

Autores:


Adriana Vidal de Oliveira
Aline de Miranda Valverde Terra
Ana Carla Harmatiuk Matos
Ana Carolina Brochado Teixeira
Bruna Dias Alonso
Bruna Silveira Moreno
Carmen Simone Grilo Diniz
Cecília Ribeiro Dâmaso
Consuello Alcon Fadul Cerqueira
Denise Yoshie Niy
Gláucia Nascimento da Silva
Helôisa Helena Barboza
Laura Uplinger
Livia Teixeira Leal
Maíra Fattorelli

Maíra Fernandes
Malu Stanchi
Mariana Paganote Dornellas
Mariana Silveira Sacramento
Olivia Hirsch
Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira
Roberta Calábria
Ricardo L. Chaves
Rodrigo de Souza Costa
Samara Amaral Freitas
Sara Mendonça
Thamis Dalsenter Viveiros de Castro
Thula Pires
Vitor Almeida

ISBN 978-85-519-1707-7



9 788551 917077 >

 **Lumen Juris** **Direito**

Thamis Dalsenter Viveiros de Castro

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA EM DEBATE



THAMIS DALSENTER VIVEIROS DE CASTRO
COORDENADORA

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA EM DEBATE

DÍALOGOS
INTERDISCIPLINARES

 **Lumen Juris** **Direito**

30
anos

Copyright © 2020 by Thamis Dalsenter Viveiros de Castro

Categoria: Direitos Humanos

PRODUÇÃO EDITORIAL
Livraria e Editora Lumen Juris Ltda.

Diagramação: Rômulo Lentini

A LIVRARIA E EDITORA LUMEN JURIS LTDA.
não se responsabiliza pelas opiniões
emitidas nesta obra por seu Autor.

É proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer
meio ou processo, inclusive quanto às características
gráficas e/ou editoriais. A violação de direitos autorais
constitui crime (Código Penal, art. 184 e §§, e Lei nº 6.895,
de 17/12/1980), sujeitando-se a busca e apreensão e
indenizações diversas (Lei nº 9.610/98).

Todos os direitos desta edição reservados à
Livraria e Editora Lumen Juris Ltda.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE

C355v

Castro, Thamis Dalsenter Viveiros de
Violência Obstétrica em Debate : diálogos interdisciplinares / Thamis
Dalsenter Viveiros de Castro (Coord.) Ana Carolina Brochado Teixeira,
et al.

– Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2019.
352 p. ; 23 cm.

ISBN 978-85-519-1707-7

1. Violência Obstétrica . 2. Parto. 3. Mortalidade Materna . 4. Doula.
5. Direito das Mulheres. I. Título.

CDD 342

Ficha catalográfica elaborada por Ellen Tuzi CRB-7: 6927

Para Francisco, meu filho, com amor.

Embora seja tema novo para o universo jurídico, a violência obstétrica é intensamente debatida há décadas em outras áreas que cuidam da promoção da saúde materno-infantil, razão pela qual este livro buscou atender à abordagem interdisciplinar que o matéria exige, contando com a participação de pesquisadores e profissionais que se destacam pela atuação em diferentes áreas que envolvem o nascimento no Brasil, como adoulas, psicólogas, médicas e médicos pediatras, ginecologistas e obstetras.

Gostaria de agradecer a todas as pesquisadoras e pesquisadores que se uniram no esforço de produzir essa obra coletiva, assumindo como prioritário o desafio de romper com a negligência teórica que a violência obstétrica sofre no âmbito jurídico, buscando construir as bases para um direito ao nascimento na medida da dignidade da pessoa humana e de suas vulnerabilidades. Além das autoras e dos autores dessa obra, é preciso agradecer a colaboração dos professores Vitor Almeida, fundamental para a concepção e realização desse projeto, do início ao fim dessa jornada, e Máira Fattorelli, essencial na produção do conteúdo interdisciplinar que marca esse livro. Agradeço também à Cecília Dâmaso, aluna de graduação em Direito da PUC-Rio e participante do grupo de pesquisa, que se empenhou na organização administrativa inicial dessa coletânea. Agradeço especialmente à PUC-Rio e ao Departamento de Direito pelo apoio na realização dos eventos e nas atividades do grupo de pesquisa que geraram esse livro.

A violência obstétrica é mais uma consequência da violência de gênero que marca nossa sociedade. Enfrentar o tema da violência contra a gestante é, portanto, reafirmar o direito à autonomia corporal da mulher na busca insansável pela igualdade de gênero em sua plenitude, do início ao fim da vida.

Thamis Dalsenter Viveiros de Castro

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2019.

Sumário

Violência Obstétrica e os direitos da pessoa transexual gestante	1
<i>Heloisa Helena Barboza</i>	
Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica	21
<i>Thamis Dalsenter Viveiros de Castro</i>	
Mortalidade materna: precariedade e invisibilidade	41
<i>Máira Fattorelli</i>	
Violência obstétrica, cuidado neonatal e desafios para humanização da assistência ao parto	61
<i>Ricardo L. Chaves</i>	
Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas	73
<i>Olivia Hirsch</i>	
<i>Sara Mendonça</i>	
Violência obstétrica nos estudos brasileiros sobre assistência ao parto: definições em construção	91
<i>Denise Yoshie Niy</i>	
<i>Bruna Dias Alonso</i>	
<i>Bruna Silveira Moreno</i>	
<i>Carmen Simone Grilo Diniz</i>	
O dever de informação na relação médico-gestante como forma de garantia da autonomia existencial no parto	127
<i>Ana Carolina Brochado Teixeira</i>	
<i>Livia Teixeira Leal</i>	
A informação como forma de combate à violência obstétrica na relação médico-paciente e os impactos na seara da responsabilidade civil	151
<i>Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira</i>	
<i>Gláucia Nascimento da Silva</i>	
Notas sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade dos planos de parto no direito brasileiro	171
<i>Vitor Almeida</i>	

Violência obstétrica contra a gestante com deficiência	185
--	-----

Aline de Miranda Valverde Terra

Ana Carla Harmatiuk Matos

Racismo institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra	209
---	-----

Thula Pires

Malu Stanchi

Maternidade e violência atrás das grades	233
--	-----

Maíra Fernandes

Mariana Paganote Dornellas

A responsabilidade penal nas hipóteses de violência obstétrica	249
--	-----

Rodrigo de Souza Costa

Adriana Vidal de Oliveira

Consuello Alcon Fadul Cerqueira

O Plano de parto como instrumento de autonomia, privacidade e garantia da proteção ao indivíduo face aos casos de violência obstétrica	261
--	-----

Mariana Silveira Sacramento

A violência obstétrica e seu impacto sobre o bebê	277
---	-----

Laura Uplinger

Doula à brasileira: as idiosincrasias do cenário obstétrico contemporâneo e a figura da doula no Rio de Janeiro	287
---	-----

Roberta Calábria

Ampliação do direito à saúde da gestante: inclusão da aromaterapia no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	305
---	-----

Samara Amaral Freitas

A expansão do conceito de violência obstétrica e as práticas de esterilização compulsória	319
---	-----

Cecília Ribeiro Dâmaso

Violência Obstétrica e os direitos da pessoa transexual gestante

Heloisa Helena Barboza

"ter um filho biológico não é um desejo feminino ou masculino, é um desejo humano".¹

Considerações iniciais

O Ministério da Saúde, em junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento pela Portaria GM/569, após análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos².

¹ Thomas Beatie.

² Portaria GM/569 – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso 20.02.2018.

Notas sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade dos planos de parto no direito brasileiro

Vitor Almeida

Notas introdutórias: da violência obstétrica à humanização do parto

A excessiva medicalização do processo gestacional nas últimas décadas tem provocado debates necessários em relação aos limites do papel dos médicos na tomada de decisão a respeito das escolhas médico-sanitárias durante o pré-natal e o parto, que ao longo do tempo foram subtraídos das mulheres com a chamada "estandardização do parto" por meio de protocolos e práticas rotineiras nos ambientes hospitalares³⁸⁶. A institucionalização do parto aumentou a vulnerabilidade da mulher grávida, uma vez que o processo natural da gestação passou a ser totalmente medicalizado. É de se destacar, ainda, que não somente a desconsideração da vontade das mulheres é reinante neste cenário, mas práticas médicas violentas e desumanas se naturalizaram a ponto de socialmente sequer serem compreendidas como violência obstétrica.

386 "O parto é um processo normal e natural, um período vulnerável para a saúde da mulher, em que o ambiente e as atividades sanitárias exercem grande influência. Na metade do século XX foi institucionalizado o processo de parto, passando dos partos em domicílio aos partos hospitalares. Quando o parto foi considerado um processo hospitalar, foram incluídas determinadas práticas rotineiras e protocolizadas, tais como a episiotomia, a depilação, os enemas, a indução do parto, sem que seu uso rotineiro fosse avaliado por evidências científicas. O parto foi incluído no modelo de saúde baseado em doenças, considerando a mulher como uma doente que necessita atenção médica. Diante desta situação, em 1985, com as recomendações da OMS sobre o nascimento, inicia-se um processo de 'estandardização do parto', os estados são incitados a revisar a tecnologia aplicada aos partos e admite-se que cada mulher deve eleger o tipo de parto que deseja, contribuindo assim para devolver o protagonismo à mulher". SUÁREZ-CORTÉS, María; ARMERO-BARRANCO, David; CANTERAS-JORDANA, Manuel; MARTÍNEZ-ROCHE, María Emilia. *Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado In: Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf>. Acesso em 07 set. 2019.

Tal perspectiva começou a ser alterada no Brasil com a o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria GM/569, em junho de 2000, pelo Ministério da Saúde, após análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, com a mira na promoção dos direitos de cidadania das mulheres grávidas.

O PHPN tem o propósito de efetivar formas de combate à violência obstétrica, reduzir a mortalidade materna e neonatal e melhorar o tratamento dado às gestantes e parturientes, bem como oferece diretrizes para um amplo processo de humanização da assistência obstétrica, fundamentado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). O programa visa atender às necessidades de cada mulher no processo de parturição de forma digna, com o intuito de minimizar intervenções desnecessárias e inapropriadas ao parto, buscando a humanização do ciclo gravídico-puerperal.³⁸⁷

Fundamental, nesse contexto, reconhecer a importância da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento. Para tanto, o papel de protagonismo das mulheres no processo de parto e nascimento implica o fortalecimento e a adoção de novos métodos e instrumentos na assistência à saúde que preservem ao máximo sua autonomia corporal e seus desejos e vontades, sobretudo, no momento do parto.

Dentre as estratégias possíveis para fortalecer sua autonomia encontra-se a elaboração pela gestante de um plano de parto e nascimento³⁸⁸, que consiste,

basicamente, num documento escrito, de caráter legal, em que, após processo de consentimento livre e informado por meio das informações sobre a gravidez e o parto, e considerando seu valores, desejos e expectativas sobre seu parto e suas necessidades médicas particulares, deixará registrado suas vontades e que deve ser respeitado pelos profissionais que a assistem. Nessa linha, o plano de parto e nascimento torna-se um instrumento importante para as mulheres grávidas refletirem sobre o momento do parto e definir suas escolhas a partir das suas particularidades e condição de saúde.

O presente trabalho tem por fim analisar os contornos jurídicos do chamado plano de parto no direito brasileiro como importante instrumento de garantia da autodeterminação da gestante, de modo a delinear os possíveis efeitos das diretrizes contidas no documento e a vinculação dos profissionais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal.

1. Autonomia corporal e fase gestacional: a vulnerabilidade da mulher grávida

Os avanços da biotecnologia e da biomedicina no último quartel do século passado atingiram centralmente a reprodução humana, operando verdadeiras transformações no antes tido como natural fato da gestação e, conseqüentemente, no nascimento. A crescente interferência (bio)médica na reprodução humana integra o chamado processo de medicalização da vida humana,³⁸⁹ que, segundo Heloisa Helena Barboza, constitui "fenômeno social difuso nas sociedades ocidentais, que se instaurou talvez de modo não deli-

387 "O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos". BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002, p. 5-6.

388 No presente trabalho prefere-se denominar simplesmente de plano de parto.

389 Marilena C. D. V. Corrêa e Maria Cristina R. Guilam registram que: "A espetacular expansão da medicalização a qualquer aspecto da existência individual e da vida social permite ao discurso médico englobar virtualidades – os riscos – alterando de forma fundamental a topologia daquele discurso. Antes referido estritamente à positividade dos sinais e sintomas circunscritos aos corpos individuais, o discurso médico passa a englobar 'estilos de vida' (comportamentos individuais) e os mais diferentes fatores 'de risco para a saúde' (qualidade do ar, da água, hábitos culturais etc.)" (O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out., 2006, p. 2.142).

berado, mas, sem dúvida, definitivo".³⁹⁰ Tal processo foi acelerado "no século XX, graças à marcante atuação da biomedicina".³⁹¹

Conforme observou Heloisa Helena Barboza:

[...] nascimento, desenvolvimento e preservação da vida, e mesmo a morte deixaram de ser fatos naturais, transformando-se em ações médicas, de todo influentes para o direito. Nascimentos e mortes ocorrem em hospitais, para grande parte da população brasileira, incluídos os mais carentes. A medicina determina como nascer, quando morrer, como viver: o que comer, o que fazer ou não, num processo contínuo de acompanhamento do indivíduo, de forma direta ou indireta, como a que ocorre por meio de campanhas ou orientação pelos meios de comunicação em massa.³⁹²

Nesse cenário de medicalização da vida humana já se observou que "é possível falar em uma maior concentração de intervenção médica (práticas e discursos) sobre o corpo feminino se comparado ao masculino",³⁹³ especialmente no campo da reprodução humana. Marilena C. D. V. Corrêa e Maria Cristina R. Guilam, por exemplo, afirmam que a gravidez é "[...] um dos momentos mais medicalizados da vida da mulher. Por meio do discurso biomédico, a mulher grávida se vê cercada, hoje, de uma rede de vigilância de seu corpo, passando a ser responsabilizada não só pela própria saúde, mas também pela produção de um feto saudável".³⁹⁴

De obra da natureza, o processo reprodutivo foi medicalizado desde a possibilidade de fertilização dos gametas em laboratório, passando pela exigência médica de acompanhamento pré-natal até a indicação da técnica mais adequada no

390 BARBOZA, Heloisa Helena. Reprodução humana como direito fundamental. In: DIREITO, Carlos Alberto Menezes; TRINDADE, Antônio Augusto Cançado; PEREIRA, Antônio Celso Alves (Org.). *Novas Perspectivas do direito internacional contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008, p. 778.

391 BARBOZA, Heloisa Helena. Reprodução humana como direito fundamental. In: DIREITO, Carlos Alberto Menezes; TRINDADE, Antônio Augusto Cançado; PEREIRA, Antônio Celso Alves (Org.). *Novas Perspectivas do direito internacional contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008, p. 778.

392 BARBOZA, Heloisa Helena. Reprodução humana como direito fundamental. In: DIREITO, Carlos Alberto Menezes; TRINDADE, Antônio Augusto Cançado; PEREIRA, Antônio Celso Alves (Org.). *Novas Perspectivas do direito internacional contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008, p. 778-779.

393 CORRÊA Marilena C. D. V.; GUILAM Maria Cristina R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal, cit., p. 2.142.

394 CORRÊA, Marilena C. D. V.; GUILAM, Maria Cristina R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal, cit., p. 2.142.

momento do parto. Todas essas fases foram, indiscutivelmente, medicalizadas, viabilizando novas possibilidades de exames, diagnósticos e tratamentos *in utero*.

Tal panorama de forte intervenção no corpo da mulher grávida não só reduz sua autonomia de decidir sobre os aspectos ligados ao parto, mas descortina formas de violência obstétrica, que pode ser definida como "é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos". A violência obstétrica pode acontecer tanto durante a gestação, quanto no parto e pós-parto. "Além da mulher, a violência obstétrica pode ocorrer com o bebê e com seus familiares, podendo causar danos físicos, psicológicos e sexuais".³⁹⁵

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde publicou declaração sobre Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, em razão de "evidências sugerirem que as experiências de desrespeito e maus-tratos das mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas".³⁹⁶

De acordo com Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres, em pesquisa realizada em parceria pela Fundação Perseu Abramo e SESC, em 2010, apontou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. O dossiê esclarece que a violência obstétrica se caracteriza por meio de "todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis", de caráter físico, psicológico, sexual, institucional e midiático.³⁹⁷

395 Disponível em: <[https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Carilha_VO_JUL_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Carilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf)>. Acesso em 10 set. 2018.

396 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE 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/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em 27 dez. 2018.

397 PARTO DO PRINCÍPIO - MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. *Dossiê da Violência Obstétrica - "Parirás com dor"*, 2012, p. 57 e 61. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSEPE/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2018.

No Brasil, a discussão ganhou destaque com caso que ocorreu na cidade de Torres, no Rio Grande do Sul, quando a Justiça gaúcha determinou que uma gestante de 42 semanas fosse submetida a uma cesariana contra sua vontade, por considerar que a gestante e o nascituro corriam risco de morte. O pedido foi feito pelo Ministério Público após ter sido procurado pela médica. A decisão foi bastante discutida, exatamente pela forma como ocorreu o cumprimento da decisão judicial, visto que a gestante foi levada de casa por força policial até o hospital para realizar o parto.³⁹⁸

Embora pareça irrefreável o fenômeno da medicalização do parto hodiernamente, deve-se ter cautela em relação à situação de vulnerabilidade na qual se encontra a gestante, seja por razões médicas ou psicológicas. Isso não quer dizer redução da capacidade, mas sim um estado de fragilidade, que é realçado pelas prescrições médicas, subjugando as grávidas a um modelo de comportamento condizente e compatível com um discurso médico de "gestação saudável" e, consequentemente, com o nascimento de uma "criança perfeita".

Em que pese, algumas situações jurídicas extrapatrimoniais, titularizadas pelos nascituros como merecedoras de tutela, impingam à mulher grávida alguns deveres, ensejando limitações à sua autonomia corporal, é preciso demarcar que a sua liberdade não pode ser subtraída, sendo que, ao contrário, em inúmeros casos deve preponderar o direito à autodeterminação da gestante face os direitos do nascituro.

É necessário, portanto, um olhar crítico do Direito quanto ao discurso médico de aconselhamento e acompanhamento durante a fase pré-natal, que precisa coincidir com os valores albergados no ordenamento, sob pena de se desconsiderar a autodeterminação existencial da mulher grávida.

Por outro lado, a partir das modernas técnicas de diagnóstico pré-natal e do avanço da engenharia genética, têm se ampliado as possibilidades de escolhas reprodutivas,³⁹⁹ sendo que, nesse caso, a irresponsabilidade dos pais

nas escolhas genéticas que interferem na formação do nascituro não deve ser acobertada pelo Direito, sob pena de demasiada interferência na vida da futura criança; por outro lado, não se pode desconsiderar que certas preferências reprodutivas integram a autonomia concedida, sobretudo, à gestante.

Imperioso constatar que no plano fático-social, apesar da proclamada igualdade de gêneros na Constituição de 1988, a mulher continua sendo vítima de discriminação e preconceito, e tem agravada sua situação de vulnerabilidade, tornando-se vítima tanto em sua integridade física, como em tudo que respeita à igualdade de oportunidade e condições no ambiente profissional⁴⁰⁰. Tal cenário se agrava no caso de mulheres grávidas, uma vez que o quadro de afronta à dignidade e à autonomia da mulher alcança seu corpo de forma mais incisiva, tornando-a ainda mais vulnerável.

Impõe-se, nesse caso, em razão da grave questão sociocultural da vulnerabilidade de gênero, um quadro de afronta à dignidade e à autonomia da mulher, que alcança seu corpo, especialmente no campo da reprodução humana, em especial no momento do parto. Cabe ao legislador promover a substancial e real igualdade entre os gêneros, eliminando as situações de discriminação e desigualdade em relação à mulher, sobretudo no que concerne ao controle de seu próprio corpo.

2. Conteúdo e contornos jurídicos dos planos de parto e nascimento

Registra-se que o primeiro modelo de plano de parto foi elaborado em 1980, nos Estados Unidos, tendo seu conceito cunhado por Sheila Kitzinger, considerada a "sacerdotisa do parto natural", que defendia que o parto não deveria ser compreendido como uma patologia, posicionando-se contra o movimento de medicalização da gestação. Para ela, o excessivo controle do processo do parto pelos médicos interferia na autonomia das gestantes e defendia que o nascimento precisaria ser vivido de forma pessoal, considerando os de-

398 Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>>. Acesso em 10 jan. 2019.

399 Debora Diniz já analisou o caso da surdez, no qual a comunidade Surda defende a preferência pelo nascimento de crianças surdas como forma de manutenção da identidade cultural surda, discutindo-se os limites das decisões reprodutivas dos futuros pais no desenvolvimento de seus futuros filhos. DINIZ, Debora. Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 175-181, 2003.

400 Cf. BARBOZA, Heloisa Helena Gomes; ALMEIDA, Vitor. (Des)igualdade de gênero: a mulher como sujeito de direito. In: TEPEDINO, Gustavo; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; ALMEIDA, Vitor (coords.). *O direito civil entre o sujeito e a pessoa: estudos em homenagem ao Professor Stefano Rodotà*. Belo Horizonte: Fórum, 2016, pp. 163-189.

sejos da parturiente, e com a menor intervenção médica possível⁴⁰¹. A partir daí, tais documentos começaram a ser usados nos países anglo-saxões com o objetivo de exigir um parto o menos intervencionista possível.⁴⁰²

A relevância dos chamados planos de parto encontra fundamento no respeito ao princípio bioético de autonomia, que garante a autodeterminação e o controle das mulheres sobre o processo do parto a partir das informações e comunicação estabelecida com os profissionais envolvidos e serve como forma de reflexão para as mulheres sobre os desejos e expectativas sobre esse ciclo⁴⁰³. Cabe ressaltar que as “mulheres gestantes sempre têm sentido a necessidade de planejar e comunicar a suas famílias e profissionais de saúde o que é importante para elas, para assim poder sentir-se seguras e apoiadas durante o processo de parto”. Ademais, “não se deve esquecer que a gravidez e o parto são as etapas prévias da maternidade, constituindo o início da aquisição do papel maternal”.⁴⁰⁴

Segundo Milene Silva Rodrigues, “o plano de parto é uma carta destinada aos profissionais de saúde que farão a assistência ao parto da gestante”, cujo conteúdo deverá ser construído durante o período gestacional, baseado em informações que a mulher colheu sobre o processo do parto, de maneira a realizar um planejamento pautado em seus desejos e expectativas. “O plano de parto é tão significativo nesse momento que está inserido no contexto de discussão de práticas

baseadas em evidências para melhorar a qualidade da assistência”⁴⁰⁵. Sua importância é reiterada pelo Ministério da Saúde ao apontar o plano de parto como um dos passos para um pré-natal de qualidade e baixo risco no Brasil.⁴⁰⁶

Os planos de parto constituem importante ferramenta de manifestação de vontade da mulher grávida, “que envolve suas preferências para a gestão de seu trabalho de parto”, e permitem uma experiência e ressignificação da vivência do processo de parturição.⁴⁰⁷

Os planos de parto se voltam à informação e empoderamento das mulheres grávidas, “estimulando-as a tomar decisões compartilhadas e expor as suas expectativas, bem como criar uma relação de confiança entre elas e os profissionais de saúde”⁴⁰⁸. Sua finalidade, portanto, é promover a autonomia existencial prospectiva da gestante, que previamente emite sua vontade, após diálogo prévio com doulas e a equipe médica, que estarão envolvidos no trabalho de parto e nascimento, com o registro de seus desejos para futuro cumprimento e respeito à sua dignidade.

Inegável, portanto, que o plano de parto projeta a vontade da gestante para o futuro, e que tal registro é um documento de caráter legal, que uma vez aceito pelo médico responsável e demais profissionais da saúde envolvidos, deve ser fielmente observado em nome da autonomia da paciente gestante. Contudo, as diretrizes registradas em tal ato não podem violar os preceitos éticos da medicina e nem ações que importem em risco à saúde ou à vida da gestante. A rigor, os planos de parto são processos comunicacionais baseados em diálogos travados ao longo do período gestacional entre gestante, familiares, médicos, doulas, entre outros, que será registrado num termo para conhe-

401 Cf. KITZINGER, Sheila. *Birth your way: choosing birth at home or in a birth center*. Chester, United Kingdom: Fresh Heart Publishing, 2011.

402 “O uso do Plano de Parto e Nascimento foi rapidamente generalizado em alguns países da Europa. Em 1993, na Inglaterra, era usado em 78% das salas de partos. Na Espanha, sua implantação é recente, em 2007. A Estratégia de Atenção ao Parto Normal no Sistema Nacional de Saúde (Ministério da Saúde e Consumo)(6) e a Iniciativa ao Parto Normal (FAME)(4) mencionam este documento, mas será apenas em fevereiro de 2012 que o Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade publica um modelo de Plano de Parto e Nascimento”. SUÁREZ-CORTÉS, María; ARMERO-BARRANCO, David; CANTERAS-JORDANA, Manuel; MARTÍNEZ-ROCHE, María Emilia. *Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado* In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015, p. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf>. Acesso em 07 set. 2019.

403 SUÁREZ-CORTÉS, María; ARMERO-BARRANCO, David; CANTERAS-JORDANA, Manuel; MARTÍNEZ-ROCHE, María Emilia. *Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado* In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015, p. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf>. Acesso em 07 set. 2018.

404 SUÁREZ-CORTÉS, María; ARMERO-BARRANCO, David; CANTERAS-JORDANA, Manuel; MARTÍNEZ-ROCHE, María Emilia. *Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado* In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015, p. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf>. Acesso em 07 set. 2018.

405 RODRIGUES, Milena Silva. *Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto*. Belo Horizonte, 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, p. 31.

406 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

407 RODRIGUES, Milena Silva. *Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto*. Belo Horizonte, 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, p. 31.

408 RODRIGUES, Milena Silva. *Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto*. Belo Horizonte, 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, p. 31.

cimento dos envolvidos. A validade e os efeitos jurídicos dos planos de parto serão analisados no próximo item.

3. Validade e efeitos jurídicos dos planos de parto e nascimento

Os planos de parto e nascimento, como visto, são documentos elaborados pela própria gestante a partir das informações absorvidas ao longo da gestação nos quais as vontades da gestante no momento do parto e pós-parto são registrados. Suas diretrizes são basicamente aquelas relativas às intervenções desejadas ou não pela gestante⁴⁰⁹. Tais documentos constituem declaração expressa de vontade da mulher, que deve ser respeitado durante a assistência da parturiente e puerpural, e retrata, a rigor, o consentimento previamente dado pela gestante para os procedimentos que ela autoriza que sejam realizados.

Na linha de preocupação com a vontade dos pacientes em fase terminal ou de impossibilidade de exprimir sua vontade, foram concebidas as declarações antecipadas de vontade ou diretivas antecipadas de vontade, que são uma modalidade de negócio jurídico unilateral com viés existencial, no qual a pessoa com capacidade civil plena faz escolhas a serem efetivadas no futuro, caso, naquele momento, não possa exprimir sua vontade. A projeção futura da autonomia existencial por meio das diretivas antecipadas tem sido crescentemente pleiteada em razão dos avanços da medicina. Segundo Luciana Dadalto, as diretivas antecipadas "são gênero e suas espécies, o mandato duradouro e a declaração prévia de vontade do paciente terminal"⁴¹⁰, entre outras.

O respeito à autonomia existencial prospectiva permite que as manifestações de autonomia voltadas para o futuro sejam plenamente admitidas em nosso ordenamento, para garantir as escolhas pessoais nas fases da vida em que a pessoa não consegue declarar autonomamente sua vontade, obstaculizando a realização de seus desejos. As diretivas antecipadas, em regra, es-

pelham o projeto de vida do seu autor, logo, devem ser valorizadas porque traduzem suas escolhas e opções existenciais, permitindo que a pessoa possa construir sua personalidade de acordo com suas decisões mesmo nos períodos em que não é possível exprimir sua vontade.

Não há regulamentação legislativa específica para as diretivas antecipadas, mas parece não haver impedimento jurídico para sua admissão. A míngua de regulamentação legal específica, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n. 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, que foram definidas nos termos do art. 1º da citada resolução:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

A medida que as diretivas antecipadas de vontade se voltam ao gerenciamento da própria vida em momentos de impossibilidade de declaração da própria vontade, os planos de parto cuidam das preferências e desejos para a gestão do trabalho de parto e pós-parto, assemelhando-se bastante com a estrutura e a função das declarações prévias de vontade. A rigor, são negócios jurídicos unilaterais receptícios, cujo conteúdo é exclusivamente existencial, uma vez que cuida do consentimento informado das intervenções possíveis durante o parto e o pós-parto. Médicos e demais profissionais podem objetar de consciência e não concordarem com o conteúdo do plano de parto anteriormente, permitindo que a gestante escolha profissionais com o perfil desejado. Uma vez que a equipe envolvida toma conhecimento do plano de parto e não apresenta recusa ao seu cumprimento, as diretrizes contidas no documento devem ser observadas pelos destinatários.

Os termos de planos de parto são documentos simples, sem formalidade prévia, nos termos do art. 107 do Código Civil, à luz do princípio da liberdade de formas, mas podem ser registrados em Cartório ou acostados nos prontuários médicos. Fundamental, no entanto, o conhecimento por parte dos médicos para seu cumprimento. Apesar da natureza jurídica unilateral, relevante que o conteúdo do plano de parte seja construído em diálogo com a equipe médica, eis que a informação é essencial para a elaboração das diretrizes emanadas.

409 Um exemplo de Plano de Parto foi desenvolvido pela Defensoria Pública de São Paulo em conjunto com a ONG Artemis e se encontra disponível em <http://artemis.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/Modelo-de-plano-de-Parto-Artemis-Defensoria.pdf>. Acesso em 08 set. 2018.

410 PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. In: *Revista Bioética*, v. 17, n. 3, 2009, p. 524.

Questão controvertida reside na exigência da capacidade civil plena da gestante para a realização do plano de parto. A princípio, sua natureza negocial impõe a observância do art. 104, I, do Código Civil. No entanto, desconsiderar a autonomia de adolescentes grávidas contraria o respeito à liberdade de acordo com o grau de amadurecimento e discernimento apresentado à luz das circunstâncias do caso concreto. Afirmar que a manifestação de vontade de adolescentes em estado gravídico não pode ser levada em conta em razão da formalidade contida na Lei Civil não se apresenta como razoável, na medida em que os planos de parto têm como propósito resguardar a autonomia corporal das gestantes e não questões patrimoniais. Por isso, cabe uma avaliação individual para identificar se a adolescente tem condições de exprimir a vontade a respeito do ciclo de parturição.

No caso das pessoas com deficiência, submetidas ou não ao regime da curatela, igualmente deve ser verificado no caso concreto a sua competência para exprimir sua vontade, uma vez que o plano de parto visa sobretudo tutelar o direito ao próprio corpo da gestante. A Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), na linha da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, internalizada com status de emenda constitucional, reforça a capacidade da pessoa com deficiência e exclui do alcance da curatela o direito ao próprio corpo (art. 6º c/c art. 85, § 1º).⁴¹¹

Além disso, o referido Estatuto tem especial preocupação com a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência, bem como em conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória. De forma expressa, é assegurado à pessoa com deficiência com prioridade a efetivação do direito à sexualidade, sendo um dever do Estado, da sociedade e da família (art. 8º).

É de se frisar, portanto, que o EPD foi claro ao assegurar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência, além de protegê-la de toda forma de "negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante" (art. 5º). No caso das mulheres, é reconhecida sua especial vulnerabilidade se for pessoa com deficiência (art. 5º, p. u.), o que exige reforçada atenção nos casos de violência e discriminação de gênero, em especial no caso de violência obstétrica que

atinge especialmente esse grupo. Especialmente em razão disso os planos de parto são importantes instrumentos de resgate da autonomia das mulheres grávidas com deficiência e devem ser utilizados mesmo em situação de tomada de decisão apoiada e curatela.

Desse modo, a aferição da capacidade civil voltada para a validade dos planos de parto não pressupõe sua plenitude, mas a competência para compreender as informações sobre o parto e nascimento e exprimir sua vontade em relação às intervenções ao seu próprio corpo. Por isso, mesmo mulheres grávidas declaradas relativamente incapazes e submetidas à curatela podem, a depender do caso, deixar registrado sua vontade em planos de parto.

Indispensável compreender que a eficácia do plano de parto depende em larga medida da atuação dos médicos em respeitar a vontade dos paciente, por meio de um processo de consentimento livre e informado, no qual a autonomia e a dignidade da gestante será devidamente promovida.

Nessa linha, o plano de parto se apresenta como mecanismo que visa diminuir o forte modelo intervencionista médico no parto e amplia a autonomia da gestante. No entanto, na contramão desse movimento de humanização do parto e respeito às decisões do paciente, o Cremerj editou a Resolução nº 293/2019⁴¹², de 6 de fevereiro de 2019, que proíbe os profissionais médicos de observar e atender planos de parto e demais documentos pelos quais a gestante registra suas disposições de vontade acerca de seu próprio trabalho de parto⁴¹³. Tal postura destoa de todo processo de afirmação dos direitos da mulher sobre seu próprio corpo, do movimento de repulsa à violência obstétrica e de respeito à autonomia e à dignidade da gestante. Ao proibir os planos de parto, o Cremerj restringe a liberdade sobre o próprio corpo da gestante e incorre em nítida inconstitucionalidade.

412 Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal.

413 O Ministério Público Federal (MPF) e a Defensoria Pública da União (DPU) movem ação civil pública (ACP) contra o Cremerj. Antes de judicializar a questão, o MPF e a DPU recomendaram ao Cremerj a revogação da resolução, apontando, basicamente, a necessidade de adequação da resolução à Constituição Federal, à Lei Estadual 7.191/2016, que assegura o plano de parto no Estado do Rio de Janeiro, ao Código de Ética Médica e às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde bem como às recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto. O Cremerj não atendeu a recomendação.

411 Cf. ALMEIDA, Vitor. *A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela*. Belo Horizonte: Fórum, 2019; BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor (orgs.). *Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República*. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

Os planos de parto são declarações de vontade válidas no direito brasileiro, desde que atendidos os requisitos acima indicados, plenamente admitidos e que encontram amparo em princípios de envergadura constitucional. Projetar em registro documental manifestação de vontade acerca de direitos personalíssimos, como o direito ao próprio corpo, somente encontra obstáculo quando duela com valores constitucionais de peso maior. Desse modo, somente em hipótese de risco à vida da gestante ou do feto/recém-nascido, os planos de parto podem ser descumprimento sem repercussão no plano jurídico. Em todos os demais casos, nada justifica desconsiderar a vontade da gestante em nome do sacrifício da sua própria dignidade.

Considerações finais

Com a forte medicalização do processo gestacional, cujo ápice é alcançado pelo momento do parto hospitalar, indispensável construir instrumentos para a promoção da autodeterminação da gestante, de modo a minimizar sua agravada vulnerabilidade, atendendo sua vontade e expectativa, bem como evitar a violência obstétrica no país. Neste passo, os planos de parto e nascimento são negócios jurídicos unilaterais plenamente válidos em nosso ordenamento, cuja eficácia depende do prévio conhecimento pelos profissionais envolvidos e do evento parto. No entanto, eventual responsabilização civil em razão do descumprimento ou mera inobservância do conteúdo do plano de parto exige uma cuidadosa avaliação da conduta profissional, uma vez que intercêrências não planejadas de forma esmiuçada no documento podem forçar os envolvidos a atuarem fora do inicialmente planejado, mas sem atrair a responsabilidade civil.

Violência obstétrica contra a gestante com deficiência

Aline de Miranda Valverde Terra

Ana Carla Harmatiuk Matos

1. Violência obstétrica: novas luzes sobre um revelho problema

Em 2006, aos sete meses de **gestação**, a bolsa estourou. Eva se dirigiu à maternidade, onde ficou internada por dois dias, e encaminhada para casa. Ao retornar ao hospital, três dias depois, de acordo com a orientação que recebera, foi recebida com agressões e acusações: "Por que não veio mais cedo?", "Queria forçar um parto normal?", "Quem manda no procedimento sou eu". Eva foi então encaminhada à sala de cirurgia, e ouviu de um dos profissionais que a atendiam que iria "arcar com as consequências" de suas escolhas. A equipe médica tentou realizar a manobra de Kristeller, e uma das enfermeiras, sem a consultar, deitou sobre sua barriga. Eva reagiu ao procedimento, e teve suas mãos amarradas. O bebê não sobreviveu. A mãe ouviu que a morte de seu filho ocorrera por ela ter "forçado" o parto. Eva sequer teve acesso ao **prontuário médico**.⁴¹⁴

Esse é apenas um relato chocante em meio a milhares de outros que tratam uma lamentável realidade, que afeta uma em cada quatro mulheres no Brasil.⁴¹⁵ A *violência obstétrica*, prática abusiva contra as gestantes que, a despe-

414 O episódio é narrado em reportagem da Revista Época, sob o título "Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto", de autoria de Thaís Lazzareti. Disponível em: <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>. Acesso em 3.9.2018.

415 "25% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido alguma forma de violência institucional, desatando-se a realização de exame de toque doloroso e negativa para alívio da dor (10%), ausência de explicação quanto aos procedimentos adotados e gritos de profissionais durante o atendimento (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamento e humilhações (7%). Ainda, a pesquisa apontou que cerca de 23% das entrevistadas sofreram coação verbal pelos profissionais, por meio de frases como 'não chora que ano que vem você está aqui de novo' (15%), 'na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe' (14%), 'se gritar eu paro e não vou te atender' (6%), 'se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo' (5%)". Dados extraídos da pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, p. 173 e seguintes.