticas a cada um dos Governos representados na Conferência. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 20 set. 2022.

<sup>108</sup> CABRAL, 2020, p. 119.

Os exemplos buscam apenas demonstrar a importância da OMS no cenário internacional, com ações preventivas e também combativas, de alcance mundial, com vistas principalmente à erradicação de doenças, como se deu com a varíola.

Segundo Alves,<sup>109</sup>

Em 1985, a OMS, através da chamada Carta de Fortaleza, estabeleceu algumas recomendações acerca das práticas mais apropriadas em relação ao parto, como: a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto, entre outras (WHO, 1985). O que observamos é que, em que pese ainda em 1985 não haver discussões sobre o termo “violência obstétrica”, algumas condutas hoje consideradas como violência obstétrica, já eram reprimidas, assim como já havia recomendações de condutas mais apropriadas para o parto

Por último, segundo lembra Oliveira,<sup>110</sup> o fato de estar vinculada à ONU, apesar de ser dotada de personalidade jurídica própria, evidencia algumas conexões, a exemplo da possibilidade da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (AGONU) direcionar recomendações à Assembleia Geral da OMS. Porém, essas recomendações podem ou não ser acatadas pela OMS.

As recomendações da OMS são de extrema importância, vez que refletem as necessidades e preocupações do mundo, e não apenas de uma dada região. O que nos permite observar que condutas inaceitáveis perpetradas para com as mulheres gestantes são realizadas em todo o mundo, não apenas no Brasil.<sup>111</sup>

Outrossim, a vinculação da OMS à ONU também leva a uma consequente cooperação entre os demais órgãos, sempre com vistas a possibilitar maior cooperação no âmbito internacional e proporcionar maior efetividade, principalmente nas situações de emergência em saúde pública de interesse internacional.

No que diz respeito especificamente às gestantes, tem-se recomendações da OMS, a exemplo das Recomendações Globais de 2016, que traz recomendações para o pré-natal, tais como: realização de um ultrassom antes da vigésima quarta semana de gestação para melhorar a detecção de anomalias fetais e gestações múltiplas e, assim, reduzir a indução do trabalho de parto; campanhas para conscientizar as

---

<sup>109</sup> ALVES, Vanessa Gomes de Sousa. **Violência obstétrica e os procedimentos com fins didáticos: conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos**. 2020. 136 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. p. 61.

<sup>110</sup> OLIVEIRA, 2021, p. 189.

<sup>111</sup> ALVES, 2020, p. 61.

gestantes dos riscos do uso de bebida alcoólica no curso da gravidez; recomendações nutricionais gerais, versando sobre a alimentação da gestante que deve ser diversificada; a recomendação de elaboração o partograma, como já mencionado anteriormente, entre outras, que vão desde o atendimento à gestante, quando chega em uma unidade de saúde, até decisões referentes aos partos, quando de risco.

Não obstante, as recomendações são esparsas, não há preocupação em se estabelecer diretrizes unificadas, em especial à luz dos direitos da paciente gestante, para resguardar sua integridade física e psíquica.

Contudo, resta evidente que a OMS exerce importante papel no cenário internacional, o que decorre do objetivo declarado no art. 1º da sua Constituição. Logo, cabe ao organismo internacional envidar esforços para proporcionar bem-estar a todos os indivíduos e, conseqüentemente, excelência em matéria de saúde, inclusive da mulher gestante.

### 2.2.3 Comitê CEDAW

No tópico 2.1.1 abordou-se a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres. E, para assegurar as disposições insertas no referido documento de Direito Internacional, tem-se o Comitê CEDAW, órgão responsável por uma série de recomendações para tutelar os direitos da mulher e que, por isso, se aplicam à gestante, ainda que a ela não façam menção direta.

O Comitê da CEDAW é composto por vinte e três especialistas independentes que são eleitos para mandatos de quatro anos por votação secreta, realizada pelos Estados-Partes da Convenção. Os especialistas do Comitê CEDAW são escolhidos por região (Caribe, África, Ásia, América Latina, Leste e Oeste Europeu) para que haja igualdade de representação. As regras de procedimento da CEDAW estabelecem “que os oficiais podem ser reeleitos, desde que o princípio de revezamento seja mantido”.<sup>112</sup>

Anote-se que o comitê em comento é de natureza permanente e dedica-se à análise de relatórios periódicos elaborados pelos Estados-parte, que se comprometem

---

<sup>112</sup> SANTOS, Cláudia; PEREIRA, Alexsandro Eugenio. Direitos humanos das mulheres: uma análise sobre as recomendações do Comitê CEDAW/ONU ao Estado brasileiro. **Moções, Revista de Relações Internacionais da UFGD**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 152-182, 2017. p. 161.

a cumprir as disposições da Convenção acima mencionada. Os relatórios devem expor as ações em prol da concretização dos direitos da mulher.

Segundo Andrade, Pinto e Barroso,<sup>113</sup>

[...] a relação entre os Estados signatários e o Comitê se dá pelo comprometimento dos Estados-partes em submeter ao Secretário Geral das Nações Unidas para o posterior exame do Comitê, no intervalo mínimo de 4 (quatro) anos, um relatório apontando as medidas legislativas, judiciárias, administrativas ou outras para a efetivação dos direitos previstos na Convenção. Segundo o artigo 21 da Convenção, o Comitê formulará recomendações ou sugestões gerais baseadas nestes relatórios, demonstrando ao Estado signatário como poderia ser melhorada a situação que resulta em discriminação contra à mulher.

Para exemplificar, o Brasil, signatário da Convenção desde o ano de 1984, envia ao Comitê relatórios periódicos desde o ano de 2002. No referido ano foram encaminhados relatórios referentes a 1985, 1989, 1993, 1997 e 2001. Após, foram encaminhados relatórios em 2005 e 2010.<sup>114</sup>

Segundo Campbell:<sup>115</sup>

[...] as recomendações do Comitê CEDAW têm reforçado a importância de aspectos inicialmente citados apenas no preâmbulo da Convenção (como pobreza e raça), bem como da desigualdade interseccional, para que se construam estratégias de acesso de todas as mulheres aos Direitos Humanos contidos na Convenção. [...] em mais de uma ocasião [...] tem observado que as mulheres de grupos étnicos minoritários, idosas, deficientes e migrantes, mulheres encarceradas e mulheres e meninas que vivem nas ruas são particularmente vulneráveis às desigualdades e discriminações.

Anote-se, ainda, que o Comitê em comento é responsável, pela análise axiológica e pela interpretação das disposições insertas na Convenção e, também, por averiguar a sua eficácia e aplicação pelos Estados-parte.

Em relação à saúde, tem-se resposta ao relatório enviado no ano de 2005, como importante no que tange a preocupação com a gestante, tendo recomendado medidas voltadas às adolescentes e alertado para o número de abortos não seguros, momento em que recomendou, entre outras medidas, o prosseguimento do Estado

---

<sup>113</sup> ANDRADE, Mariana Dionísio de; PINTO, Eduardo Régio Girão de Castro; BARROSO, Ana Beatriz de Mendonça. Eficácia das recomendações da CEDAW e as políticas públicas de proteção à maternidade e saúde da mulher no Brasil. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. e38047-e38047, 2020. p. 09.

<sup>114</sup> KYRILLOS, Gabriela M.; STELZER, Joana. Uma análise interseccional de gênero e raça sobre as medidas adotadas em prol da eficácia da CEDAW no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 61, p. e216113, 2021. p. 03.

<sup>115</sup> CAMPBELL, Meghan. CEDAW and Women's Intersecting Identities: a Pioneering New Approach to Intersectional Discrimination. **Revista Direito GV**, São Paulo, n. 11, v. 2, p. 479-504, 2015.

nos esforços para aumentar o acesso à assistência à saúde, o fortalecimento de medidas preventivas à gestações indesejadas, a implementação de medidas para a redução da mortalidade materna e a promoção de acesso às mulheres que desejam interromper a gestação.<sup>116</sup>

Por último, mas não menos importante, tem-se que o Comitê integra o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos, ganhando relevância, pois é instituído pela Convenção Americana de Direitos Humanos. Dentre suas inúmeras funções, destacam-se a tutela dos direitos humanos da mulher, claramente violados quando ela é vítima de violência doméstica ou qualquer outra forma de violência pelo simples fato de ser mulher.

Em que pese a importância do CEDAW, segundo Santos e Pereira, poucas são as reclamações levadas ao referido Comitê, senão veja-se:

Até o ano de 2012 foram registrados quarenta casos, sendo a maioria contra os membros do Conselho Europeu ou do Canadá. O Brasil, o Peru e as Filipinas têm um caso contra eles cada um. Segundo Schöpp-Schilling (2007), o protocolo opcional de 1999 tem dois objetivos. O primeiro é fortalecer a Convenção, por meio do “procedimento de comunicação”, pelo qual grupos ou indivíduos podem relatar suas queixas ao Comitê CEDAW. O segundo objetivo é permitir, segundo Riggan (2011), que o Comitê analise potenciais abusos aos Direitos das mulheres nos países que adotaram o Protocolo através de um “procedimento de inquérito”, com caráter confidencial e dependente da cooperação do Estado-membro. Este, por sua vez, pode produzir relatórios públicos para aumentar a transparência e potencializar a ação da CEDAW. Além disso, o Comitê CEDAW ampliou o tempo das reuniões por causa das intensas pressões de grupos e ONGs de Direitos Humanos das mulheres

Resta claro, do até aqui exposto, que o Comitê CEDAW monitora o exercício dos direitos das mulheres nos Estados-parte por meio da análise de relatórios apresentados periodicamente, da preparação de recomendações gerais para a efetivação da Convenção e, ainda, considerando as comunicações apresentadas por indivíduos ou grupos que aleguem violação aos direitos previstos na Convenção CEDAW.

Significa dizer que, em casos de violação dos direitos da gestante, cabe à mulher ou as ONGs, ou outras organizações da sociedade civil organizada, levar a reclamação até o Comitê, quando o Comitê então inicia um diálogo com o Estado-

---

<sup>116</sup> ANDRADE; PINTO; BARROSO, 2020, p. 11.

parte acusado da violação dos direitos e verifica providencias para a superação do problema.

Anote-se que o procedimento para peticionar junto ao Comitê se encontra elencado no Protocolo Facultativo da CEDAW, adotado pela ONU em 1999. Até 2002, mais de 30 países já haviam ratificado, dentre eles o Brasil, que o fez por meio do Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002. Esse Decreto, em seu art. 2º, dispõe:

As comunicações podem ser apresentadas por indivíduos ou grupos de indivíduos, que se encontrem sob a jurisdição do Estado Parte e aleguem ser vítimas de violação de quaisquer dos direitos estabelecidos na Convenção por aquele Estado Parte, ou em nome desses indivíduos ou grupos de indivíduos. Sempre que for apresentada em nome de indivíduos ou grupos de indivíduos, a comunicação deverá contar com seu consentimento, a menos que o autor possa justificar estar agindo em nome deles sem o seu consentimento.

Anote-se que as comunicações devem ser feitas por escrito e são vedadas reclamações anônimas. Exige, ainda, que as instâncias locais e recursos da jurisdição interna tenham sido esgotadas ou que a utilização desses recursos estaria sendo protelada além do razoável ou deixaria dúvida quanto a produzir o efetivo amparo.

Portanto, se violados os direitos da paciente gestante, a exemplo do direito à vida, da integridade, da não discriminação, do direito à saúde, entre outros, e omissos o Estado brasileiro, pode a questão ser levada de forma pessoal ou por meio de grupos de indivíduos ao Comitê CEDAW, que irá analisar a questão e fazer recomendações ao Brasil, caso verificada violação às disposições da Convenção CEDAW.

### **3 DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE NO DIREITO INTERNO E NO DIREITO COMPARADO**

A proteção à maternidade evoluiu com o passar dos anos no Brasil, tendo em vista a busca, cada vez mais, pela igualdade entre homens e mulheres. Contudo, a necessidade da inserção de institutos protetivos à mulher, sobretudo à gestante, busca não só a proteção da própria mulher, como também da espécie humana, principalmente no estágio inicial de vida, cuja dependência do infante é exclusiva.

Com isso, foram inseridas no ordenamento jurídico diversas modalidades/formas de garantias às mulheres gestantes, acompanhando as grandes mudanças ocorridas ao longo dos anos nos costumes e nos cenários governamentais futuros.

Em que pese toda a evolução, ainda são inúmeras as formas de violação aos direitos humanos da gestante, a exemplo da violência obstétrica. Antes, porém, de se abordar tal questão, é preciso contextualizar historicamente o tema no Estado brasileiro, objeto do próximo tópico.

#### **3.1 CONTEXTO HISTÓRICO NO BRASIL**

Historicamente, o profissional médico exerce, sobre seus pacientes, um certo poder em virtude do discurso dotado de um conhecimento específico e, não raras vezes, ignoram as particularidades de cada paciente.

O discurso médico garantiu sua hegemonia perante a sociedade no final do século XIX, época na qual surgiu o capitalismo e, com ele, o corpo do homem tornou-se força de produção, passando assim a ter um valor de moeda. Logo, se viu a necessidade de garantir a saúde dos indivíduos e diminuir as altas taxas de mortalidade. Nesse aspecto, o discurso da saúde passou a ser transformado em um instrumento de poder.

Nos últimos anos, a temática “violência obstétrica” vem ganhando relevo, sendo discutida em diversas áreas, principalmente pela maior conscientização dos direitos das gestantes e das consequências das práticas de violência para a mulher, a curto, médio e longo prazo.

Com o progresso da Medicina, conseqüentemente, também se deu a institucionalização do parto. Esse, por sua vez, tornou a assistência obstétrica à

mulher impessoal e padronizada, pois o atuar do médico era apenas voltado a prevenir ou reduzir complicações e, assim, o nascimento deixou de ser tratado como evento natural e passou a ser tratado como doença.

A institucionalização procurou apresentar soluções medicalizantes para todos os partos, assim qualificados pelos médicos sem qualquer base científica. Neste contexto, ao longo dos anos se naturalizou, na assistência obstétrica, a guarda do protagonismo da gestante ou parturiente como ser autônomo e detentora de direitos do seu ciclo gravídico, naturalizando a adoção das práticas que englobam a violência obstétrica.

O termo “violência obstétrica” é designado para caracterizar as condutas médicas praticadas pelos profissionais da saúde sem que a gestante ou parturiente tenha a oportunidade de ser esclarecida e concordar com os riscos implícitos e, principalmente, de participar da escolha entre um ou outro procedimento.<sup>117</sup> Ou seja, a mulher é tratada como objeto da medicina, e não como sujeito de direitos. Assim sendo, a violência obstétrica é uma espécie do gênero violência contra a mulher, sendo o agente agressor o profissional da saúde que, ao invés de promover o cuidado da mulher grávida, acaba gerando um descuido, posto que viola os direitos fundamentais e a dignidade humana da gestante, dos quais se extraem os direitos sexuais e reprodutivos, o direito à vida, o direito à saúde e o direito à integridade física e moral.

Por esse ângulo, a violência obstétrica pode ser praticada no período da assistência médica prestada no pré-natal da gestante, como também na realização do parto e nos atendimentos médicos pós-parto. Assim, segundo Gonzales e Oliveira,<sup>118</sup> a violência obstétrica é “[...] observável através de condutas que ofendem e humilham a mulher e sua família, que infligem sofrimento físico e moral tanto à mãe como ao bebê, como gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação [...]”, marcados pela falta de sensibilidade ao estado gravídico da mulher.

Portanto, o tema escolhido para elaboração do presente estudo foi a violência obstétrica, delimitando-o na análise dos direitos da gestante de ser assistida e ter um parto humanizado, valorizando o momento da maternidade.

---

<sup>117</sup> GONZALES, Ana Paula da Silva; OLIVEIRA, Jussara Martins Cerveira de. Violência obstétrica e o dano moral. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça/RJDSJ**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 316-318, 2018.

<sup>118</sup> Ibid., p. 316.

No Brasil, apesar de inexistir uma lei de caráter nacional, que tipifique a violência obstétrica, é pacífico na literatura majoritária que o dano moral é aquele decorrente de episódios que, por extrapolarem um mero aborrecimento, infringem os direitos personalíssimos, os quais são intrínsecos à pessoa humana, sendo indiferente, para tanto, a aferição de critérios como idade, gênero, raça ou cor, isto é, todos os seres humanos são igualmente portadores de direitos personalíssimos.

Sendo assim, vez que a gestante, parturiente e puérpera se encontra em especial estado de fragilidade, é primordial que o dano moral seja reconhecido, pois além de ter o intento de recompensar a vítima pelo abalo emocional suportado, também possui o objetivo de inibir que o lesante pratique tal conduta novamente.

Antes, porém, de se passar à análise da violência obstétrica propriamente dita, faz-se necessário contextualizar o Sistema Único de Saúde, objeto do próximo tópico.

### 3.2 O SUS

O direito à saúde está consagrado como direito fundamental na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CFRB/88), considerado pertencente a um conjunto de valores básicos. Conforme Ferrajoli,<sup>119</sup> são direitos fundamentais todos os direitos de ordem subjetiva, que concernem a todos os seres humanos, enquanto iguais, sujeitos de direito. Assim, são direitos universais no sentido da quantificação universal da classe dos sujeitos que deles são titulares.

Como os atingidos por esses direitos são os indivíduos, a CFRB/88 atribuiu um significado excepcional e uma atenção redobrada aos chamados direitos individuais, colocando-os no início do texto constitucional, com a intenção de dar-lhes destaque especial para que seja possível observar a atribuição de um modelo extremamente democrático e social, pois confere caráter de igualdade aos atores atingidos pela CFRB/88, a população.<sup>120</sup>

---

<sup>119</sup> FERRAJOLI, Luigi. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Tradução Alexandre Salin, Alfredo Copetti Neto, Daniela Cadermari (outros). Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

<sup>120</sup> TOALDO, Adriane Medianeira; BERGHAHN, Márcia Muhlbaier. Desjudicialização do direito à saúde: a integração entre a sociedade e o estado como alternativa de enfrentamento. In: COSTA, Marli M. M. da; RODRIGUES, Hugo Thamiir (orgs.). **Direito e políticas públicas**. Curitiba: Multideia, 2014.

Segundo Roberta da Silva e Aline Marques,<sup>121</sup> são direitos fundamentais os que estão positivados nas Constituições, representam a expressão mais afeta à proteção constitucional dos direitos dos cidadãos, liga-se aos aspectos ou matizes constitucionais, internos, de proteção, aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado.

Ainda relacionando a saúde como um direito fundamental, há necessidade de trazer ao debate as palavras de Barroso,<sup>122</sup> dispondo que o Estado constitucional de direito gravita em torno da dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana é o centro de irradiação dos direitos fundamentais, sendo frequentemente identificada como o núcleo essencial de tais direitos.

Os direitos fundamentais incluem: a) a liberdade, isto é, a autonomia da vontade, o direito de cada um eleger seus projetos existenciais; b) a igualdade, que é o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões evitáveis; c) o mínimo existencial, que corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público. Os três Poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário – têm o dever de realizar os direitos fundamentais, na maior extensão possível, tendo como limite mínimo o núcleo essencial desses direitos.

Da mesma forma que o direito à vida, o direito à saúde aparece como reflexo imediato da dignidade da pessoa humana, como fundamento da República Federativa do Brasil, afastando a ideia de supremacia das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual.<sup>123</sup> Com a previsão no art. 6º, caput, da CFRB/88, a saúde está prevista como um direito fundamental social, uma vez que se trata de um direito de todos e dever do Estado, retomada no art. 196

---

<sup>121</sup> SILVA, Roberta da; MARQUES, Aline Damian. Direitos Humanos e Direitos Fundamentais: a construção de uma longa trajetória histórica. STURZA, Janaína Machado (Org.). **Os direitos fundamentais na perspectiva das políticas públicas**. Curitiba: CRV, 2015.

<sup>122</sup> BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009.

<sup>123</sup> KÖLLING, Gabrielle; JABER, Gabriela Zahia. Direito à saúde, municípios e a transdisciplinariedade. In: MARTINI, Sandra Regina; MAIA, Selmar José (Orgs.). **O movimento entre os saberes**. Porto Alegre: Evagraf, 2016.

quando resta estabelecido, em sentido amplo, que cabe ao Poder Público resguardar e garantir esse direito.<sup>124</sup>

Estando a saúde na ordem constitucional, evidencia-se também como condição de direito fundamental, podendo impor obrigações ao Estado, justamente pelo fato de constar no texto constitucional como fundamental, inclusive com políticas de implementação do SUS, da aplicação mínima dos recursos em saúde e do dever geral de respeito à saúde.<sup>125</sup> Ocorre que o direito à saúde nem sempre foi reconhecido como um direito fundamental:

Esse status de direito fundamental somente foi dado à saúde na Carta Magna de 1988, que foi além de reconhecê-lo como tal, mas sim, estabeleceu as bases para o Sistema Único de Saúde – SUS. No que tange à nomenclatura direito fundamental pode-se dizer que essa foi construída a partir da participação, porque não, inusitada, da população, cujo ensejo foi a temática dos direitos humanos, além do contexto social vivenciado na década de 80, que era o momento ideal para a construção de um documento social e político.<sup>126</sup>

Ao abordar o surgimento do SUS e sua importância na prestação de serviços de saúde pública no Brasil, Nascimento<sup>127</sup> chama a atenção para o ideal de universalização, para a aproximação do sistema público de saúde da comunidade.

Para Toaldo e Berghahn,<sup>128</sup> o objetivo de se prestar serviço a toda e qualquer pessoa sob demanda do texto constitucional fica evidenciado, tornando os direitos fundamentais acessíveis a todos e a qualquer um. Observa-se a relevância dada ao tema saúde na CFRB/88, com previsão também em seu art. 197, no art. 198, inciso II, quando trata do atendimento integral, e no art. 196, *in fine*, do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Pode-se observar o direito à saúde em diversos momentos na CFRB/88, seja no plano de direito, no plano de dever de prestação pelo Estado, no sentido amplo, de Poder Público, com eficácia direta e imediata, pois envolve subjetivamente outros direitos, bem como o direito à vida.

---

<sup>124</sup> SLAIBI, Maria Cristina Barros Gutiérrez. O direito fundamental à saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 227-233, 2010.

<sup>125</sup> TOALDO; BERGHAHN, 2014.

<sup>126</sup> KÖLLING; JABER, 2016, p. 79.

<sup>127</sup> NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes do Nascimento. **Reprodução, desigualdade e políticas públicas de saúde: uma etnografia da construção do “desejo de filhos”**. 2009. 213 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

<sup>128</sup> TOALDO; BERGHAHN, op. cit.

Além disso, em que pese os serviços públicos de saúde serem concretizados por um sistema único, a CFRB/88 abriu para que a iniciativa privada atue no setor, podendo a exploração econômica dos serviços de saúde ocorrer de forma complementar, quando o prestador de serviços de saúde atua dentro das diretrizes do SUS, e suplementar, sem vinculação direta com o SUS.<sup>129</sup>

A partir da previsão constitucional, a prestação do serviço público de saúde não está restrita aos trabalhadores do mercado formal, sendo seu acesso universal e igualitário. O Estado, como forma de efetivar essa gestão universal, organizou o SUS atribuindo competência concorrente aos entes federados, ou seja, tanto a União, Estados e municípios podem legislar sobre proteção e defesa da saúde, como prevê o art. 24, inc. XII da CFRB/88.<sup>130</sup>

No entanto, faz-se necessário salientar que, apesar de sua concretização depender da atuação pública, representada pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, por meio das políticas públicas, ao Município toca a responsabilidade da atenção básica em saúde, compreendida dentro do pilar da integridade.<sup>131</sup>

Ainda sobre a competência, salienta-se, nas palavras de Barroso,<sup>132</sup> que a atribuição de competência comum não significa que o propósito da CFRB/88 seja a superposição entre a atuação dos entes federados, como se todos detivessem competência irrestrita em relação a todas as questões, pois isso, inevitavelmente, acarretaria a ineficiência na prestação dos serviços de saúde, com a mobilização de recursos federais, estaduais e municipais para realizar as mesmas tarefas.

A solidariedade entre os entes federativos é justamente para tornar o serviço de saúde mais eficaz, não podendo ser restringido o direito do cidadão por falta de condições financeiras pela administração pública, visto tratar-se de um direito fundamental que deve ser prestado àqueles que necessitam. No entanto, é comum encontrar certa dificuldade em abordar amplamente a dimensão de saúde, pois o texto constitucional não define especificamente o que vem a ser saúde, colocando em xeque a atuação do judiciário para efetivar os direitos a ela referentes. As críticas à judicialização excessiva das questões de saúde se concentram nos riscos à

---

<sup>129</sup> KÖLLING; JABER, 2016, p. 79.

<sup>130</sup> PETERSEN, Leticia Lassen. Direito Constitucional à saúde e sua efetivação. COSTA, Marli M. M. da; HERNANY, Ricardo; SODER, Rodrigo Magnos (orgs.). **Direito, cidadania e políticas públicas**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2011.

<sup>131</sup> KÖLLING; JABER, op. cit., p. 82.

<sup>132</sup> BARROSO, 2009.

legitimidade democrática, na politização indevida da justiça e nos limites da capacidade institucional do judiciário.<sup>133</sup>

Por outro lado, importante esclarecer que ainda há muitos debates e controvérsias quanto ao funcionamento do SUS.

Com a instituição do SUS, a equidade na saúde avançou principalmente no que se refere à ampliação do acesso, criação e execução de novos programas; se ampliou a cobertura de inúmeros serviços, porém ainda persiste a desigualdade de acesso da população ao sistema de saúde. Persistem diferenças de acesso, limites e oportunidades diferenciadas em virtude de critérios seletivos e excludentes. O princípio da universalidade tem contribuído para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, porém não tem criado condições para o estabelecimento da equidade. Torna-se necessário, para isso, a reformulação e adaptação de programas e ações, objetivando equilibrar a distribuição e a organização de serviços conforme as necessidades específicas de cada segmento social que apresenta um variado leque de demandas, nem sempre percebidas e atendidas pelo poder público.<sup>134</sup>

Como o Brasil é um país com grande dimensão territorial, torna-se realmente um desafio atender às necessidades relativas à saúde, mas sendo um direito fundamental e constitucionalmente positivado, deve o Estado, buscar mecanismos para que as demandas sejam atendidas, independentemente de haver ou não dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O reconhecimento constitucional do direito à saúde o insere no rol dos direitos fundamentais, mas considerando que o conceito de saúde é aberto, a eficácia deste direito depende das decisões estatais que irão regulamentá-lo e definir a sua real proteção.<sup>135</sup>

Nesse sentido, com o objetivo de salvaguardar o direito à saúde, a CFRB/88 traz diversos dispositivos que têm como objetivo a tutela do direito à saúde, para garantir e preservar a qualidade de vida da população, eis que, já em seu Preâmbulo, destaca a indispensabilidade do Estado democrático assegurar o bem-estar da sociedade. Notoriamente, dentro de bem-estar, como uma das funções do Estado, encontra-se a Saúde Pública.<sup>136</sup>

O reconhecimento do direito à saúde não é um dado *a priori*, mas se constrói no cotidiano das relações travadas entre os usuários e as demandas, o Estado e a

---

<sup>133</sup> TOALDO; BERGHAIN, 2014.

<sup>134</sup> PREUSS, Lislei Teresinha. O direito à saúde em regiões fronteiriças: algumas reflexões e considerações. BEDIN, Gilmar Antonio (org.). **Cidadania, direitos humanos e equidade**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2012. p. 287.

<sup>135</sup> AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

<sup>136</sup> KÖLLING; JABER, 2016.

sociedade civil. Qualquer direito universal, como direito de cidadania, requer que o Estado ofereça serviços adequados, o acesso integral e diferentes níveis de atendimento, contemplando as demandas e necessidades dos cidadãos.<sup>137</sup>

No que tange à gestante, tem-se várias normativas, recomendações, entre outros instrumentos, que norteiam o atendimento da mulher no SUS. Por exemplo, o SUS assegura à gestante o direito a vários exames, tais como tipagem sanguínea; toxoplasmose; hemograma; glicemia; urinálise; exame preventivo de colo de útero; teste oral de tolerância à lactose; teste rápido para HIV; usg obstétrica; sífilis; coombs indireto e alguns outros.

Ainda, disponibiliza imunizantes de suma importância para a gestação saudável, como a vacina duplo adulto, a DTPA e a hepatite B.

Outrossim, a gestante tem direito ao atendimento de emergência em casos de sangramentos; quando o bebê deixa de se movimentar por muitas horas; dores anormais na barriga; febre; dor de estômago; falta de ar excessiva (ela é comum no último trimestre devido à compressão provocada pela barriga, mas se for em excesso pode indicar algum problema); dor de cabeça muito forte, entre outros.

De igual forma, é direito da mulher realizar o pré-natal em unidades de atenção básica à saúde mais próxima de sua residência para assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, permitindo partos com menores riscos para a mãe e para o bebê.

A mulher grávida deve iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde tão logo descubra ou desconfie que esteja grávida, preferencialmente até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

O acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes é para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, assim como para a consulta na unidade de saúde após o parto.

---

<sup>137</sup> PREUSS, 2012.

Caso identificadas intercorrências, ou situações especiais na gestação, como sífilis, hipertensão ou diabetes, a gestante tem direito a tratamento médico prioritário, para resguardar o bem-estar físico e psíquico da mulher e de seu feto.

Um dos documentos relevantes à proteção da gestante é a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Ela institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

Segundo a mencionada Portaria, a mulher, em casos de gestação de alto risco, tem direito a atendimento diferenciado, com infraestrutura adequada, equipe multidisciplinar, entre outras questões, com vistas a redução do número de cesárias e, como já dito, a uma gestação e parto saudáveis.

Dentre essas disposições administrativas e recomendações, tem-se o parto humanizado, que merece especial atenção neste estudo, conforme se aborda a seguir.

### 3.2.1 Do Parto Humanizado

No Brasil, o “Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” inspirou a elaboração do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), programa que, juntamente com a Rede Cegonha (RC), foi analisado pelo Ministério da Saúde e, em 2014, resultou no “Caderno Humaniza SUS, Humanização do Parto e do Nascimento”, que consiste na análise da implementação das diretrizes do PHPN e da RC no SUS.

De fato, o PHPN e a RC, ao serem instituídas no SUS, tem como objetivo que a assistência obstétrica passasse a ter como fundamento os princípios delineados ao SUS pela CFRB/88, a saber, a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social, de modo que fosse garantido a todas as gestantes, as parturientes, aos recém-nascidos e as puérperas toda a assistência obstétrica a que têm direito, vez que a saúde é um direito fundamental garantido na CFRB/88.<sup>138</sup>

---

<sup>138</sup> BRASIL. Ministério da saúde; Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento. Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. v. 4. Disponível

Como alternativa ao modelo hegemônico do parto institucionalizado, o Caderno Humanizado propõe o parto humanizado ou holístico; e, para tanto, traz a luz os resultados obtidos com o “Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia legal e Nordeste” (PqM), o qual teve como objetivo desenvolver um processo de transformação cultural a fim de desconstruir o modelo de tecnocrático.<sup>139</sup>

Cavalcante<sup>140</sup> define o parto humanizado como “um parto realizado da forma mais natural possível, em que não existe um procedimento rotineiro e as intervenções são realizadas apenas quando estritamente necessário”. Logo, a “[...] ideia é deixar que o bebê venha ao mundo naturalmente, sem a intervenção de terceiros”.<sup>141</sup>

O parto humanizado, que de fato é defendido por muitos adeptos, pode ser realizado no ambiente domiciliar ou nos Centros de Parto Normal, programa previsto pela Rede Cegonha, no qual a parturiente recebe o acompanhamento de uma enfermeira obstetra, sendo assegurado o seu direito de escolha, como poder se movimentar livremente e ter acesso a métodos não farmacológicos para amenizar as dores. Ademais, a Rede Cegonha estipula também que a equipe obstétrica realize visitas domiciliares à gestante e/ou puérpera, com o intuito de acompanhar a mulher e o bebê, para orientar os cuidados adequados, identificar possíveis anomalias e, nestes casos, efetuar o encaminhamento necessário.<sup>142</sup>

No entanto, os progressos ainda são tímidos, pois além dos cursos de medicina terem, na maioria dos casos, sua bibliografia baseada em livros desatualizados, muitos profissionais obstétricos, após a graduação, não realizam qualquer atualização, perpetuando um modelo tecnocrático, impermeável às mudanças que são baseadas em evidências científicas.<sup>143</sup>

---

em:[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 15 fev. 2023.

<sup>139</sup> Ibid., loc. cit.

<sup>140</sup> CAVALCANTE, Livia A. O parto no Brasil: pressupostos para uma assistência à gestante e ao nascituro. **Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná**, Curitiba, v. 33, n. 131, 2016. p. 07.

<sup>141</sup> Ibid., p. 07.

<sup>142</sup> MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Espírito Santo, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

<sup>143</sup> DINIZ, Simone G. et. al. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde maternal, e propostas para sua prevenção. **Revista do Crescimento Humano e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

Também em 2014, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), e com o apoio do Ministério da Saúde, lançou o programa Parto Adequado, com o “objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar”.<sup>144</sup>

O projeto teve início em 2015 e foi estruturado em três fases:<sup>145</sup>

**Fase 1:** fase piloto, entre 2015 e 2016, que contou com a participação de 35 hospitais e 19 operadoras de planos de saúde. Essa fase foi caracterizada por testes iniciais, que demonstraram a viabilidade do projeto.

**Fase 2:** Entre 2017 e 2019, participaram 108 hospitais e 60 operadoras de planos de saúde, caracterizando-se por estender a intervenção a uma variedade de prestadores e operadoras que representam o país. No Ciclo Intensivo da Fase 2, de 2020 a 2022, participaram 27 binômios de operadoras e hospitais, com acompanhamento mais próximo, conformando estratégias preparatórias para a fase de disseminação do Movimento Parto Adequado.

**Fase 3:** contempla medidas para promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala, com possibilidade de inclusão do conjunto de maternidades e operadoras do país.

O Parto Adequado se encontra em sua fase três, que consiste em uma campanha nacional com o lema “Construindo um Movimento para a Saúde, Segurança e Equidade na Gestação e no Parto”. Nesse sentido, o programa deixa de ser um projeto e passa a ser um movimento, com a proposta de disseminar as estrat egias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala.<sup>146</sup>

Com efeito, a proposta dos referidos programas   desestimular a realização do parto cesáreo, cujo percentual nos últimos anos só tem crescido no Brasil. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, do total de partos realizados em 2022, 57,7% foram cesarianos. O número cresce desde 2010, sendo considerado um recorde histórico. O Brasil é o segundo país do mundo que mais realiza o parto por meio da cesárea, perdendo apenas para a República Dominicana, que lidera a posição com 58% dos partos realizados a base de cirurgia.<sup>147</sup>

---

<sup>144</sup> GOV – GOVERNO FEDERAL; Ministério da Saúde. **Parto Adequado**. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>. Acesso em: 22 abr. 2023.

<sup>145</sup> Ibid.

<sup>146</sup> Ibid.

<sup>147</sup> CERQUEIRA, Sofia; FIPO, Maf : **Com hora certa: o que explica o recorde histórico de cesarianas no Brasil**: Fen meno é impulsionado por ansiedade e medo e alimentado por uma engrenagem pr -partos cirúrgicos. **Revista VEJA**. Publicado em 24 fev. 2023. Disponível em:

O parto cesáreo no Brasil se normalizou no final do século XX e se tornou um procedimento preferencial para todos os nascimentos, especialmente entre as grávidas de classe média e urbana. Em 2021, verificou-se que 86% dos partos realizados no sistema privado de saúde foram cesarianos.<sup>148</sup>

Os grandes números espelham a força de uma engrenagem que favorece a explosão de cesarianas. É quase impossível nos dias de hoje encontrar um obstetra de plano de saúde que aceite fazer parto normal sem cobrar uma “taxa de disponibilidade” pela espera — algo entre 10.000 e 25.000 reais. Para eles, que atualmente recebem das operadoras de saúde quantia semelhante nos dois tipos de parto, é mais vantajoso operar três, quatro mulheres em sequência do que passar doze horas às voltas com um nascimento.<sup>149</sup>

Sem desmerecer a importância dos programas governamentais acima citados, o fato é que o parto normal não pode ser imposto à mulher gestante de forma constrangedora, nem prolongado de modo a colocar a vida e saúde da mulher ou de seu filho em risco.

No SUS, são incontáveis os casos de negativa ao pedido de realização do procedimento de parto cesáreo, mesmo diante de uma situação de risco à vida e saúde da mulher gestante e/ou do nascituro.

Foi que aconteceu com Adriana Suely de Paulo Navarrete, de 23 (vinte e três) anos de idade, com mais de quarenta semanas de gestação. Na madrugada do dia 14 de junho de 2022, Adriana Suely buscou atendimento médico no Complexo Hospitalar dos Estivadores, município de Santos, Estado de São Paulo, com o objetivo realizar o seu parto no mesmo dia, haja vista a indicação de sua médica obstétrica por escrito. Os profissionais de saúde daquele hospital induziram Adriana Suely ao parto normal por quase três dias, enquanto ela implorava por cesáreo. Depois de muita dor e insistência, Adriana Suely teve seu pedido de parto cesáreo atendido no quarto dia de internação, mas sua bebê nasceu sem vida.<sup>150</sup>

---

<https://veja.abril.com.br/comportamento/com-hora-certa-o-que-explica-o-recorde-historico-de-cesarianas-no-brasil/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

<sup>148</sup> RODRIGUES, Karine. No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica. **Fundação Oswaldo Cruz**. Publicado em 06 jan. 2021. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1967-no-brasil-das-cesareas-a-falta-de-autonomia-da-mulher-sobre-o-parto-e-historica.html>. Acesso em: 22 abr. 2023.

<sup>149</sup> Ibid.

<sup>150</sup> LUZ, Ágata. Jovem denuncia hospital de Santos após a sua filha nascer morta: Exames diziam que ela estava ótima. **A Tribuna**. Publicado em 20 jun. 2022. Disponível em: <https://www.atribuna.com.br/cidades/geral/jovem-denuncia-hospital-de-santos-apos-filha-nascer-morta-exames-diziam-que-ela-estava-otima>. Acesso em: 22 abr. 2023.

Se durante o trabalho de parto, a mulher experimentar profundo sofrimento ou dor, ou ficar horas em trabalho de parto e decidir pela cesariana, os profissionais de saúde devem respeitar a sua decisão e atender o pedido. Por outro lado, ainda que nenhuma dor experimente e por motivos pessoais opte pela cesariana, a mulher deve ter respeitada a sua autonomia e o pedido deve ser atendido pelos profissionais de saúde.

No Estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 17.137/2019 assegura à mulher gestante o direito de optar pelo parto cesáreo a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação.<sup>151</sup>

No âmbito federal, há o projeto de lei nº 3.635/2019, que “garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal”, em trâmite na Câmara dos Deputados.<sup>152</sup> Cuida-se de um projeto de lei, ou seja, a lei não foi promulgada, de modo que esse direito ainda não é assegurado a todas as mulheres do Brasil.

Como se vê, a falta de autonomia e informação da mulher gera problemas em seus diversos níveis sociais. “Se, por um lado, mulheres em melhores condições financeiras passam por dificuldade para garantir o parto normal em gestações sem risco, por outro, grávidas de classes menos favorecidas economicamente encontram dificuldade no acesso ao atendimento”.<sup>153</sup>

Destarte, a cerne da denúncia das intervenções médicas inadequadas praticadas no período de internação até a realização do parto, a compreensão destas como violência obstétrica, é com efeito a busca de uma transformação social, no sentido de disseminar informações corretas sobre os procedimentos de partos disponíveis na medicina e reconhecer que as mulheres são donas de seus próprios corpos.

---

<sup>151</sup> ALESP – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019**. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>. Acesso em: 22 abr. 2023.

<sup>152</sup> CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº3.635/2019**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2208686>. Acesso em 22 abr. 2023.

<sup>153</sup> RODRIGUES, 2021.

### 3.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

O momento da maternidade é um importante ciclo na vida de muitas mulheres, repleto de expectativas e novas sensações, mas também pode ser um período em que a mulher vivencia situações de vexação e sofrimento, ocasionando danos físicos, morais e estéticos, convertendo, assim, a experiência da maternidade em um trauma.

O sofrimento suportado pelas gestantes e parturientes, durante a assistência médica, possui registro em diferentes décadas e com diversas denominações, tendo como marco inicial a época em que o parto passou a ser realizado por médicos nas instituições hospitalares.<sup>154</sup> De fato, as violências perpetradas na assistência médica, na sua maioria, são silenciosas, agressivas, opressoras, encobertas de machismo e dominação sobre o corpo da mulher.<sup>155</sup>

Neste contexto, dado que a prática médica é enraizada de vícios culturais, muitas mulheres não se percebem como vítimas da violência obstétrica, e quando assim se identificam, acabam optando pelo silêncio, seja pelo medo de serem abandonadas pelo médico no momento em que se encontram indefesas, seja por receio de sofrerem represálias ao denunciar.<sup>156</sup>

Outrossim, não se pode ignorar que apesar de todos os avanços da medicina, a violência obstétrica ainda é uma realidade, sobretudo praticada por profissionais que se aproveitam do estado de vulnerabilidade e acabam por estabelecer formas violentas de abordagem à parturiente.

Na maioria dos casos, é bastante dificultosa definir a conduta praticada como violência obstétrica, pois a mesma, por sua vez, possui linhas bastante tênues. Em primeiro lugar, essa temática possui pouca visibilidade, sendo então um obstáculo para obtenção de atenção do poder público.

Em segundo lugar, muitas parturientes após sofrê-la a carregam como um trauma de difícil exposição. Em terceiro e último lugar, muitas vezes elas não possuem capacidade de discernimento e seguem a vida como se não houvesse existido nenhum tipo de violência, como se essa prática fosse normal no ambiente hospitalar.

O que se denomina de violência obstétrica é a caracterização de condutas normalmente praticadas por agentes de saúde, sem que a parturiente seja científica

---

<sup>154</sup> DINIZ, 2015.

<sup>155</sup> Ibid.

<sup>156</sup> Ibid.

sobre os termos dos procedimentos que pode vir a sofrer e sem qualquer concordância com os mesmos, cerceando também, o seu direito de escolha.<sup>157</sup>

As formas de ocorrência de tal violência podem acontecer por diversos meios, sejam eles psicológicos ou físicos, que consistem em diferentes ações que causam dor na paciente, podendo chegar até a violência sexual ou morte. Portanto, abordar a violência obstétrica com um olhar crítico sob o viés dos direitos humanos é indispensável, tendo em vista que se trata de um grupo da sociedade já vulnerável pela questão histórica e que envolve saúde, integridade e poder de determinação.<sup>158</sup>

No Brasil, o conhecimento sobre práticas violentas iniciou-se por meio de uma revista estadunidense em 1950 que publicou uma matéria que continha informações sobre a violência sofrida pelas parturientes.

Na década de 1980, um trabalho de pesquisa de autoria do Grupo Ceres, “Espelho de Vênus” denunciou muitos casos de violência obstétrica.

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez que o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida, a contracepção, o parto, o aborto.<sup>159</sup>

Em face disso, percebe-se que a violência obstétrica, atinge uma dimensão tão grande que afeta de forma negativa, não só a mulher, como toda a família. Ademais, o parto é um momento único na vida de uma gestante, no entanto, este momento necessita de uma atenção redobrada, pois com o passar dos anos esse fenômeno, que é o nascimento, passou por diversas alterações como, por exemplo, os avanços científicos e tecnológicos.

A partir do momento que a gestante busca o ambiente clínico/hospitalar para cuidar do seu processo gestacional ela já passa a ser considerada uma paciente. Assim, a gestante é examinada como paciente e passa a se aplicar os direitos humanos aplicáveis aos pacientes, dispostos no direito internacional público.

Sentimentos contraditórios e distintos, tais como a felicidade pelo filho que está para chegar e a sombra do medo de serem maltratadas de forma impune na hora do

---

<sup>157</sup> GONZALES; OLIVEIRA, 2018.

<sup>158</sup> Ibid.

<sup>159</sup> CERES, op. cit., p. 349.

parto, são experimentadas pelas gestantes nas diversas maternidades, principalmente as públicas.

Em países como os Estados Unidos, Inglaterra, França, Noruega e Suécia, o parto, que até então era um momento pertencente às mulheres e contava apenas com a assistência das parteiras, passou a ser um evento realizado por médicos já no século XX. Essa mudança técnica alterou a forma como a assistência ao parto era conduzida. Os partos passaram a ocorrer de acordo com a conveniência médica, e as mães e os filhos começaram a ser separados. Essa mudança histórica desencadeou diversos mecanismos para corrigir o corpo das gestantes, no sentido de que anteriormente se dava à luz e o corpo se recuperava naturalmente, sem a necessidade de intervenções estéticas.<sup>160</sup>

Hoje em dia, os chamados partos hospitalares, viraram uma empresa de produção em massa, onde existem prazos determinados para mulheres darem à luz, e caso não forem concluídos no tempo estabelecido, intervenções são realizadas. Os hospitais acabam por se tornar palco da obstetrícia moderna, uma vez que a tecnologia, além de ser aplicada para salvar vidas, também é aplicada para diminuir o tempo que a parturiente necessita em trabalho de parto.<sup>161</sup>

Independente da função que desempenham, os profissionais da saúde estão diariamente praticando maus tratos em milhares de gestantes e, conseqüentemente, em seus filhos. Essa situação não tem momento para ocorrer, podendo ser desde o princípio, quando a gestante acaba de descobrir sobre a gravidez, até o momento em que a gestante mais precisa de apoio, que é o pós-parto.<sup>162</sup>

A confiança no médico e o convencimento que precisam de um tratamento interventivo, a fim de proteger a sua saúde e a saúde do bebê, faz com que as gestantes se deixem submeter por diversos procedimentos feitos de formas invasivas e violentas.<sup>163</sup>

No que diz a respeito à conduta profissional, percebe-se que alguns profissionais da saúde utilizam formas violentas que vieram se institucionalizando, por serem feitas habitualmente, e são efetuadas como parte dos procedimentos médico-

---

<sup>160</sup> CERES, op. cit.

<sup>161</sup> SOUZA, Mariana Fonseca; SOUZA, Jeancezar Ditz Ribeiro de. Violência obstétrica: grave violação aos direitos humanos da mulher brasileira. **Lex Humana**, Petrópolis, v. 13, n. 2, p. 120-137, 2021.

<sup>162</sup> GONZALES; OLIVEIRA, 2018.

<sup>163</sup> SOUZA; SOUZA, op. cit.

hospitalares. Certos procedimentos, como o uso indevido da cesariana, não são recomendados pela OMS, pois submetem a gestante a uma cirurgia de grande porte sem necessidade.<sup>164</sup>

Viola-se, nesse contexto, a dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil, a teor do que dispõe o inciso III, do art. 1º da CFRB/88. Por isso, a violência obstétrica é uma forma de violação aos direitos humanos, porque também viola a autonomia da parturiente.

Por conseguinte, pode-se concluir que a violência obstétrica se dá na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, pelos profissionais de saúde, e que se exterioriza por meio do tratamento violento, o que acarreta na perda de autonomia da parturiente e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo. Assim, a violência obstétrica submete à mulher a desnecessária dor excessiva no parto, a procedimentos não recomendáveis e a situações de humilhação que prejudicam sua autodeterminação

### 3.3.1 Conceito de Violência Obstétrica e as Conquistas Legislativas

No âmbito internacional, a violência obstétrica é definida como uma espécie do gênero de violências cometidas contra a mulher. Entretanto, nessa espécie, a mulher se encontra no estado de gestante ou parturiente, e a violência pode ocorrer em pelo menos três momentos distintos: no pré-natal, durante o parto ou em situações de aborto.<sup>165</sup>

As mudanças sociais no cenário do parto, como a substituição da parteira pelo médico, transformaram o parto em um evento médico, carregando-o de hipotéticos riscos, perante os quais se fez prescindível que o parto passasse a ser realizado por médicos em um ambiente hospitalar, gerando, assim, a institucionalização do parto.<sup>166</sup>

---

<sup>164</sup> ALVES, Vanessa Gomes de Sousa. **Violência obstétrica e os procedimentos com fins didáticos; conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos**. 2020. 136 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

<sup>165</sup> FPA - FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2010. Disponível em:

<http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

<sup>166</sup> FRENKEL Lory A.; STINGER Gwendolyn; GRAY Aria. **A guide for advocating for respectful maternity care the White ribbon alliance**. 2013. Disponível em:

[https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RMCGuide\\_FINAL.pdf](https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RMCGuide_FINAL.pdf). Acesso em: 12 jan. 2023.

A institucionalização do parto, apesar de inicialmente ter como objetivo diminuir o número de mortes materno/fetal em pleno período de ascensão do capitalismo, foi realizada sem qualquer base científica com evidências de vantagens neonatais e maternas. Deste modo, dado que o médico realiza o parto como se fosse um episódio isolado, uma patologia a ser tratada, sem quaisquer peculiaridades, vazio de qualquer elemento humanístico do cuidado, a institucionalização abrupta do parto ocasionou a violência obstétrica.<sup>167</sup>

Portanto, a violência obstétrica é caracterizada por qualquer ato ou intervenção médica praticados sem o consentimento expresso e esclarecido da mulher, desrespeitando sua integridade física e moral, assim como sua dignidade humana e autonomia como ser humano.<sup>168</sup>

Para Ivan Illich,<sup>169</sup> a violência obstétrica é resultado do processo de medicalização, sendo esse descrito como o processo pelo qual desfortúnios que antes eram tidos pela sociedade como naturais, passam a ser tratados como patologias e doenças, necessitando de uma intervenção médica.

A violência obstétrica é qualquer prática desumana exercida por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, sendo tais práticas exprimidas através de ações intervencionistas, medicalização e ou a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

Entretanto, para outros autores, além da violência obstétrica estar envolvida pela preponderância do saber médico, sendo a maternidade singular das mulheres, as questões de equidade de gênero e violência de gênero também devem ser incluídas no âmago da assistência à maternidade.<sup>170</sup>

Da luta pelo reconhecimento da igualdade dos direitos humanos, toda mulher gestante e parturiente tem direito legal a receber, como cuidados obstétricos, antes, durante ou após o parto, um tratamento livre de danos e maus-tratos, com atenção humanizada por todos os profissionais da saúde, obtendo as informações esclarecidas, direito de outorgar ou não o consentimento para a prática de intervenção médica, da qual, em caso de recusa, com a garantia de respeito às suas escolhas e

---

<sup>167</sup> FRENKEL; STINGER, GRAY, 2013.

<sup>168</sup> CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa Moraes. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 265-270, 2010.

<sup>169</sup> ILLICH, Ivan. **A Expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

<sup>170</sup> FRENKEL; STINGER; GRAY, loc. cit.

preferências, ter assegurado o seu direito a acompanhante durante todo o período de internação obstétrica, privacidade e sigilo, ter acesso ao mais alto padrão de saúde com liberdade, autonomia e dignidade.<sup>171</sup>

Os direitos básicos da mulher gestante e parturiente são extraídos de diversos tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos; Convenção sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, Pequim 1994,<sup>172</sup> dentre outros.

Anote-se que o Brasil é signatário de todos os Tratados citados. Assim, além das diretrizes que tais diplomas de Direito Internacional preconizam, a assistência obstétrica prestada à gestante e parturiente deve também ter como parâmetros a observância aos direitos fundamentais e prerrogativas previstas na CFRB/88, tais como a dignidade humana (art. 1º, III, CFRB/88), a proteção à vida (art. 5º, CFRB/88), à saúde (art. 6º, CFRB/88), à maternidade e à infância (art. 5º, CFRB/88), dos quais decorrem os direitos sexuais e reprodutivos, o direito à informação (art. 5º, XIV, CFRB/88), o princípio da igualdade (art. 5º, CFRB/88), o princípio da legalidade e o princípio da autonomia (art. 5º, II, CFRB/88).

Os direitos sexuais e reprodutivos, por sua vez, decorrem dos direitos humanos e da essência dos princípios constitucionais, englobando programas nacionais e demais normas administrativas que visem a implementação desses direitos, uma vez que, segundo a jurista Miriam Ventura<sup>173</sup> “[...] os direitos reprodutivos têm como escopo proteger” o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e reprodução da mulher.

---

<sup>171</sup> SILVA, Michelle Gonçalves et al. Violência Obstétrica na Visão de Enfermeiros Obstetras. **Rev. Rene**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 820-828, 2014.

<sup>172</sup> FRENKEL; STINGER; GRAY, 2013.

<sup>173</sup> VENTURA, 2009, p. 21.

exerça seu direito de autonomia, a marcação de cesariana sem indicação clínica e a peregrinação em busca de atendimento, devido à falta de vagas nas maternidades<sup>187</sup>.

Entretanto, é ainda muito comum ser concedida a mais conhecida por “alta” do pré-natal, que consiste na falta de atendimento no final da gestação, pois o profissional da saúde concede alta à gestante apenas orientando-a a procurar a maternidade no momento do parto ou na ocorrência de alguma complicação, ficando a gestante encarregada da sorte para conseguir a internação.<sup>188</sup>

Anote-se, ainda, que a violência obstétrica também pode se manifestar durante o parto. O modelo tecnocrático presente no atendimento à gestante é ainda mais acentuado na assistência médica à parturiente, se relevando-se uma verdadeira forma de poder sobre o corpo da mulher. Serruya<sup>189</sup> menciona que:

O modelo tecnocrático obedece a uma padronização no cuidado e como os modelos fabris, os “produtos” deveriam seguir uma linha de produção e, portanto, não “atrapalhar” a ordem e higiene médica hospitalar. Embora as resistências às imposições médicas tenham sempre estado presentes, para as mulheres elas se concretizaram no momento do parto, uma vez que é neste cenário que ocorrem as maiores intervenções, no sentido de padronizar, ordenar e obter “bons produtos”.

No relato de experiência denominado “Do Parto Institucionalizado ao Parto Domiciliar”, as práticas abusivas mais comuns suportadas pela parturiente no período de internação até a realização do parto, são:

[...] ofensas verbais, expressões de ironia, procedimentos invasivos (amniotomia, uso de ocitocina sintética, realização de manobra de Kristeller, uso desnecessário do fórceps e episiotomia rotineira), condutas inadequadas (mentir para a paciente quanto a sua dilatação ou vitalidade fetal para indicar cesariana devido a interesses pessoais), coerção (parto cesárea eletivo forçando indicações que não são reais tais como macrossomia fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia materna estreita), ameaça, vedação a entrada do acompanhante, a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o enema (lavagem intestinal), o jejum de água e comida.<sup>190</sup>

De fato, um dos principais objetivos da especialidade é conseguir realizar os partos via vaginal, sendo optado pela via cesariana apenas em casos peculiares. Apesar disso, o autor destaca que os números de cesarianas são maiores que os

<sup>187</sup> PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015.

<sup>188</sup> SILVA et al., 2014, s.p.

<sup>189</sup> SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2014, p. 28.

<sup>190</sup> SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014. p. 365.

Apesar disso, o estudo recente realizado por Perez, Oliveira e Lago,<sup>174</sup> acerca da pesquisa sobre as percepções de puérperas, vítimas de violência institucional no seu trabalho de parto, desvendou como atos de violência praticados por profissionais obstetras o uso rotineiro de enema, toques vaginais repetidos ou frequentes, o uso do corpo da mulher como instrumento de ensino aos acadêmicos de medicina, otricotomia sem consentimento, uso rotineiro de posição supina durante o trabalho de parto e exame retal.

Além de tais práticas, de acordo com Pulhez,<sup>175</sup> também configuram violência obstétrica a proibição da entrada do acompanhante, ofensas verbais à gestante, condutas inadequadas, o uso da medicação ocitocina para adiantar o progresso do parto, o jejum de água e comida, realização de manobra de *Kristeller*<sup>176</sup>, o uso desnecessário do fórceps e a realização da episiotomia (corte na região genital) para facilitar a expulsão do bebê.

Nesta conjuntura, as condutas obstétricas que englobam a violência contra a gestante ou parturiente são consideradas, por contundentemente desrespeitarem os direitos fundamentais da mulher como ser humano.

Resultados como os da pesquisa de Perez, Oliveira e Lago,<sup>177</sup> bem como as práticas listadas por Pulhez,<sup>178</sup> estão presentes na assistência obstétrica do mundo inteiro. Como resposta, a OMS promoveu a “Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde”, tendo como objetivo mobilizar diálogos, pesquisas e ações, dentre as quais elenca como boas práticas o maior apoio de governos e desenvolvimento social para pesquisas e ações; a ampliação de programas voltados a promover a saúde materna, com enfoque essencial na qualidade de assistência; enfatizar os direitos das mulheres

---

<sup>174</sup> PÉREZ, Barbara A. G.; OLIVEIRA, Edilaine V.; LAGO, Mariana S. Percepções de puérperas vítimas de violência Institucional durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**, São Paulo, v. 4, n. 01, p. 66-77, 2015.

<sup>175</sup> PULHEZ, Mariana M. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero. 2013. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis. 2013.

<sup>176</sup> “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”. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como? **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>. Acesso em: 22 abr. 2023.

<sup>177</sup> PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, op. cit.

<sup>178</sup> PULHEZ, op. cit.

gestantes e parturientes; produzir dados relativos à violência obstétrica; envolver todos os profissionais obstétricas, incluindo a gestante nas práticas voltadas a eliminar a violência obstétrica.<sup>179</sup>

No Brasil, a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), fruto de um movimento pelo parto e nascimento em 1993, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, a instituição do Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde em 2011, e do Programa Parto Adequado em 2014, são importantes movimentos voltados para a promoção dos direitos humanos da gestante e parturiente.<sup>180</sup>

Apesar dos inúmeros direitos positivados, o ordenamento jurídico brasileiro ainda carece de um diploma legal que caracterize expressamente a violência obstétrica, capitulando todos os direitos da mulher como gestante, parturiente e puérpera. Contudo, apesar das conquistas legislativas, as práticas obstétricas danosas à gestante e parturiente são, na verdade, naturalizadas no ambiente hospitalar a longas datas, de modo que muitas são tidas como procedimentos de rotina, implícitos ao parto normal. A pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços públicos e privados”, realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC em 2010, denuncia que uma em cada quatro parturientes brasileiras foram vítimas de violência obstétrica.<sup>181</sup>

A pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, nos anos de 2011 e 2012, intitulada “Nascer no Brasil”, realizada com o objetivo de averiguar os fatores determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, expôs que apenas 5,6% dos partos normais foram realizados sem intervenções, nos demais, 40% das parturientes, receberam ocitocina e foi realizado amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto), 37% sofreram a prática da manobra de Kristeller e 71% das parturientes tiveram seu períneo cortado<sup>182</sup>.

---

<sup>179</sup> OMS – Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=7C5396675E4DA00DE69CA4B85026BFB9?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=7C5396675E4DA00DE69CA4B85026BFB9?sequence=3). Acesso em: 12 jan. 2023.

<sup>180</sup> MARTINELLI et al., 2014.

<sup>181</sup> FPA; SESC, 2010.

<sup>182</sup> NASCER no Brasil: **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. 2018. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>. Acesso em: 22 jan. 2023.

### 3.3.2 Violência Obstétrica em Suas Mais Diversas Manifestações

Na gestação, o período do pré-natal consiste no acompanhamento da gestante, sendo uma verdadeira fase de aprendizagem da gestante para a preparação do parto, assim como uma fase de conhecimento das peculiaridades do estado gravídico da mulher para o profissional da saúde. Segundo os autores Zugaib e Francisco,<sup>183</sup> “vários estudos demonstraram que diversas doenças da infância e da idade adulta podem ter origem ainda na vida intrauterina, como as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes, a obesidade e a depressão”.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde declara que a principal finalidade da assistência à gestante no período pré-natal e puerperal é “[...] acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”.<sup>184</sup>

No Brasil, desde 2000, o PHPN, criado com o propósito de reduzir os altos índices de morbimortalidade materna, peri e neonatal, já desempenhava esforços para ampliação do acesso, da cobertura e qualidade na assistência do pré-natal à gestante, veiculando a necessidade da humanização no atendimento obstétrico e neonatal.<sup>185</sup>

Silva et al.<sup>186</sup> acreditam que a atenção humanizada, desde as primeiras consultas da gestação, possibilita a mulher confiança e conhecimento acerca do seu corpo, preparando-a tanto emocionalmente quanto fisicamente para o parto.

Desta maneira, quando empregado mau atendimento ou omissão das medidas que englobam a atenção básica à gestante pelo profissional da saúde, se constata a negligência dos direitos da gestante no período do pré-natal em virtude da carência de estrutura e qualificação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, Pérez, Oliveira e Lago afirmam que a violência obstétrica praticada no período pré-natal é identificada pela negligência no atendimento de qualidade à gestante, pela omissão de informações suficientes para que a gestante

---

<sup>183</sup> ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana P.V. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2016, p. 20.

<sup>184</sup> BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 12 jan. 2023.

<sup>185</sup> SERRUYA, Suzanne J.; CECATTI, José G.; LAGO, Tania G. O Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2014.

<sup>186</sup> SILVA et al., 2014, s.p.

números de parto normal, tanto em países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento.

De fato, na América Latina o Brasil é líder de *ranking* na realização de partos via cesariana. Segundo os dados divulgados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), atinge cerca de 85% dos partos no setor privado e em média 40% no setor público (ONU, 2017), índices muito distantes do ideal de 15% de partos via cesariana, recomendado OMS, em seu relatório sobre as boas práticas no parto normal de 1996.

O Ministério da Saúde reconhece que a assistência prestada à parturiente por qualquer profissional da saúde é infestada de conceitos morais, questões de raça/cor e gênero, vez que as mulheres grávidas que mais morrem no Brasil são mulheres negras. Ainda, no tocante ao direito à acompanhante, visto ser assegurado, a parturiente não tem permissão para escolher homens como acompanhante, sob a alegação de tirar a privacidade das demais parturientes.<sup>191</sup>

Outra intervenção médica denunciada como violência obstétrica é a episiotomia, que se traduz em um “pique”, uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto de modo a facilitar a passagem do bebê, e logo após o nascimento, é realizado a sutura para sua correção, com o famoso “ponto do marido”, o qual é um ponto mais firme elaborado na vulva, sob o velado fundamento machista de manter o canal da vagina estreito.<sup>192</sup>

Há, também, o uso do fórceps e da manobra conhecida como *Kristeller* nos partos via vaginal, práticas de longas datas, implementados na obstetrícia desde o século XIX, sendo que o fórceps ou instrumentos semelhantes eram utilizados para “liberar” a cabeça do bebê e a manobra de *Kristeller* consistia na técnica de pressionar o fundo uterino da parturiente, ambos realizados em virtude da pressa do médico, sem qualquer estudo a respeito de seus efeitos para a parturiente e o bebê.<sup>193</sup>

Resta claro, portanto, que várias são as formas de manifestação da violência obstétrica no pré-natal e também no parto, o que justifica medidas como a adotada pelo SUS, e já comentada anteriormente, que diz respeito ao parto humanizado. Porém, há também uma preocupação do Poder Legislativo em regulamentar a violência obstétrica, como se passa a expor.

---

<sup>191</sup> BRASIL, 2014.

<sup>192</sup> CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010.

<sup>193</sup> ZUGAIB; FRANCISCO, 2016.

### 3.3.3 Proposições Legislativas

No Brasil, não existe legislação federal vigente no que diz respeito à violência obstétrica, porém existe um Projeto de Lei nº 7.633/2014, que dispõe a respeito da humanização da atenção a mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal. De autoria do então Deputado Federal, Jean Wyllys, do PSOL-RJ, a proposição em comento foi apresentada à Câmara dos Deputados em 29 de maio de 2014, buscando dispor, como dito, sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato, durante o ciclo gravídico-puerperal.<sup>194</sup>

O Projeto de Lei em comento segue tramitando na Câmara dos Deputados apensado a outros projetos que versam sobre a violência obstétrica e os direitos das parturientes, quais sejam: PL 7867/2017, PL 8219/2017, PL 8219/2017, PL 878/2019, PL 2693/2019, PL 3310/2019 e PL 4021/2019.

Nesse contexto, ganha relevo o Projeto de Lei nº 7.667/2017, que versa especificamente sobre a proteção à mulher contra a violência obstétrica, e ainda dispõe sobre a divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. De autoria da Deputada Federal Jô Moraes, do PCdoB/MG, foi apresentado à Câmara dos Deputados em 13 de junho de 2017<sup>195</sup>.

Percebe-se, ainda, a preocupação do Poder Legislativo em regulamentar a questão. Apenas no ano de 2019 foram apresentados quatro projetos de lei. Em que pese tal constatação, não se percebe, na referida Casa Legislativa, a preocupação em se efetivar os direitos da gestante, haja vista a demora na tramitação das proposições legislativas. Para se ter uma ideia, a última movimentação foi em 10 de julho de 2017, quando o projeto datado de 2014, ao qual foi apensado o de 2017, foi encaminhado à Comissão de Educação da Câmara dos Deputados.

---

<sup>194</sup> BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.633, de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Apresentação 29/05/2014c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 03 fev. 2023.

<sup>195</sup> BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.876, 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. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 03 fev. 2023.

Os requerimentos, desde então, dizem respeito ao apensamento e desapensamento, sem, contudo, contribuir para a efetivação dos direitos da mulher, vítima de violência obstétrica.

Da análise dos dois projetos de lei acima mencionados, percebe-se que o segundo, qual seja, o Projeto de Lei nº 7.667/2017, trata da questão de forma mais aprofundada e busca efetivamente enfrentar a violência obstétrica, trazendo diversas disposições, em sua justificativa, de normas de Direito Internacional e também normas internas que buscam assegurar à gestante a sua dignidade, que é tolhida quando são adotadas práticas que configuram violência obstétrica.<sup>196</sup>

Ressalta, a autora do Projeto de Lei, que o parto é momento delicado na vida da mulher e, por isso, deve proporcionar a mulher maior segurança, sendo mister que o legislador se pronuncie, a exemplo do que fez outros ordenamentos jurídicos.<sup>197</sup>

Em tramitação no Senado Federal, o Projeto de Lei nº 2282/2022, de relatoria da Senadora Jussara Lima, cria o Estatuto da Gestante e estabelece diretrizes de assistência integral à saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, e se promulgada será um importante instrumento contra à prática de violência obstétrica.<sup>198</sup>

Destarte, em que pese a relevância da temática, como já dito, o Estado ainda é omissos, pois embora sejam vários os projetos de lei em tramitação, a morosidade reflete sobremaneira, o que se comprova da simples constatação de que as proposições em comento não são movimentadas, na Câmara dos Deputados, desde o ano de 2017. Tal constatação leva a reconhecer a necessidade de constantes debates, inclusive na seara acadêmica, sob pena de permanecer o Estado brasileiro omissos quanto à regulamentação da violência obstétrica.

### 3.4 O ENTENDIMENTO DOS TRIBUNAIS PÁTRIOS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

As práticas de violência obstétrica são proferidas pela negligência, imprudência ou ainda pela imperícia na assistência médica, que concomitantemente viola os

---

<sup>196</sup> BRASIL, 2017.

<sup>197</sup> Ibid.

<sup>198</sup> BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 2285/2022**. Institui o Estatuto da Gestante. Brasília, DF: Senado Federal, 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154477>. Acesso em: 20 mai. 2023.

direitos fundamentais das gestantes, parturientes, puérperas e do recém-nascido, sendo inclusive reconhecidas pela OMS como um problema de saúde pública.

Nesse contexto, vale mencionar que a negligência é uma das modalidades da qual é possível extrair a atuação culposa do médico, sendo que, para tanto, se deve auferir se tal prática médica seria a mesma adotada por outro profissional que atuasse com a devida prudência e diligência que o caso concreto demanda. Por conseguinte, a imperícia é constatada quando o profissional carece de conhecimento técnico para efetivar determinado procedimento médico, ou seja, é o despreparo profissional. Enquanto a imprudência é percebida quando o médico elege realizar procedimentos sem considerar as circunstâncias do quadro do paciente, o qual de maneira superficial já aponta o fracasso e os danos que tal procedimento irá germinar, isto é, a ocorrência de danos é evidente.

Assim sendo, caso reste configurado a negligência, imprudência ou imperícia na atuação médica, vindo a gestante, parturiente, puérpera ou o neonato a sofrer alguma espécie de dano, nos moldes da previsão do art. 1º do Código de Ética Médica, a atuação inadequada do profissional se converte em erro médico.

Neste contexto, é cediço que nos casos de responsabilidade civil da instituição hospitalar, esta será configurada independente de culpa, sendo apenas necessário à vítima demonstrar nos autos do processo o nexo de causalidade entre o dano e o fato gerador deste.

Entretanto, dado que o médico obstetra é o profissional que mais incorre em práticas violentas,<sup>199</sup> o presente trabalho tem como objetivo buscar averiguar a configuração ou não da responsabilidade subjetiva do médico em indenizar os danos morais, sendo necessário, nesta espécie de responsabilidade, que a gestante, parturiente ou puérpera demonstre nos autos, além da existência do dano e do nexo de causalidade, a culpa do profissional para fins de configurar o dever de compensação.

Afinal, a comprovação da existência de danos materiais é de fácil aferição, posto que se verifica na diminuição do patrimônio material da vítima. No entanto, a comprovação da existência de danos morais, contempla maior dificuldade, vez que

---

<sup>199</sup> OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e06500015, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf). Acesso em: 22 jan. 2023.

este se consubstancializa no âmbito extrapatrimonial, sendo percebido como os prejuízos suportados pela vítima em seus direitos personalíssimos, direitos que são inerentes a sua dignidade humana. Pois, conforme os ensinamentos de Gomes,<sup>200</sup> dano moral é “o constrangimento que alguém experimenta em consequência da lesão em direito personalíssimo, ilicitamente produzida por outrem”.

Além do mais, os danos morais também podem ser caracterizados em lesões à integridade corporal ou à saúde do lesado, englobando o direito à vida e o direito ao próprio corpo.<sup>201</sup>

Por virtude da dificuldade imputada à vítima do dano moral, como regra de exceção, em alguns casos, a jurisprudência instituiu a presunção *hominis*, pela qual se presume configurado o dano moral quando for violada a personalidade da vítima, ou seja, basta que a vítima demonstre a existência da conduta lesiva e desta será presumido como existente o dano moral.

Assim sendo, tudo indica que aos casos de violência obstétrica, vez que são práticas médicas que violam os direitos fundamentais da mulher, se aplica a presunção *hominis* para configuração do dano moral suportado pelas gestantes, parturientes, puérperas ou ainda pelo recém-nascido.

Neste contexto, o presente capítulo tem como objetivo aclarar o entendimento jurisprudencial nas demandas judicializadas na esfera cível acerca desse tipo de violência, com o objetivo principal de analisar a caracterização ou não da responsabilidade civil subjetiva do médico obstetra de indenizar os danos morais, extraído da análise dos julgados a espécie de conduta culposa praticada pelo médico obstetra e se essa foi considerada como nexos causal do dano moral.

Conquanto, dado que a violência obstétrica engloba diversas práticas médicas dirigidas à gestante, parturiente, puérpera ou ao recém-nascido, sendo uma temática recente e rodeada de termos médicos, o presente estudo terá como norte a perquirição de condutas médicas inadequadas ou praticadas sem observância às evidências científicas no âmbito das instituições de saúde, independente da sua denominação específica.

Percebe-se que a maioria das ações cíveis são ajuizadas unicamente em face da instituição hospitalar ou do ente federativo ao qual a instituição é vinculada (quando se trata de assistência obstétrica prestada em âmbito público) ou ainda, remunerada

---

<sup>200</sup> GOMES, Orlando. **Obrigações**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1996. p. 271.

<sup>201</sup> NORONHA, Fernando. **Direito das obrigações**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

pelo SUS no âmbito privado. Entretanto, com fins de buscar conhecer os critérios que embasam a responsabilidade civil subjetiva do médico, o presente estudo analisou as ações de indenização por danos morais em que o a legitimidade passiva era integrada tanto pelo médico quanto pela instituição hospitalar em litisconsórcio passivo. Afinal, o Código de Defesa do Consumidor, além de prever a responsabilidade da instituição hospitalar em seu art. 14, prevê também no mesmo dispositivo legal, em seu § 4º, a responsabilidade subjetiva do médico.

Assim, o entendimento jurisprudencial é o de que quando o médico obstetra exerce suas atividades nas dependências da instituição hospitalar, independentemente da existência de vínculo empregatício, sendo demonstrado o dever de indenizar do médico por virtude de sua atuação culposa, atrai outrossim, a responsabilidade objetiva da instituição hospitalar. Desta feita, o dever de indenização da instituição hospitalar e do médico obstetra é solidária.

Afinal, de acordo com os ensinamentos de Rui Stoco,<sup>202</sup> o ordenamento jurídico ao prever a possibilidade de ajuizar ações de indenização em face do Estado ou da instituição hospitalar apenas tenciona a proteger o lesado, ofertando-lhe um patrimônio solvente, pois de modo nenhum restringiu ao legitimado ativo que também ingresse com a demanda contra o agente que lhe ocasionou o dano.

Oportuno recapitular que toda mulher gestante e parturiente tem direito legal a receber assistência médica na gestação, no parto e pós-parto, de forma humanizada e livre de discriminações de quaisquer espécies. É seu direito receber todas as informações de maneira clara e compreensível, incluindo os riscos dos procedimentos mais adequados ao seu quadro de saúde. Além disso, é seu direito outorgar ou não o consentimento para a realização de procedimento médico, o qual é dever do profissional obter e observar, exteriorizando assim a autonomia da mulher sobre o seu corpo.<sup>203</sup>

Nos acórdãos elencados, as violências obstétricas, que apesar de desrespeitarem os direitos da gestante, parturiente, puérpera e do recém-nascido, sendo estes direitos fundamentais, como o direito à dignidade humana, à vida, à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, que refletem a autonomia da mulher, ou ainda os direitos fundamentais elencados no Código de Ética Médica, as práticas médicas

---

<sup>202</sup> STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: doutrina e jurisprudência. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

<sup>203</sup> SILVA et al., 2014.

são julgadas sem a devida perspectiva de que, por si só, são violações a tais direitos inerentes à mulher como ser humano.

Como práticas da violência obstétrica, se vislumbrou nos acórdãos o abandono, pelo médico obstetra, de gestantes com quadro de risco, bem como a demora em realizar exames ou o parto, apesar de sintomas clínicos apresentados pelas parturientes e ainda abordagem médica vexatória, com fins de desabonar a imagem da mulher, a qual por estar gestante ou ser parturiente já se encontra em especial estado de fragilidade. Neste cenário, apenas um único acórdão abordou a violação à dignidade humana da mulher, pois nos demais acórdãos, o reconhecimento da existência de dano moral apenas foi presumido na ocorrência de morte do recém-nascido.

Diga-se presumido, por que de fato a presunção *hominis* é aplicada aos casos de perda de um ente querido por virtude de erro médico obstétrico, porém, em nenhum acórdão foi possível verificar o reconhecimento do dano moral através de provas do abalo emocional suportado na assistência médica, seja este por decorrência da prática de ofensas verbais ou por retardamento no atendimento obstétrico.

Neste contexto, a negligência, imperícia ou imprudência médica desferida contra à gestante, parturiente ou puérpera parece ainda ser invisível para o sistema judiciário, apenas se revelando nos casos de morte. Mais que isso, a dificuldade em comprovar o dano moral oriundo da violência obstétrica também é decorrente do fato das perícias judiciais serem realizadas por outro médico obstetra, identicamente pode fazer uso do modelo tecnocrático e assim, julgar as condutas do médico réu na ação de recompensação por ideias na prática médica.

A primeira decisão que se traz à baila foi proferida no âmbito do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, no ano de 2007, via julgamento de apelação interposta pela mãe da parturiente, a qual foi a óbito, contra a sentença de primeiro grau que julgou improcedente o pedido de indenização, o qual foi ajuizado em litisconsórcio constituído pelo médico obstetra, que além de ter acompanhado o pré-natal de sua filha, também teria realizado os atendimentos do pré-parto e o parto no hospital, como também em face do hospital.

O caso em comento versou sobre atos praticados em meados de 1997, ano em que uma gestante adolescente de 17 anos faleceu após ser internada no hospital sentido fortes dores, sua mãe alega nos autos que, após insistência da família, os exames foram realizados quando já passados 6 dias da data da internação da

gestante. Aduziu ainda, que os resultados revelaram que o feto de 35 semanas se encontrava sem sinais vitais, que por decisão médica, sua filha foi submetida ao parto via vaginal para expulsão do natimorto, procedimento que causou inúmeras complicações graves, tanto que após o parto, a parturiente foi internada em unidade de terapia intensiva durante sete dias, até o momento de sua morte. Entretanto, no julgamento do recurso o órgão julgador entendeu que não existia nos autos qualquer conduta médica praticada com negligência, imprudência ou imperícia pelos apelados e assim, acompanhando o voto do relator, por unanimidade, os doutos desembargadores negaram provimento ao recurso de apelação, mantendo intacta a improcedência do pedido de indenização:

Apelação cível - ação de indenização por ato ilícito - gestante - acompanhamento pré-natal - internação hospitalar - natimorto – parto normal para expulsão do feto - agravamento do quadro clínico – morte da parturiente dias após o procedimento - responsabilidade dos médicos e do hospital - improcedência do pedido - insurgimento recursal - conjunto probatório que afasta a possibilidade de culpa nos procedimentos adotados - obrigação meio, não de resultado - responsabilidade civil subjetiva - art. 1.545 do CC/16 - perícia concludente - serviços médicos adequados - demonstração de condições técnica e humanas do nosocômio - inexistência de culpa por parte dos médicos ou da instituição hospitalar - sentença mantida - recurso desprovido [...] A responsabilização médica fica desautorizada quando o conjunto probatório é capaz de revelar que a doença que levou o paciente ao óbito não se relaciona com os procedimentos adotados pelos profissionais que a acompanharam, considerados adequados para o quadro apresentado. Nesse passo, afastada, também, a responsabilização do nosocômio que, comprovadamente, ofereceu condições técnicas e humanas para a realização dos atos médicos.<sup>204</sup>

No voto do desembargador relator, ele cita o art. 2º do Código de Ética Médica, no qual é disposto que o objetivo do médico é atuar com devoção na promoção da atenção e saúde do ser humano. Contudo, despreza o relator, os deveres de informação e requerimento do consentimento da parturiente, para a realização de qualquer procedimento médico.

Somado a isso, é possível também constatar que nos autos do processo houve divergências nos diferentes documentos acerca da *causa mortis* da parturiente e do feto, mas o relator parece ter predileção por aquela capaz de romper o nexo causal

---

<sup>204</sup> SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível nº 145704 SC**. Relator Desembargador Fernando Carioni, Terceira Câmara de Direito Civil, julg. 03 abr. 2007. Disponível em: <https://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/872901/apelacao-civel-ac-145704-970226865-6/inteiro-teor-100558546>. Acesso em: 22 jan. 2023.

dos procedimentos adotados pelos apelados, o que por consequência afasta a responsabilidade civil de indenizar.

Anote-se, ainda, que, apesar dos exames denominados com termos médicos de "biópsia" e "exame cadavérico", sendo a biópsia o exame utilizado para investigar um fragmento de tecido de paciente vivo, enquanto o exame cadavérico, mais conhecido como "autópsia", é especificamente utilizado para determinar a causa da morte. Ou seja, está claro que no caso analisado, a sentença deveria ter sido reformada e os apelados condenados a indenizar a mãe da vítima em virtude da negligência médica. A adolescente gestante e seu feto apenas faleceram em decorrência da má prestação de assistência ministrada pelo médico, o que, certamente, configura uma violação dos direitos da gestante, estabelecendo assim o nexo causal necessário para imputar o dever de indenizar ao médico.

O Tribunal de Justiça do Amazonas, em recente decisão, evidencia a problemática da dificuldade de prova da culpa do profissional da medicina. E, em se tratando de responsabilidade subjetiva, a não caracterização da culpa afasta a obrigação de reparar o dano:

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E NEGLIGÊNCIA MÉDICA. ATIVIDADE MÉDICA. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE CULPA. 1. A responsabilidade do médico é apurada mediante a verificação da culpa, nas modalidades de negligência, imperícia e imprudência, devendo o autor demonstrar a presença dos requisitos da responsabilidade civil (conduta culposa, dano e nexo causal entre a conduta e o dano). 2. A análise das provas constantes nos autos evidencia a inexistência de culpa em quaisquer de suas modalidades. 3. Recurso conhecido e não provido.<sup>205</sup>

Semelhante decisão é encontrada também no âmbito do Tribunal de Justiça de São Paulo, que manteve a sentença proferida em primeira instância por entender não estarem presentes elementos comprovadores da negligência médica e da ocorrência da violência obstétrica:

RESPONSABILIDADE CIVIL - Cerceamento de defesa inócua - Ausência de prova quanto à ocorrência de violência obstétrica no trabalho de parto da autora - Procedimento adequado por parte dos réus - Perícia conclusiva - R. sentença de improcedência mantida - Recurso desprovido.<sup>206</sup>

<sup>205</sup> AMAZONAS, Tribunal de Justiça do Amazonas. **Apelação Cível 06208865820158040001 AM**. Relator Desembargador Airton Luís Corrêa Gentil, Terceira Câmara Cível, julg. 29 abr. 2019. Disponível em: <https://tj-am.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/713045015/apelacao-civel-ac-6208865820158040001-am-0620886-5820158040001?ref=serp>. Acesso em: 12 jan. 2023.

<sup>206</sup> SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível 10965614120158260100 SP**. Relator Desembargador Moreira Viegas, 5ª Câmara de Direito Privado, publ. 19 dez. 2018. Disponível

O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais também demonstra certa resistência em reconhecer o dano moral proveniente da violência obstétrica, o que se deve principalmente à dificuldade de provas da conduta do médico obstetra. Contudo, apresenta decisão importante, proferida em 2016, na qual o órgão julgador tece considerações acerca do que compreende como sendo “violência obstétrica”:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PRELIMINAR. VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA IDENTIDADE FÍSICA DO JUIZ. ART. 132 DO CPC. INOCORRÊNCIA. PRELIMINAR REJEITADA. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA. ERRO MÉDICO. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. ALEGAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. NÃO COMPROVAÇÃO. RECURSO IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. - O princípio da identidade física do juiz comporta mitigações, dentre elas, conforme construção pretoriana, a atuação do juiz em substituição, de forma a promover a celeridade processual. - Discutida a responsabilidade civil por erro supostamente ocorrido em procedimento de parto, é aplicável tanto ao médico, quanto ao hospital, o regime de responsabilidade subjetiva, entendimento consolidado do Superior Tribunal de Justiça e defendido por parte relevante da doutrina. - A violência obstétrica é o conjunto de atos desrespeitosos, comissivos e omissivos, abusos e maus-tratos que negligenciam a vida e o bem-estar da mulher e do bebê. Ofende direitos básicos de ambos, como a dignidade, saúde, integridade física e autonomia sobre o próprio corpo, configura ato ilícito e é passível de indenização por dano moral. - Consoante regra do artigo 333 do CPC/73, cabe ao autor provar o fato constitutivo de seu direito e, ao réu, fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor. Por consectário, alegado o inadimplemento de obrigações contratuais relativas ao pagamento de determinado valor, incumbe ao autor demonstrar a existência da avença que vincula credor e devedor.<sup>207</sup>

No âmbito do Tribunal de Justiça de São Paulo, por sua vez, encontra-se decisão que reconheceu a obrigação do médico de reparar os danos morais sofridos pela gestante por entender, em apertada síntese, que o parto humanizado é um direito da mulher, não se justificando o retardamento ou mesmo o entendimento de que a “dor é necessária”, como se extrai da ementa abaixo colacionada:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de

em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/661197229/apelacao-apl-10965614120158260100-sp-1096561-4120158260100?ref=serp>. Acesso em: 22 jan. 2023.

<sup>207</sup> MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Apelação Cível 1.0024.14.097839-6/001**. Relator Desembargador José Marcos Vieira, 16ª Câmara Cível, publ. 22 jul. 2016. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=1&totallinhas=1&paginaNumero=1&linhasPorPagina=1&palavras=%2522viol%Eancia%20obst%E9trica%2522&pesquisarPor=ementa&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%Eancias%20cadastradas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&>. Acesso em: 12 jan. 2023.

nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico *in re ipsa*. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido.<sup>208</sup>

Também o Tribunal de Justiça de Santa Catarina, em recente decisão, ressalta a necessidade de cautela dos profissionais da medicina, que não devem lançar mão de procedimentos que coloquem em risco a vida da gestante e do bebê, sob pena de se configurar violência obstétrica:

PROCEDIMENTO/MANOBRA, TODAVIA, CONTROVERTIDO NA PRÁTICA MÉDICA, QUE NÃO DEVE SER ADOTADO ROTINEIRAMENTE, POR CARACTERIZAR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS. DANO MORAL PROVADO QUANTO A TAL FATOS. INDENIZAÇÃO DEVIDA. SENTENÇA PARCIALMENTE MODIFICADA. RECALIBRAGEM DOS ÔNUS SUCUMBENCIAIS. RECURSO PROVIDO EM PARTE.<sup>209</sup>

Ainda no âmbito do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, no ano de 2014, entendeu cabível a indenização por danos morais em virtude do uso de fórceps no parto normal, restando a decisão que condenou o médico ao pagamento de R\$ 200 mil reais, a título de danos extrapatrimoniais, assim ementada:

Apelações cíveis. Ação indenizatória por dano moral. Apelo dos autores. Pensão mensal e constituição de capital. Postulações não efetivadas na inicial. Violação do princípio da estabilização objetiva da lide. Situação, ademais, que redunde em inovação recursal. Não conhecimento, em parte, da irresignação. Mérito. Erro médico. Falecimento de recém-nascido em decorrência de incorreto procedimento adotado pelo obstetra durante o parto. Procedimento junto ao conselho regional de medicina que conclui pela culpa

<sup>208</sup> SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível nº 00013140720158260082 SP**. Relator Desembargador Fábio Podestá, 5ª Câmara de Direito Privado, publ. 11 out. 2017. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/509315821/13140720158260082-sp-0001314-0720158260082?ref=serp>. Acesso em: 12 jan. 2023.

<sup>209</sup> SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível 03127248920168240023**. Relator Desembargador João Henrique Blasi, Segunda Câmara de Direito Público, publ. 08 out. 2019. Disponível em: <https://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/767565454/apelacao-civel-ac-3127248920168240023-capital-0312724-8920168240023?ref=serp>. Acesso em: 22 jan. 2023.

do profissional. Prova dos autos conclusiva a respeito da responsabilidade subjetiva do profissional e objetiva da entidade hospitalar. Condenação mantida. Quantum indenizatório. Majoração. Atenção aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Recurso dos demandantes conhecido em parte e, nesta extensão, provido. Apelo do nosocômio conhecido e desprovido.<sup>210</sup>

O caso em comento merece algumas considerações. A apelante, que se encontrava gestante no ano de 2006, após o rompimento da sua bolsa se dirigiu até a instituição hospitalar, a qual compõe litisconsórcio passivo com o médico obstetra, sendo que apenas recebeu a assistência do médico após transcorridas 19 horas da sua chegada, tendo permanecido em trabalho de parto por mais 12 horas. Assim, alega, a apelante, que, da hora da sua chegada à instituição hospitalar até o momento da realização do parto, transcorreu 31 horas.

Acrescido a tal sofrimento, o momento do parto foi marcado por mais angústia. A apelante esclareceu que inicialmente o médico obstetra tentou o parto via vaginal, mas por virtude de dificuldades, ele fez uso do fórceps, sendo que em meio as tentativas de trazer o neonato à luz, chamava-o de “desgraçado”. Sem sucesso no parto normal, o médico obstetra realizou o parto via cesariana. Entretanto, após o nascimento, o pai do neonato observou que o seu filho estava com a cabeça deformada, roxa e inchada. Ao questionar o médico obstetra, ele afirmou que o recém-nascido sofria de problemas no coração. Porém, passados poucos dias, internado na Unidade de Terapia Intensiva, o neonato veio à óbito, tendo como *causa mortis* traumatismo craniano encefálico. Ademais, o exame cadavérico também apontou “fraturas ósseas, hematoma e sofrimento de área temporal esquerda do recém-nascido por energia de ordem mecânica”.<sup>211</sup>

Em sua defesa, o médico obstetra afirmou que os procedimentos adotados são comuns na medicina, usando para tanto, uma linguagem restrita da profissão, como tentativa a certificar ao juízo de que agiu com a devida prudência esperada de um obstetra ao realizar um parto normal. Não obstante, é possível ainda extrair do seu relato que, além do uso inadequado do fórceps, o médico obstetra adotou também outra prática violenta contra a parturiente, mais conhecida como manobra de Kristeller, que nas palavras do médico teria ajudado com “prensa abdominal”.

---

<sup>210</sup> SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível 20130035591 SC**. Relator Desembargador Sérgio Izidoro Heil, Quinta Câmara de Direito Civil, julg. 26 mar. 2014. Disponível em: <https://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25031243/apelacao-civel-ac-20130035591-sc-2013003559-1-acordao-tjsc?ref=serp>. Acesso em: 12 jan. 2023.

<sup>211</sup> Ibid.

O conjunto de provas do processo foi composto por decisão administrativa proferida pelo Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina, no qual, oito conselheiros médicos atestaram que o médico obstetra atuou com negligência ao prestar assistência no parto da parturiente, vez que agiu sem realizar qualquer análise do quadro médico da paciente, pois se assim tivesse feito, não teria feito uso do fórceps no parto via vaginal.

Assim sendo, o órgão julgador concluiu que é inegável que o recém-nascido faleceu por decorrência das lesões ocasionadas em sua cabeça em virtude do uso do fórceps durante a tentativa do parto normal. Logo, tal conduta negligente do médico obstetra se revelou como o nexa causal do evento morte, devendo assim, o profissional arcar, em solidariedade com a instituição hospitalar, com o dever de indenização dos danos morais.

Para majoração do *quantum* indenizatório, tendo como norte os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade ao grau de culpa e a extensão do dano, o desembargador relator fundamentou a sua decisão no sofrimento trazido pela perda do ente querido, o qual, no caso analisado, se tratava do primeiro filho dos apelantes.

A presente decisão colegiada é mais um exemplo de que, apesar de ser incontroverso nos autos, que a parturiente sofreu imensa angústia tendo que aguardar atendimento obstétrico por longas horas, sendo em seguida humilhada, tendo ainda no seu parto, o uso do fórceps e seu útero pressionado, o dano moral apenas foi reconhecido em virtude do falecimento do recém-nascido. Entretanto, é evidente que as violências obstétricas suportadas pela parturiente se deram desde a sua internação na instituição hospitalar.

Em que pese tais considerações, ainda se percebe certa resistência dos Tribunais em reconhecer a violência obstétrica. Para se ter uma ideia, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, não se encontrou sequer uma decisão sobre a temática, o que se deve a diversos fatores, dentre eles a inexistência de um diploma legal específico a tratar do tema.

Resta evidente, contudo, que caracterizada a violência obstétrica, pode a gestante ou outra pessoa, que se viu lesada direta ou indiretamente, buscar, junto ao Poder Judiciário, a reparação de danos morais e materiais que porventura tenha sofrido, pois inegavelmente o parto humanizado é um direito da mulher.

### 3.5 OS CASOS ALYNE PIMENTEL E BRITZ ARCE COMO MANIFESTAÇÕES DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA PACIENTE GESTANTE

Não se faz possível, nesse ponto, esgotar a análise de casos e julgados internacionais sobre a violação dos direitos da paciente gestante. Busca-se, contudo, apontar, em dois casos escolhidos para ilustrar a relevância da questão, como as normativas internacionais foram invocadas para solucionar o problema da violação dos direitos da paciente gestante.

O primeiro caso escolhido é o Caso Alyne Silva Pimentel *versus* Brazil, que foi levado ao Comitê CEDAW e é apontado como um *leading case*, na medida em que foi o primeiro a ser analisado contra o Brasil, por violação aos direitos da gestante.

Não se pode ignorar, porém, que o Comitê supracitado não possui poderes para impor sanções ou estabelecer medidas executivas. O que faz são recomendações, ou seja, profere norteamientos, a partir da análise de casos que lhe são levados de forma individual ou por grupo de indivíduos, em reclamações/notificações, quando não há uma resposta do Estado no âmbito interno, como já dito anteriormente.

Segundo Relatório do Governo Brasileiro, Alyne Silva Pimentel era brasileira, afrodescendente e faleceu quando estava grávida de seis meses. A causa da morte apontada foi a precária assistência médico/hospitalar prestada na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, situada em Belford Roxo, e também na Maternidade da cidade de Nova Iguaçu, ambas situadas no Estado do Rio de Janeiro.<sup>212</sup>

Alyne da Silva Pimentel, brasileira, afrodescendente, grávida de seis meses, faleceu em 13 de novembro de 2002, vítima de negligência e imperícia médica em virtude da precariedade da assistência médica prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo e na Maternidade de Nova Iguaçu no Estado do Rio de Janeiro. A família de Alyne ajuizou, em 30/11/2002, ação cível na Justiça Estadual, de número 2003.001.015774-2, com vistas a obter reparação moral e material contra o Estado do Rio de Janeiro. Não obtendo resposta do Poder Judiciário, o caso foi submetido, à consideração do Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), em novembro de 2007, pelas Organizações não-Governamentais Center for Reproductive Rights e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos (Advocacy), em representação à mãe da vítima e sua filha. O CEDAW procedeu à análise da causa da morte da vítima. A esse respeito, o órgão concluiu que a sequência

---

<sup>212</sup> BRASIL. Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher, caso Alyne da Silva Pimentel. **Relatório do governo brasileiro**. 2014a. Disponível em: <file:///C:/Users/Fam%C3%ADlia%20S%20M%20B/Downloads/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2023.

de eventos descrita pelos peticionários – a qual restou inquestionada pelo Estado brasileiro – indica que a morte foi decorrente de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, classificando a morte de Alyne Pimentel como “morte materna” direta. Nesse contexto, o Comitê, ao tomar nota do reconhecimento pelo Estado de que “o fato de Alyne encontrar-se gestante deveria ter lhe dado acesso mais rápido e qualitativamente diferenciado a cuidados médicos”, considerou que Alyne Pimentel não teve acesso à assistência apropriada a sua gravidez.<sup>213</sup>

De acordo com o documento citado, a morte de Alyne Pimentel se deu em virtude de complicações obstétricas que poderiam ser evitadas, já que o profissional da saúde que teve o primeiro contato com a gestante não diagnosticou a morte do feto de imediato, não tendo também realizado exames de urgência.<sup>214</sup>

A questão chegou ao Comitê após grande morosidade do Judiciário brasileiro na apreciação da ação indenizatória, proposta pelo marido de Alyne Pimentel, momento em que a genitora de Alyne levou a questão, através do *Center for Reproductive Rights* e da Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, ao CEDAW, isso em 2007, arguindo a violação ao acesso à justiça, ao direito à saúde sem discriminação, e ao direito à vida, todos previstos na Convenção CEDAW, mormente nos arts. 2º, 12 e 1º, respectivamente.

Acrescenta-se ao relatório que a falta de atendimento adequado quando da entrada no estabelecimento hospitalar agravou a hemorragia digestiva resultante do feto morto, o que levou ao falecimento de Alyne. Nesse contexto, o Comitê CEDAW concluiu que o Brasil violou o direito ao acesso à saúde, recomendando medidas para garantir uma maternidade saudável e o acesso de todas as mulheres a serviços adequados de violência obstétrica, a fim de reduzir os casos de morte materna evitáveis.<sup>215</sup>

O pronunciamento do CEDAW, no caso em comento, foi o primeiro no âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, tendo o órgão determinado, ainda, que o país arcasse com uma indenização por negligência no serviço público de saúde.

Tem-se, ainda, um outro caso de grande relevo. Trata-se do Caso Brítez Arce e outros *versus* Argentina, cuja decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos foi proferida em 2022, ou seja, é bem recente, embora a morte de Cristina Britez tenha se dado em 1992, também por falha no serviço de saúde. O julgamento em análise não se deu no âmbito do Comitê CEDAW.

---

<sup>213</sup> BRASIL, 2014, s.p.

<sup>214</sup> Ibid.

<sup>215</sup> Ibid.

Cumpra aqui tecer algumas breves considerações sobre o papel da Corte mencionada. A Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), que é o segundo órgão de proteção aos direitos humanos do Sistema Interamericano, encontra-se previsto no Pacto de San José da Costa Rica, sendo o órgão jurisdicional responsável por julgar os casos de violação de direitos humanos, perpetrados pelos Estados que fazem parte da OEA e que tenham ratificado a Convenção Americana.<sup>216</sup>

É o órgão jurisdicional autônomo do Sistema Interamericano, constituído por sete juízes, eleitos em Assembleia Geral da OEA, para um mandato de seis anos e autoriza uma reeleição. Como acentua Guerra (2014, p. 109), sua criação tem origem na proposta apresentada pela delegação brasileira à IX Conferência Interamericana, realizada em Bogotá, 1948.

A submissão à Corte tem natureza facultativa, ou seja, apenas julga Estados que reconheceram a sua competência jurisdicional. O Brasil declarou o reconhecimento à competência contenciosa da Corte no ano de 1998 e promulgou, no ordenamento pátrio, o Decreto nº 4.463/2002. A manifestação brasileira constou de uma reserva somente para fatos posteriores a 10 de dezembro de 1998, no que tange à submissão à jurisdição da Corte.

A Corte detém as competências consultiva e jurisdicional. A competência consultiva está relacionada a duas categorias de pareceres: o primeiro relacionado à interpretação de tratados de direitos humanos, enquanto a competência jurisdicional está atrelada à compatibilidade de normas nacionais com atos internacionais do sistema americano. A competência jurisdicional, também conhecida como contenciosa, é exercida no momento do julgamento dos litígios para solucionar os conflitos jurídicos existentes entre países e cidadãos.

A decisão da Corte é uma sentença de natureza internacional e não estrangeira. Assim, não há a necessidade de homologação pelo Superior Tribunal de Justiça, conforme o art. 105, inciso I, alínea “i”, da CFRB/88. Mazzuoli<sup>217</sup> tem o mesmo entendimento:

As sentenças proferidas pela Corte Interamericana – assim como as de quaisquer tribunais internacionais – são sentenças internacionais, não estrangeiras. Tal significa que não necessitam passar pelo procedimento homologatório das sentenças estrangeiras previsto na legislação nacional para que tenham exequibilidade doméstica.

---

<sup>216</sup> PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 977.

<sup>217</sup> MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direitos Humanos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2016. p. 144.

Anote-se, também, que a solução judicial proveniente da Corte Interamericana de Direitos Humanos tem eficácia imediata e força vinculante, com aplicação obrigatória pelos estados-membros. Piovesan<sup>218</sup> defende essa posição ao comentar que a decisão da Corte tem força jurídica vinculante e obrigatória, cabendo ao Estado seu imediato cumprimento.

Foi exatamente a Corte Interamericana de Direitos Humanos que definiu a violência obstétrica sofrida por Cristina Brítez como uma forma de violência de gênero e, portanto, repelida pelos diplomas de Direito Internacional, mormente a Convenção CEDAW, na medida em que o Estado argentino não prestou assistência adequada.

Brítez estava grávida de nove meses quando chegou ao hospital público Sardá alegando desconforto lombar, febre e perda de líquido pelos genitais. O estabelecimento médico realizou ultrassonografia que indicou a morte do feto, momento em que Cristina Brítez foi internada para realização de um parto induzido. No mesmo dia, porém, faleceu em virtude de uma parada cardiorrespiratória.<sup>219</sup>

A Corte Interamericana, após recebimento da denúncia, entendeu que o ponto central não era identificar a correta causa da morte de Cristina Brítez, mas sim analisar o tratamento e óbito em hospital público à luz dos deveres do Estado, de modo a identificar se houve a atenção adequada.<sup>220</sup>

Em sua decisão, a Corte entendeu que os médicos não agiram com a diligência esperada para assegurar os direitos à vida, à saúde e à integridade física de Cristina Brítez, direitos consagrados na Convenção CEDAW e que, ao serem inobservados, levaram ao quadro de hipertensão da vítima, ainda que os profissionais da saúde tivessem pleno conhecimento do histórico de pré-eclâmpsia. Logo, a morte de Cristina poderia ser facilmente evitada.

A Corte advertiu a Argentina pela existência de pelo menos mais um fator de risco, que agravou a situação e culminou na morte de Cristina Brítez, que era o aumento expressivo de peso. Logo, concluiu que o hospital prestou um péssimo atendimento, ignorando questões aparentemente simples e, com isso, não soube lidar

---

<sup>218</sup> PIOVESAN, 2017, p. 113.

<sup>219</sup> CORTE Interamericana de Derechos Humanos. **Caso Brítez Arce Y otros vs. Argentina**. 2022. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_474\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf). Acesso em: 08 mar. 2023.

<sup>220</sup> CORTE, 2022, s.p.

com a morte do feto, levando a vítima a situação de grande angústia e estresse que, decerto, contribuiu para a hipertensão e conseqüente parada cardiorrespiratória.<sup>221</sup>

A Corte apontou, ainda, que não foi possível estabelecer se os médicos agiram de forma adequada, conforme as peculiaridades do caso. Contudo, foi possível aferir que a Argentina não demonstrou ter agido de forma diligente e nem adotado medidas para salvaguardar os direitos da vítima, causando transtornos e danos irreparáveis aos familiares de Cristina Brítez.<sup>222</sup>

Nesse contexto, a conclusão foi de violação do direito à integridade física, do direito à vida, das garantias judiciais e da proteção judicial e do direito à saúde, todos expressos na Convenção CEDAW. Logo, determinou a reparação das violações dos direitos humanos declarados acima, bem como a adoção de medidas de atenção à saúde mental do esposo e da genitora de Cristina Brítez, sem ignorar, claro, a determinação de qualificação dos profissionais da saúde para que atendam, de forma adequada, as pacientes gestantes, tanto em hospitais públicos quanto privados.<sup>223</sup>

Resta claro, da análise dos dois casos – Alyne Pimentel e Brítez Arces – que os Estados do Brasil e Argentina, respectivamente, violaram direitos humanos da paciente gestante, culminando, infelizmente, na morte das mulheres. E os organismos internacionais, nesses casos, reconheceram não apenas que a violência obstétrica é uma forma de violência contra a mulher, mas também que há a violação aos direitos humanos expressos na Convenção Interamericana de Direitos Humanos, como o direito à vida, à saúde, à integridade física, entre outros.

### 3.6 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DIREITO COMPARADO

Nesta última década, a violência obstétrica passou a ser mais vista por causa das demais pesquisas realizadas pela rede acadêmica, ações judiciais e pelas organizações de proteção à mulher e à saúde pública. Ainda que esse tema já tenha sido abordado por autores anteriores, a sua abordagem no momento histórico em que vivemos é de extrema importância e legitimidade.

No Brasil, a porcentagem dos casos em que ocorre a morbimortalidade maternal ou neonatal é exorbitante, chegando a 92% dos casos. Como se já não fosse

---

<sup>221</sup> CORTE, 2022, s.p.

<sup>222</sup> Ibid.

<sup>223</sup> Ibid.

um número alarmante, todos esses casos foram considerados de causas evitáveis, ou seja, caso houvesse uma atenção redobrada dos profissionais da saúde na prática dos procedimentos realizados, não haveria ocorrido.

O DATASUS,<sup>224</sup> conceitua a mortalidade materna como:

[...] Se valida no óbito da parturiente, na gestação ou até 42 dias após o término da mesma, sem depender da duração ou de onde a gravidez foi localizada, também de qualquer causa intensificada pela gestação, ou parâmetro em relação a ela, mas não por causas acidentais ou incidentais.

A pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo e SESC iniciada em 2010 denuncia: a cada 4 mulheres, uma sofre violência no parto.

A ONU, em uma publicação sobre “O Progresso das Mulheres no Brasil” em 2011 relatou que a cada 100 mil nascidos vivos 35 morreram. Além disso, 94% dos casos houve a prática de episiotomia.

De fato, no ano de 2016, o painel de monitoramento da mortalidade materna indicou o falecimento de 65.481 parturientes no Brasil derivadas de complicações gestacionais não incidentais. Muitas dessas mortes foram avaliadas como consequência da cirurgia cesárea.

Segundo a OMS, o Brasil é o único país a ter mais da metade dos nascimentos via cesárea, chegando a 53,7% em 2016, ainda que a orientação dada pela OMS seja de 15%. Em uma pesquisa feita pela **BBC (2018)**, foi constatado que os nascimentos via cesárea em 2022 chegaram a 55,5%.

Em meio a esse cenário, repita-se, é que a violência obstétrica vem ganhando espaço na seara acadêmica e também jurisprudencial pois, entre tantos benefícios que esse procedimento pode vir a receber em virtude dos avanços da tecnologia e da ciência, foi perceptível, no decorrer deste trabalho, que também é possível vir a receber malefícios, como a violência obstétrica, que pode ser praticada tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos estabelecimentos hospitalares.

No entanto, todas as diligências de proteção à parturiente devem ser utilizadas para que sua segurança seja preservada, não apenas para evitar os erros médicos que porventura podem vir a acontecer, mas também para que ela seja cientificada de

---

<sup>224</sup> DATASUS. **Painel de Monitoramento da Mortalidade por Causas Básicas Inespecíficas ou Incompletas**. 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

todos os procedimentos adotados pelo médico e, se for o caso, as medidas situacionais extraordinárias a serem tomadas.

Os partos acabaram por virar objeto de produção em massa pelos hospitais, fazendo com que os partos realizados por eles fossem feitos o mais rápido possível, não respeitando os direitos da mulher como paciente e cidadã. Todos os tipos de intervenções elencados neste trabalho são utilizados rotineiramente por esses estabelecimentos.

Não obstante a complexidade e importância da violência obstétrica, são poucos os ordenamentos jurídicos que tratam do tema de forma específica e explícita. O Brasil, como visto acima, começa a debater a questão na seara jurisprudencial; e, embora a literatura apresente vários estudos sobre a temática, o Poder Legislativo ainda não se pronunciou acerca da matéria.

Outra questão que precisa ser ressaltada é que, o Direito Civil brasileiro, como visto no tópico anterior, pode amparar a mulher, em casos de violência obstétrica, com a reparação civil de danos. Fora isso não há, na esfera criminal, responsabilização penal do responsável pela prática de atos que configurem a violência em comento, embora a conduta possa configurar lesão corporal.

Em meio a esse cenário é que Souza e Souza<sup>225</sup> chamam a atenção para o fato de que alguns países, a exemplo da Argentina e Venezuela, apresentam, no que tange a violência obstétrica, leis específicas sobre o tema, e estão mais avançados que o ordenamento jurídico pátrio.

Na Argentina, por exemplo, a questão foi regulamentada na Lei nº 25.929/2004, conhecida como Lei do Parto Humanizado, que obriga o Estado e os profissionais a saúde a observar seu conteúdo, de modo a resguardar os direitos das gestantes e do recém-nascido, o que dificulta a prática da violência obstétrica. Por exemplo, assegura o direito de acompanhante à gestante.<sup>226</sup>

Portanto, desde o início da década de 2000, a Argentina se preocupa em efetivar os direitos humanos da gestante. E, em 2009, a Argentina sancionou a Lei n. 26.485 de “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais”, onde estão tipificadas seis tipos de violência contra a mulher, a saber: violência doméstica,

---

<sup>225</sup> SOUZA; SOUZA, 2021.

<sup>226</sup> *Ibid.*, p. 128.

institucional, laboral, violência contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática, ampliando a tutela dos direitos humanos da mulher.

O artigo 11 da Lei n. 26.485/2009 determina que o Ministério da Saúde da Nação elabore protocolos específicos voltados as políticas públicas que tenham como prioridade a atenção primária destinada à saúde, às emergências, as clínicas médicas, à obstetrícia, à ginecologia, entre outras. Tais protocolos devem especificar quais procedimentos deverão ser seguidos no atendimento de mulheres vítimas de violência, respeitando a sua intimidade por meio da promoção de uma prática médica não sexista. Inclusive, o artigo 35 da referida lei garante à mulher vítima de violência o ingresso judicial de reparação civil pelos danos e prejuízos, conforme as normas que regem a matéria.<sup>227</sup>

Portanto, no supramencionado Estado, os profissionais da saúde e seus colaboradores, bem como as instituições hospitalares, podem ser responsabilizadas civil e administrativa, o que não afasta a responsabilização criminal daquele que, direta ou indiretamente, praticar atos de violência obstétrica.

A preocupação em tipificar como crime a violência obstétrica, e tratar da questão também a título de responsabilização civil, contribuiu para a instituição, no ano de 2011, de uma Comissão Coordenadora Nacional de Ações para Elaboração De Sanções por Violência de Gênero, que busca trabalhar, no âmbito nacional, ações que contribuam para sancionar qualquer forma de violência contra a mulher, inclusive a violência obstétrica, que passou a ser tratada, a partir de 2013, por uma comissão específica, qual seja, a Comissão Nacional de Violência Obstétrica.

Já na Venezuela a questão foi regulamentada três anos depois, em 2007, por força da Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, qual seja, a Lei nº 38.668. Tal diploma foi reformulado em 2014, para incluir o feminicídio como crime e prever também punição para o suicídio.

Ressaltam Souza e Souza<sup>228</sup> que há, na legislação venezuelana, um capítulo específico, o qual trata da saúde sexual e reprodutiva da mulher, instituído obrigações aos profissionais da obstetrícia e ginecologia. Por isso, de forma expressa, destina um capítulo específico à violência obstétrica, inclusive caracterizando como crime tal prática.

---

<sup>227</sup> BARZOTTO, Ana Gabrielle Ribeiro. **Violência obstétrica: uma violação ao princípio da dignidade humana das mulheres**. 2020. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdades Integradas Machado de Assis, Santa Rosa, 2020. p. 52.

<sup>228</sup> SOUZA; SOUZA, 2021, p. 129.

Também o México aprovou, em 2014, legislação que trata da proteção à mulher contra qualquer forma de violência. Por força da *Ley General de Acceso de Las Mujeres a una Vida Libre de Violência*, o referido Estado passou a tipificar como crime a violência obstétrica, para responsabilizar os sujeitos envolvidos no parto e que comprometam a integridade física e/ou psíquica da mulher.<sup>229</sup>

Anote-se, ainda, que os Estados mexicanos também possuem leis específicas para erradicar as formas de violência contra a mulher, incluindo a obstétrica. Não obstante, dos dez Estados federados que possuem legislação sobre o tema, apenas três consideram a violência obstétrica crime, a saber, o Estado de Chipas, o de Veracruz e o de Guerrero.<sup>230</sup>

No âmbito federal, tem-se no Código Penal mexicano, que elenca várias condutas que podem configurar o crime de violência obstétrica, apenando com prisão e multa os responsáveis.

Não bastasse isso, o México conta ainda com recomendações para que os profissionais da medicina atuem de forma mais humana, evidenciando a preocupação não apenas com a responsabilização criminal.

Por fim, cumpre tão somente registrar que não há estudos aprofundados sobre a violência obstétrica em outros ordenamentos jurídicos, o que limita a análise da questão, mas permite afirmar o quanto se faz urgente e necessário regulamentar de forma específica os direitos humanos da paciente gestante no âmbito do direito interno de cada país, embora esse tema disponha de proteção suficiente no âmbito internacional.

---

<sup>229</sup> CASTRO, Bruna Ferreira Matos. **Violência obstétrica**. 2022, 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade São Judas Tadeu, São Paulo, 2022, p. 18.

<sup>230</sup> *Ibid.*, p. 18.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, ao longo do presente estudo, refletir sobre os direitos humanos da paciente gestante com o objetivo de verificar se as normas internacionais são suficientes à proteção desse grupo vulnerável. Verificou-se, de plano, que não há normativas internacionais, a exemplo de Pactos e Convenções, que tratam especificamente dos direitos da gestante. Não significa, porém, que os direitos humanos não alcancem as mulheres gestantes, até porque tais direitos são inerentes à pessoa humana, intrínsecos, irrenunciáveis, amplos e, naquilo que couber, devem ser invocados e assegurados à gestante.

Constatou-se, ainda, que os direitos humanos surgiram e evoluíram ao longo dos tempos, sendo que a consolidação se deu, de forma mais clara, após a Segunda Guerra Mundial. E direitos como a vida, a liberdade, a saúde, entre outros, desde então são mencionados em diversos instrumentos normativos internacionais, inclusive no Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

Ao abordar os direitos da gestante, constatou-se que nem todos são expressos nos instrumentos de Direito Internacional, tal como ocorre com o direito a atendimento preferencial à paciente gestante. Apesar disso, e considerando que há direitos humanos importantes, como o direito à vida, à saúde, a integridade física, expressos em diversas normas, tem-se que uma interpretação mais ampla permite reconhecer que vários são os direitos da paciente gestante.

Ao presente estudo interessou, em especial, os direitos à vida, ao atendimento preferencial, à segurança, o direito de não ser discriminada e não ser submetida a nenhum tratamento degradante ou cruel, ou à tortura, o respeito à vida privada, o direito à informação e à saúde. E, repita-se, aqueles direitos que não são expressos nos instrumentos de Direito Internacional, encontram amparo em direitos como à vida, à saúde e à integridade física.

Dando seguimento, viu-se que há diplomas de Direito Internacional que, de forma específica, voltam-se à tutela das mulheres. É o que ocorre com a Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Violência, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, a Convenção do Cairo e a Convenção de Pequim. Estas voltam-se não a tutela da mulher gestante, mas buscam obstar qualquer violação aos direitos humanos da mulher.

Para assegurar os direitos consagrados nos referidos diplomas e noutros, há organismos internacionais que atuam direta ou indiretamente na tutela dos direitos da mulher, como a ONU Mulheres, a Organização Mundial de Saúde e o Comitê CEDAW. Dos três organismos constatou-se que este último é o que melhor representa a mulher, no que tange os direitos da paciente gestante, até mesmo para obstar qualquer forma de violência, o que ganha relevo se considerado o fato de que no Sistema Interamericano de Direitos Humanos a violência obstétrica é reconhecida como forma de violência de gênero.

Outrossim, verificou-se que o Brasil, de forma expressa, consagra vários direitos da paciente gestante, tanto que o Sistema Único de Saúde traz importante disposições para assegurar uma gestação e um parto saudáveis, assegurando o direito à vida, à saúde e à integridade física e psíquica. Uma das preocupações do SUS é o parto humanizado, que é amplamente difundido, pelo menos do ponto de vista teórico, no país.

Em que pesem as normativas internas e as de Direito Internacional, fato é que uma prática é recorrente. Trata-se da violência obstétrica, que se manifesta de diversas formas.

Constatou-se que a mulher, quando planeja ou descobre que está grávida, vive um momento de inquietação, pois ao mesmo tempo em que se alegra pela anunciada geração do filho, passa a se preocupar com os relatos que ouviu de suas amigas, ou antepassadas acerca das práticas violentas e negligentes que terá que suportar na assistência médica. Afinal, o conselho que predomina de tais experiências é que o melhor a se fazer é não reclamar, pois caso contrário será pior.

Dentre muitas dessas mulheres que sofreram práticas violentas do médico obstetra durante a sua gestação ou parto, numerosos artigos e pesquisas acadêmicas alertam que muitas delas, apesar de apresentarem trauma ou depressão pós-parto, não identificam o médico como um agente que violou os seus direitos, pelo contrário, acreditam fielmente que o profissional obstetra adotou as medidas necessárias para salvar a sua vida e a do neonato.

De fato, as impressões obtidas acerca da assistência obstétrica prestada à mulher durante o período gestacional até o nascimento do recém-nascido, é de que a violência obstétrica é muito mais do que práticas e condutas inadequadas adotadas pelos profissionais da saúde, pois de um modo geral, a violência obstétrica é uma

questão da manifestação cultural que por anos discriminou a mulher em todos os aspectos sociais.

Para demonstrar como os organismos internacionais se posicionam diante da violação dos direitos da mulher, verificou-se o posicionamento do comitê CEDAW no caso Alyne Pimentel e no caso Brítez, quando se constatou que há um grande avanço em virtude do reconhecimento da violência obstétrica como uma violação aos direitos da mulher.

Portanto, é possível concluir que toda e qualquer violação aos direitos da paciente gestante viola, por conseguinte, os direitos humanos e clama a intervenção dos organismos internacionais, de modo a compelir o Estado-parte a observar as disposições de normas como a Convenção CEDAW. Nesse diapasão, as normas internacionais de direitos humanos existentes são suficientes para a proteção da paciente gestante e não carecem de regulamentação específica.

Por outro lado, verificou-se que a violência obstétrica não vem recebendo dos ordenamentos jurídicos a atenção devida. Assim como ocorre no Brasil, as práticas não são reconhecidas/tipificadas como crime e cabe a responsabilização civil. Em meio a esse cenário é que se questiona se os direitos fundamentais da gestante vêm sendo respeitados e, principalmente, se ante a omissão legislativa, os julgadores são sensíveis à problemática da violência obstétrica, suas consequências para a saúde física e psíquica da mulher.

De fato, os direitos humanos das mulheres devem ser reconhecidos, enquanto gestantes, parturientes ou puérperas devem ter assegurados o seu direito à dignidade humana, à vida, à saúde, à autonomia, à maternidade, à informação, à igualdade, direitos sexuais e reprodutivos, os quais devem ser observados pelos profissionais obstetras e protegidos pelo Estado.

No tocante aos profissionais obstetras, como resposta ao modelo padronizado e impessoal praticado na assistência médica, é apontado a necessidade de implementação do “parto humanizado”, no qual as mulheres recuperam o protagonismo no sistema gravídico, sendo as práticas médicas direcionadas as necessidades mulher, pois *a priori*, o papel do profissional apenas se resume a monitorar os diferentes eventos da gestação e do parto, prestando todos os esclarecimentos necessários para que a mulher exerça sua autonomia. Desse modo, nos casos de necessidade de intervenção médica, a decisão seria obtida em conjunto pelo médico e a gestante, parturiente ou puérpera, de maneira livre e indiscriminada.

Outrossim, há de se reconhecer que o Estado é responsável pelos danos causados por servidores. Logo, presentes os elementos configuradores da responsabilidade civil, é dever do Estado responder pelos prejuízos de natureza moral e material por ventura sofridos pela parturiente, em decorrência da violência obstétrica, haja vista a relevância desta para a mulher, já que configura clara violação aos direitos humanos da paciente gestante.

Destarte, há de se repensar a forma como o ordenamento jurídico brasileiro se posiciona diante dos casos de violência obstétrica, seja pela inexistência de uma lei federal que trate do tema, seja pela posição conservadora dos julgadores.

Com base no que foi exposto, resta o dever da sociedade como um todo em descortinar os valores implícitos nas práticas médicas que violam os direitos das gestantes, parturientes e puérperas, no âmbito da instituição de saúde, pois desde as condutas humilhantes, abordagens vexatórias, até as omissões em prestar informações e de obter o consentimento, são atos que devem ser abandonados e penalizados.

Para isso, é necessária e urgente a elaboração de um diploma legal específico sobre os direitos humanos/ fundamentais da paciente gestante por parte dos Estados, especialmente para o fim de tipificar as condutas que configuram crime de violência obstétrica, haja vista que o dever de indenizar se consubstancia em mera sanção civil aos profissionais de saúde e aos hospitais, sendo, pois, uma medida insuficiente para reprimir e evitar a prática dessa espécie de violência.

Não se pode ignorar que é também de suma importância a existência de um diálogo permanente entre os órgãos públicos, as faculdades de medicina, as faculdades de enfermagem, e ainda, a implementação de palestras alertando as mulheres acerca dos seus direitos fundamentais e dos deveres dos profissionais de saúde, para efetivação dos direitos humanos da paciente gestante.

## REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

ALESP – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019**. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>. Acesso em: 22 abr. 2023.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2015.

ALMEIDA, Guilherme Assis; PERRONE, Cláudia M. **Direito Internacional dos Direitos Humanos**. São Paulo: Atlas, 2002.

ALVES, José Augusto Lindgren. A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 12, p. 3-20, 1995.

ALVES, José Eustáquio Diniz. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 219-230, 2014.

ALVES, Vanessa Gomes de Sousa. **Violência obstétrica e os procedimentos com fins didáticos: conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos**. 2020. 136 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

AMAZONAS, Tribunal de Justiça do Amazonas. **Apelação Cível 06208865820158040001 AM**. Relator Desembargador Airton Luís Corrêa Gentil, Terceira Câmara Cível, julg. 29 abr. 2019. Disponível em: <https://tj-am.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/713045015/apelacao-civel-ac-6208865820158040001-am-0620886-5820158040001?ref=serp>. Acesso em: 12 jan. 2023

ANDRADE, Mariana Dionísio de; PINTO, Eduardo Régio Girão de Castro; BARROSO, Ana Beatriz de Mendonça. Eficácia das recomendações da CEDAW e as políticas públicas de proteção à maternidade e saúde da mulher no Brasil. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. e38047-e38047, 2020.

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; RECHMANN, Itanaina Lemos; MAGALHÃES, Thayná Andrade. Responsabilidade civil nas acusações de erro médico. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 1-163, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009.

BARZOTTO, Ana Gabrielle Ribeiro. Violência obstétrica: uma violação ao princípio da dignidade humana das mulheres. 2020. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdades Integradas Machado de Assis, Santa Rosa, 2020.

BENONI, Belli; BRANDÃO, Marco Antônio Diniz. **O Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos e seu aperfeiçoamento no limiar do século XXI**. [s.d.] Disponível em:

[http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/textos\\_dh/artigo11.htm](http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/textos_dh/artigo11.htm). Acesso em: 12 jan. 2023.

BERQUÓ, Elza. Refletindo sobre as questões populacionais neste final de século. **Revista Novos Estudos**, São Paulo, ed. 55, v. 3, p. 71-81, 1999.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 25. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

BRASIL. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. FROSSARD, Heloisa (Org.). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher, caso Alyne da Silva Pimentel. **Relatório do governo brasileiro**. 2014a. Disponível em: <file:///C:/Users/Fam%C3%ADlia%20S%20M%20B/Downloads/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde; Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento. Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. v. 4. Disponível em: [http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.633, de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Apresentação 29/05/2014c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.876, 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. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 2285/2022**. Institui o Estatuto da Gestante. Brasília, DF: Senado Federal, 2022. Disponível em:

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154477>. Acesso em: 20 mai. 2023

CABRAL, Cristiane Helena de Paula Lima. Organização Mundial de Saúde e sua atuação no âmbito da saúde pública internacional. In: BAHIA, Saulo José Casali (Coord.). **Direitos e deveres fundamentais em tempos de coronavírus**. São Paulo, 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº3.635/2019**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2208686>. Acesso em 22 abr. 2023.

CAMPBELL, Meghan. CEDAW and Women's Intersecting Identities: a Pioneering New Approach to Intersectional Discrimination. **Revista Direito GV**, São Paulo, n. 11, v. 2, p. 479-504, 2015.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 265-270, 2010.

CASTRO, Bruna Ferreira Matos. **Violência obstétrica**. 2022, 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade São Judas Tadeu, São Paulo, 2022.

CAVALCANTE, Livia A. O parto no Brasil: pressupostos para uma assistência à gestante e ao nascituro. **Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná**, Curitiba, v. 33, n. 131, 2016.

CERQUEIRA, Sofia; FIPO, Mafê. Com hora certa: o que explica o recorde histórico de cesarianas no Brasil: Fenômeno é impulsionado por ansiedade e medo e alimentado por uma engrenagem pró-partos cirúrgicos. **Revista VEJA**. Publicado em 24 fev. 2023. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/comportamento/com-hora-certa-o-que-explica-o-recorde-historico-de-cesarianas-no-brasil/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

CORTE Interamericana de Derechos Humanos. **Caso Brítez Arce Y outros vs. Argentina**. 2022. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_474\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf). Acesso em: 08 mar. 2023.

COSTA, Fagner Henrique. **O prontuário médico frente à judicialização da medicina**. 2019. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina Legal) – Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu-MG, 2019.

COSTA, Mariana Vieira de Mello. **Parto e dignidade: estudo sobre a violência obstétrica em hospitais públicos de Recife**. 2017. 107 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

DATASUS. **Painel de Monitoramento da Mortalidade por Causas Básicas Inespecíficas ou Incompletas**. 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

DINIZ, Simone G. et. al. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde maternal, e propostas para sua prevenção. **Revista do Crescimento Humano e Desenvolvimento**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

FACHIN, Luiz Edson. Da barbárie à dignidade: direitos humanos no pós-guerra e o caminho internacional. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília v. 19, n. 431, p. 35-37, jan. 2015.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 6 ed. Salvador: JusPodivm, 2014.

FERRAJOLI, Luigi. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Tradução Alexandre Salin, Alfredo Copetti Neto, Daniela Cadermari (outros). Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

FPA - FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

FREITAS, Cleide Aparecida. **Direitos humanos da paciente no contexto do cuidado obstétrico**. 2022. 76 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru-PE, 2022.

FRENKEL Lory A.; STINGER Gwendolyn; GRAY Aria. **A guide for advocating for respectful maternity care the White ribbon alliance**. 2013. Disponível em: [https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RMCGuide\\_FINAL.pdf](https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RMCGuide_FINAL.pdf). Acesso em: 12 jan. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como? **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>. Acesso em: 22 abr. 2023

GOMES, Orlando. **Obrigações**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

GONZALES, Ana Paula da Silva; OLIVEIRA, Jussara Martins Cerveira de. Violência obstétrica e o dano moral. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça/RJDSJ**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 316-318, 2018.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KÖLLING, Gabrielle; JABER, Gabriela Zahia. Direito à saúde, municípios e a transdisciplinariedade. In: MARTINI, Sandra Regina; MAIA, Selmar José (Orgs.). **O movimento entre os saberes**. Porto Alegre: Evagraf, 2016.

KYRILLOS, Gabriela M.; STELZER, Joana. Uma análise interseccional de gênero e raça sobre as medidas adotadas em prol da eficácia da CEDAW no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 61, p. e216113, 2021.

LEAL, José Carlos. **A Maldição da Mulher**: de Eva aos dias de hoje. São Paulo: Editora DPL, 2004.

LIMA JUNIOR, Jayme Benvenuto. **Manual de Direitos Humanos Internacionais**. São Paulo: Loyola, 2002.

LUCENA, Tâmara Silva; MORAIS, Ramon José Leal; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 222-227, 2019.

LUZ, Ágata. Jovem denuncia hospital de Santos após a sua filha nascer morta: Exames diziam que ela estava ótima. **A Tribuna**. Publicado em 20 jun. 2022. Disponível em: <https://www.atribuna.com.br/cidades/geral/jovem-denuncia-hospital-de-santos-apos-filha-nascer-morta-exames-diziam-que-ela-estava-otima>. Acesso em: 22 abr. 2023

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2018.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Espírito Santo, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MASSARELI JÚNIOR, José Carlos. **Análise das diretrizes da OMS e as ações jurídicas comparativas durante a crise humanitária do Covid-19 no Brasil e na Alemanha**. 2021. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade Santa Cecília, Santos, 2020.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público**. 7 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direitos Humanos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2016.

MEDEIROS, Anderson Brito de et al. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga/Colômbia, v. 11, n. 3, p. e1046, 2020.

MELO, Carlos Frederico Campelo de Albuquerque e. **Emergência de febre amarela no Brasil 2016 a 2018: um olhar da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a luz do Regulamento Sanitário Internacional**. 2020. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Apelação Cível 1.0024.14.097839-6/001**. Relator Desembargador José Marcos Vieira, 16ª Câmara Cível, publ. 22 jul. 2016. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&nume>

roRegistro=1&totalLinhas=1&paginaNumero=1&linhasPorPagina=1&palavras=%2522viol%EAncia%20obst%E9trica%2522&pesquisarPor=ementa&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%EAncias%20cadastradas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&. Acesso em: 12 jan. 2023

NASCER no Brasil: **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. 2018. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>. Acesso em: 22 jan. 2023.

NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes do Nascimento. **Reprodução, desigualdade e políticas públicas de saúde: uma etnografia da construção do “desejo de filhos”**. 2009. 213 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NORONHA, Fernando. **Direito das obrigações**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010

OLIVEIRA, Erival da Silva. **Direitos Humanos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

OLIVEIRA, Pedro Farias. Desafios do Direito Internacional Sanitário durante a pandemia de Covid-19: poder normativo, retirada e financiamento da Organização Mundial de Saúde. **Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 73-103, 2021. p. 77.

OLIVEIRA, Rosa Mística Gomes de Azevedo. Direito à vida nos Tratados Internacionais de Direitos Humanos e as contradições nos países que adotam a pena de morte, tortura, aborto e temas correlatos. **Revista Eletrônica Díke**, [S. l.], v. 1, n. 01, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://esmec.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2015/07/Direito-a-vida-Rosa-Mistica.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2023.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e06500015, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf). Acesso em: 22 jan. 2023

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=7C5396675E4DA00DE69CA4B85026BFB9?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=7C5396675E4DA00DE69CA4B85026BFB9?sequence=3). Acesso em: 12 jan. 2023.

ONU Mulheres Brasil. **Gestão**. s.d. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/governanca/>. Acesso em: 05 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Resolução 217 A (III), Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948. Disponível em: [http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm). Acesso em: 09 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. 1969. Disponível em: [http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_americana.htm](http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm). Acesso em: 05 mar. 2023.

PÉREZ, Barbara A. G.; OLIVEIRA, Edilaine V.; LAGO, Mariana S. Percepções de puérperas vítimas de violência Institucional durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**, São Paulo, v. 4, n. 01, p. 66-77, 2015.

PETERSEN, Leticia Lassen. Direito Constitucional à saúde e sua efetivação. COSTA, Marli M. M. da; HERNANY, Ricardo; SODER, Rodrigo Magnos (orgs.). **Direito, cidadania e políticas públicas**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2011.

PIOVESAN, Flávia. A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 21-34, 2014.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano**. 9. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2019.

PREUSS, Lislei Teresinha. O direito à saúde em regiões fronteiriças: algumas reflexões e considerações. BEDIN, Gilmar Antonio (org.). **Cidadania, direitos humanos e equidade**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2012.

PULHEZ, Mariana M. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero. 2013. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis. 2013.

RODRIGUES, Karine. No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica. **Fundação Oswaldo Cruz**. Publicado em 06 jan. 2021. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1967-no-brasil-das-cesareas-a-falta-de-autonomia-da-mulher-sobre-o-parto-e-historica.html>. Acesso em: 22 abr. 2023.

SAMPAIO, José Adércio Leite. **Direitos fundamentais: retórica e historicidade**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível nº 145704 SC**. Relator Desembargador Fernando Carioni, Terceira Câmara de Direito Civil, julg. 03 abr. 2007. Disponível em: <https://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/872901/apelacao-civel-ac-145704-970226865-6/inteiro-teor-100558546>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível 20130035591 SC**. Relator Desembargador Sérgio Izidoro Heil, Quinta Câmara de Direito Civil, julg. 26 mar. 2014. Disponível em: <https://tj->

sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25031243/apelacao-civel-ac-20130035591-sc-2013003559-1-acordao-tjsc?ref=serp. Acesso em: 12 jan. 2023.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível 03127248920168240023**. Relator Desembargador João Henrique Blasi, Segunda Câmara de Direito Público, publ. 08 out. 2019. Disponível em: <https://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/767565454/apelacao-civel-ac-3127248920168240023-capital-0312724-8920168240023?ref=serp>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SANTOS, Cláudia; PEREIRA, Alexsandro Eugenio. Direitos humanos das mulheres: uma análise sobre as recomendações do Comitê CEDAW/ONU ao Estado brasileiro. **Moções, Revista de Relações Internacionais da UFGD**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 152-182, 2017.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível nº 00013140720158260082 SP**. Relator Desembargador Fábio Podestá, 5ª Câmara de Direito Privado, publ. 11 out. 2017. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/509315821/13140720158260082-sp-0001314-0720158260082?ref=serp>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível 10965614120158260100 SP**. Relator Desembargador Moreira Viegas, 5ª Câmara de Direito Privado, publ. 19 dez. 2018. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/661197229/apelacao-apl-10965614120158260100-sp-1096561-4120158260100?ref=serp>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SERRUYA, Suzanne J.; CECATTI, José G.; LAGO, Tania G. O Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2014.

SILVA, Isabelle Salomão Teixeira et al. Aplicação adequada do partograma e o seu impacto na taxa de cesarianas: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 9, p. e3915, 2020.

SILVA, Michelle Gonçalves et al. Violência Obstétrica na Visão de Enfermeiros Obstetras. **Rev. Rene**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 820-828, 2014.

SILVA, Roberta da; MARQUES, Aline Damian. Direitos Humanos e Direitos Fundamentais: a construção de uma longa trajetória histórica. STURZA, Janaína Machado (Org.). **Os direitos fundamentais na perspectiva das políticas públicas**. Curitiba: CRV, 2015.

SLAIBI, Maria Cristina Barros Gutiérrez. O direito fundamental à saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 227-233, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a03.pdf>. Acesso em 16 jan. 2023.

SOUZA, Mariana Fonseca; SOUZA, Jeancezar Ditzz Ribeiro de. Violência obstétrica: grave violação aos direitos humanos da mulher brasileira. **Lex Humana**, Petrópolis, v. 13, n. 2, p. 120-137, 2021.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007

STRENIO, Elizabeth. **O Sistema Interamericano de Direitos Humanos**. 2010. Disponível em: [http://www.hrea.org/index.php?doc\\_id=509](http://www.hrea.org/index.php?doc_id=509). Acesso em: 28 dez. 2022.

TOALDO, Adriane Medianeira; BERGHAHN, Márcia Muhlbaier. Desjudicialização do direito à saúde: a integração entre a sociedade e o estado como alternativa de enfrentamento. In: COSTA, Marli M. M. da; RODRIGUES, Hugo Thamir (orgs.). **Direito e políticas públicas**. Curitiba: Multideia, 2014.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos**. 3 ed. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 2009.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. São Paulo: M. Ventura, 2009.

VICENTINO, Cláudio. **História geral**. 8 ed. São Paulo: Scipione, 1997.

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana P.V. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2016.