

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

Arthur de Sousa Carvalho

Augusto Gomes Ramos Pedroga

Chrystian Meneses Ribeiro

Layara de Assis

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: a ótica sobre os princípios
bioéticos e direitos das mulheres**

IPATINGA

2018

Arthur de Sousa Carvalho

Augusto Gomes Ramos Pedroga

Chrystian Meneses Ribeiro

Layara de Assis

José Helvécio Kalil

Silvia Aparecida de Oliveira Nascimento e Silva

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: a ótica sobre os princípios
bioéticos e direitos das mulheres**

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: José Helvécio Kalil; Coorientadora: Silvia Aparecida de Oliveira Nascimento e Silva.

IPATINGA

2018

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ÓTICA SOBRE OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E OS DIREITOS DAS MULHERES

Arthur Sousa **Carvalho**¹; Augusto Gomes Ramos **Pedroga**¹, Chrystian Meneses **Ribeiro**¹; Layara de **Assis**¹; José Helvécio **Kalil**²; Silvia Aparecida de Oliveira Nascimento e **Silva**³.

1. Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.
3. Docente do curso de Direito da Faculdade Pitágoras, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Coorientadora do TCC.

Resumo

Introdução: A violência obstétrica é definida como qualquer conduta ou omissão, praticada por profissionais de saúde, que levam à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, de modo a excluir a autonomia da paciente frente a seu corpo. Se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. **Objetivo:** Elucidar sobre os aspectos da violência obstétrica no atual cenário da saúde brasileira, além de ressaltar a responsabilidade civil do médico diante da bioética e a autonomia das parturientes no processo de gestar. **Fontes dos dados:** Trata-se de uma revisão de literatura com referencial teórico retirado das bases de dados Bireme, Scielo e Pubmed, além de publicações sobre Direito Civil com ênfase em Responsabilidade Civil, emitidos nos últimos oito anos (2010-2018). **Síntese de dados:** Foram encontradas 2464 publicações produzidas no intervalo de tempo proposto. Levando em consideração o ano de publicação e a relevância com os objetivos assertados, 42 produções finalizaram o referencial teórico. **Conclusão:** A fim de extinguir o modelo tecnocrático e intervencionista da medicina que perdura há anos, é necessário a conscientização e ação conjunta da sociedade como um todo para prevenir a violência obstétrica e garantir uma experiência feliz aos envolvidos.

Palavras-chave: Humanização do parto. Erro médico. Violência contra a mulher. Autonomia.

INTRODUÇÃO

Ainda que seja um assunto discutido recentemente, o sofrimento das mulheres durante a assistência ao parto é registrado em diferentes momentos históricos. No Brasil, como em outros países da América Latina, utiliza-se a expressão “violência obstétrica” para definir as variadas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento (DINIZ et al., 2015).

A violência obstétrica é definida como qualquer conduta ou omissão, praticada por profissionais de saúde, que levam à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, de modo a excluir a autonomia da paciente frente a seu corpo (VENEZUELA, 2007).

Atualmente, é um grande problema de saúde pública. No país, 25% das mulheres relatam terem sofrido maus tratos em algum momento durante o atendimento ao parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2011).

É de fundamental importância entender, *a priori*, os direitos das mulheres, a fim de não minimizar a problematização deste assunto. Segundo “O guia da gestante e do bebê” (UNICEF, 2011), é direito da mulher tenha o parto humanizado, dirigido por um plano de parto; seja tratada de forma respeitosa; seja sempre informada, inclusive quanto ao seu direito de recusa, escolhas e preferências; direito à liberdade e autonomia.

Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a autonomia, sob a ótica da Bioética, ressalva o significativo papel que a mulher possui na tomada de decisões quando diz respeito aos cuidados de sua saúde. Além de observar a vulnerabilidade feminina, os médicos deverão solicitar-lhe expressamente a escolha e respeitar-lhe as opiniões, a fim de evitar danos e uma assistência desrespeitosa (CREMESP, 2004).

A partir do momento em que ocorrer um dano à paciente, o médico, bem como seus colaboradores, poderá ser responsabilizado e obrigado a repará-lo (GONÇALVES, 2016).

A relação médico-paciente se estabelece na premissa de um contrato, por meio de um vínculo de confiança entre as partes (CORDEIRO, 2011).

Na medida em que não ocorrer negligência, imperícia e imprudência, não haverá descumprimento contratual, uma vez que o médico não assume o dever de curar e, sim, de tratar adequadamente o paciente (GONÇALVES, 2016). Dessa forma, a conduta médica deve sempre agir sob o pilar da bioética, como sanciona o Código de Ética Médica (CEM) (CFM, 2010).

Visando, pois, superar os problemas decorrentes do quadro de violência obstétrica, algumas propostas podem ser adotadas. Entre elas, incluem-se: investir na formação de obstetras e enfermeiras obstetras; responsabilizar os atores; fornecer informações sobre assistência ao parto para as usuárias como rotina do pré-natal; garantir o direito a acompanhantes; divulgar a Central de Atendimento à Mulher (DINIZ, 2015).

Assim, todos os esforços são válidos e necessários para garantir o bem-estar da parturiente e proporcionar uma experiência saudável e feliz aos envolvidos. As mulheres precisam reivindicar seus direitos; entretanto muitas delas não têm acesso às informações cabíveis, o que acarreta lamentáveis sofrimentos no processo de gestação, parto e pós-parto.

O objetivo deste trabalho, portanto, é elucidar sobre os aspectos da violência obstétrica no atual cenário da saúde brasileira, além de ressaltar a responsabilidade civil do médico diante da bioética e a autonomia da parturiente no processo de gestar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura nas bases de dados Bireme, Scielo e Pubmed, além de publicações sobre Direito Civil com ênfase em Responsabilidade Civil, salientando que foram utilizadas fontes de pesquisas de diversos anos, sendo a maioria publicada no período de 2010 a 2018. Os termos e expressões pesquisados foram “Violência Obstétrica”, “Parto Humanizado”, “Responsabilidade Civil médica” e “Direitos da parturiente”.

A princípio foram encontradas 2464 publicações: 1813 na língua inglesa, 681 na portuguesa e 91 na espanhola. Os critérios para a seleção dos materiais foram ano de publicação e relação dos conteúdos aos objetivos propostos. Assim, foram excluídas 2422 produções e mantidas 42, finalizando o referencial teórico.

DESENVOLVIMENTO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Conceito de violência obstétrica.

A violência obstétrica (VO) é definida por qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em serviço público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2017).

A própria negligência na assistência, discriminação social, violência verbal-tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional -, violência física, abuso sexual e violência psicológica são outros fatores que se expressam como violência obstétrica. Além disso, o uso indiscriminado de tecnologias, procedimentos desnecessários, frente às evidências científicas, resulta em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas à saúde da mulher e/ou do seu filho (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2017).

Expressões como violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos direitos humanos das mulheres no parto, desrespeito e maus-tratos durante o parto

também são utilizadas para descrever e agrupar várias formas de violência obstétrica (DINIZ et al., 2015).

Histórico da violência obstétrica.

Apesar de ter ganho maior visibilidade e maiores avanços conceituais nos últimos anos, os relatos de maus-tratos e desrespeito às parturientes em instituições de saúde não são recentes (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2017).

Ao final da década de 50, uma revista americana destinada às donas de casa - Ladies Home Journal - publicou uma matéria chamada “Crueldade nas Maternidades”, vindo a quebrar o silêncio que existia sobre a violência no parto. Essa narrativa relatava sobre a tortura que as parturientes sofriam, pois eram submetidas ao sono crepuscular por meio da combinação de morfina com escopolamina, produzindo uma profunda sedação, geralmente acompanhada de agitação psicomotora e alucinações. Utilizava-se rotineiramente o fórceps enquanto as pacientes estavam desacordadas, provocando lesões derivadas dessa prática indiscriminada.

Ainda, o texto relata que eram colocadas algemas nas mãos e nos pés das gestantes, a fim de evitar, assim, que elas caíssem do leito. Como consequência, essas mulheres tinham hematomas espalhados por todo o corpo e lesões nos pulsos, decorrentes desses maus tratos. Tais fatos geraram uma grande repercussão, e foram enviadas diversas cartas à revista, resultando em mudanças interessantes nas rotinas de assistência ao parto. Além disso, ocorreu a criação da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia (DINIZ et al., 2015).

Em 1958, no Reino Unido, aconteceu um movimento que fundamentou a publicação de uma carta no jornal *The Guardian*, convocando a instauração da Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas. A matéria mostrava a realidade caótica das parturientes dentro dos hospitais, revelando a infelicidade vivida dentro de uma maternidade, local onde guardavam memórias e experiências infelizes (DINIZ et al., 2015).

Muito se passou, e devido ao crescente debate sobre a violência obstétrica, em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma declaração de alta

relevância sobre a prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto, ressaltando a importância do direito que todas as mulheres possuem de terem acesso a cuidados de saúde dignos e respeitosos (SADLER et al., 2016).

O primeiro país que, de fato, legalizou o parto humanizado, foi a Argentina, em 2004, com a Lei 25.929, contrapondo-se à violência obstétrica. Foram definidos os direitos da mulher no processo de gestar, garantindo à mulher sobre isso toda a informação, o respeito à sua individualidade e, também, quanto ao tempo de evolução natural do parto, a fim de evitar práticas desnecessárias.

Ainda, estabeleceram os direitos do recém-nascido e do pai, responsabilizando, assim, aqueles profissionais da saúde e colaboradores envolvidos que descumprissem tais obrigações. Outro país pioneiro foi a Venezuela, que publicou em 2007 o decreto 38.668, o qual caracterizou VO como delito (ARGENTINA, 2004; VENEZUELA, 2007; PEREIRA et al., 2016).

No Brasil, a violência obstétrica já vinha sendo abordada em diversos trabalhos feministas. Um dos pioneiros foi o “Espelho de Vênus”, realizado na década de 80 e pertencente ao Grupo Ceres, trabalho que relatava as experiências femininas, descrevendo abertamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta. Esse grupo de pesquisadores publicou depoimentos que narravam a existência também de uma violência que marcava a trajetória da mulher, além da violência sexual: a violência médico-paciente, uma vez que a mulher se sentia desamparada e em uma profunda tristeza nos momentos que mais significavam para ela: contracepção, parto e aborto (ALVES, et al., 1981)

Ao final da década de 80, a VO já se tornava tema das políticas de saúde, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Entretanto, mesmo que esse tema estivesse na pauta feminista e de políticas públicas, fora negligenciado devido a diversos fatores, como a resistência dos profissionais (DINIZ et al., 2015).

No século atual, numerosos estudos no país demonstram como são frequentes as práticas discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, tanto nos setores públicos quanto privados. Recentes dados de base populacional, como a pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, contribuíram de forma inédita para a perceptividade

do assunto da violência obstétrica, provocando abruptamente um interesse da grande mídia devido aos resultados apresentados: uma a cada quatro mulheres já passaram por algum tipo de violência durante a assistência ao parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2011).

Diante de toda a situação e com o intuito de contribuir com o desenvolvimento da saúde no Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 2015, a Resolução Normativa (RN) de número 368, que *“dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar”* (ANS, 2016).

Ainda não há no Brasil uma lei que tipifique a VO como violação aos direitos das mulheres. Apesar disso, é preciso compreender que a legislação acerca do fato violento existe, cabendo à mulher, portanto, buscar ajuda e denunciar o ocorrido quando se sentir desrespeitada (PEREIRA et al., 2016).

Os tipos de violência obstétrica.

A violência obstétrica é a violência cometida contra a mulher grávida em serviços de saúde, tanto durante o pré-natal, quanto no parto, no pós-parto e no abortamento (KONDO et al, 2014).

No pré-natal, os tipos de violência mais observada são os toques desnecessários, os comentários vexatórios e a falta de acesso aos exames realizados nesse período (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Durante o parto, os relatos mais comuns das gestantes são a indicação de cirurgia cesárea sem necessidade, a exposição desnecessária, realização de episiotomia, uso do ocitócico descontrolado, a falta de analgesia, comentários vexatórios, posição no trabalho de parto e parto desconfortável/inadequada, e a ausência de acompanhante (DINIZ et al., 2015).

Outros exemplos, também, são a utilização da manobra de Kristeller, a efetuação da tricotomia e lavagem intestinal rotineiras, além da privação da mulher de escolha da via de parto (ALVARENGA; KALIL, 2016).

Já no aborto, muitas são tratadas como suspeitas, não recebem informações sobre os procedimentos a serem realizados, aguardam horas para serem atendidas, são culpabilizadas e acusadas de criminosas (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, 2011).

Portanto a VO (violência obstétrica), pode ser classificado segundo Pereira, et al, 2016, em VO física: que se dá pela realização de práticas invasivas ou pelo desrespeito ao tempo natural do parto biológico; VO psíquica: relacionado ao tratamento desumano, discriminatório e à omissão de informações; VO sexual: toda ação que viole a intimidade e pudor da mulher.

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Registros históricos da responsabilidade civil do médico.

A responsabilidade do médico em exercer sua função, exige fundamentação em respeito ao ser humano, no qual envolve proteger e salvar vidas.

“Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” (Juramento de Hipócrates) (MACHADO FILHO, 2016).

O Código Penal de Hamurabi (1790-1770 a.C.), da primeira dinastia Babilônica da Mesopotâmia, é considerado o primeiro documento que demonstra as relações jurídicas entre médico e paciente (CHEHUENNETO et al,2011).

A determinação era de que, se o médico matasse alguém livre, durante o tratamento, ou se cegasse um cidadão livre, teria suas mãos cortadas; se causasse dano a um escravo, pagava seu preço; se este ficasse cego, pagava a metade do preço (CREMESC, 2013).

Art. 218: Se um médico operar um homem por uma ferida grave com uma lanceta de bronze e causar a morte do homem; ou abrir um abscesso (no olho) de um homem com uma lanceta de bronze e destruir o olho do homem, eles devem cortar seus dedos (HARPER, 1999).

Desde a Grécia Antiga (460-351 a.C.) até a medicina contemporânea, a influência de Hipócrates de Kós, o pai da medicina, fez-se presente. Seu juramento, ou versões deste, são repetidos pelos recém-médicos durante a formatura do curso e norteia a conduta médica sob uma visão holística da medicina (BYNUM, 2011; CHEHUEN NETO et al, 2011).

Contudo, no Brasil a bioética desenvolveu-se tardiamente. Somente em 1945 foi aprovado o primeiro Código de Ética Médica oficialmente reconhecido pelo Governo, isto é, com valores jurídicos (BRASIL, 1945). O atual CEM, aprovado por resolução CFM nº 1.931/09, vigora desde 2010 (CFM, 2009).

O erro.

Primeiramente, é importante salientar que a palavra “erro” apresenta muitos significados e, geralmente, está associada à ideia de culpa. Fato é que, se não provado juridicamente, ninguém pode ser considerado culpado. Essa circunstância infere que o termo “erro médico”, por vezes, pode ser atribuído de maneira pré-conceitual e até mesmo, equivocado (BORGES, 2018).

O erro médico está inserido no capítulo III do Código de Ética Médica que trata da Responsabilidade Profissional. De acordo com o artigo 1º, “*É vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência*” (CFM, 2009).

Erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. É o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico por inobservância de conduta técnica, estando o profissional em pleno exercício de suas faculdades mentais [...] (CREMESC, 2013).

Correia-Lima (2012) conceitua tal terminologia como uma “conduta (omissiva ou comissiva) profissional atípica, irregular ou inadequada contra o paciente durante ou em face de exercício médico, a qual pode ser caracterizada como imperícia, imprudência ou negligência, mas nunca como dolo”. Sendo assim, define que “a negligência consiste em não fazer o que deveria ser feito, a imprudência consiste em fazer o que não deveria ser feito e a imperícia em fazer mal o que deveria ser bem feito.”

O dano.

Diz-se que, na relação médico-paciente, não há constituição de erro sem dano ou agravo à saúde de terceiro. Entretanto, poderá haver dano sem que haja necessariamente erro médico (CORREIA-LIMA, 2012).

Segundo Maria Helena Diniz (2001), “*O dano pode ser definido como a lesão (diminuição ou destruição) que, devido a um certo evento, sofre uma pessoa, contra a sua vontade, em qualquer bem ou interesse jurídico, patrimonial ou moral*”.

Além do mais, o retardamento dos cuidados pode também caracterizar um dano, segundo a “teoria da perda de uma chance”. Nesse parâmetro, entende-se indenizável (quando adjuntos aos demais pressupostos de responsabilidade) um erro que ocasione a diminuição de probabilidades de um futuro êxito, isto é, frustra-se a chance de obter vantagens posteriores ao paciente (GONÇALVES, 2016).

Nos EUA e na Inglaterra, existe uma teoria bem firmada a respeito da condenação punitiva de condutas arbitrárias, isto é, os *Punitive Damages*. Trata-se de um “remédio” para deter o ofensor, evitando novas condutas no futuro. Apesar de não ser bem estabelecido no Brasil, esse princípio tem grande importância nos litígios de responsabilidade civil (ROSENVALD, 2013).

Da responsabilidade.

Diz-se da culpa como o princípio que antecipa a responsabilidade. Assim, apoia-se a responsabilidade “subjéitiva”. Diante dessa concepção, para haver a obrigação de reparar o dano, é preciso que o causador aja com dolo ou culpa. Contudo, a lei aplica em alguns casos a responsabilidade de reparar sem que haja culpa, pois se completa apenas com o dano e o nexo de causalidade. Essa responsabilidade se fundamenta no risco e é denominada “objetiva” (GONÇALVES, 2016).

Embora não seja bem definido se as atividades médicas são obrigações de meio ou de resultado, costuma-se acreditar na primeira hipótese, pois o objeto do contrato médico não é a cura, mas, sim, a prestação de cuidados conscientes, atentos e científicos aos seus pacientes (GONÇALVES, 2016).

A responsabilidade, apesar de subjéitiva, está sujeita ao Código de Defesa do Consumidor (CDC) (BRASIL, 1990):

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

Porém, o médico, sendo um profissional liberal, está resguardado pelo parágrafo quarto do artigo 14, onde diz que (BRASIL, 1990):

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Só se fala em responsabilidade civil na presença de dano, da culpa ou ausência de dolo (intenção direta de produzir o resultado ou assumir o risco de produzi-lo) e nexo de causalidade (relação entre a conduta inadequada do médico e o agravo) (CORREIA-LIMA, 2012).

Segundo CEM, “A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida”.

De acordo com GIOSTRI (2004 apud CORDEIRO, 2011), a responsabilidade civil do médico para com o seu paciente é expressada por meio de um contrato, como internacionalmente é aceito. Assim nos ensina: “A opinião dominante em relação à natureza jurídica da responsabilidade médica opta por sustentar que, em geral, os

profissionais liberais estão unidos a seus clientes por um vínculo contratual". Trata-se, portanto, de um contrato de assistência médica.

Nesse contexto, de acordo com Cordeiro (2011), devemos considerar os seguintes tipos de contrato: Contrato *sui generis* não é estipulado pela lei, é permitido na natureza jurídica para facilitar as relações humanas; contrato de assistência médica é um contrato em que se estabelece um vínculo de confiança do paciente para com o médico, especialmente, que não configura a obrigação inversa, garantindo ao médico a liberdade de escolher seu paciente.

Caso esse acordo seja descumprido, cabe ao médico, portanto, uma nova obrigação: o dever de reparar, cabendo indenização ao paciente se prestados serviços negligentes (CORDEIRO, 2011). Por outro lado, na medida em que não ocorrer negligência, imperícia e imprudência, não haverá descumprimento contratual, uma vez que o médico não assumiu o dever de curar e, sim, de tratar adequadamente o paciente (GONÇALVES, 2016).

A Bioética.

Antes de entendermos sobre os princípios éticos, vamos entender como surgiu a bioética. A palavra foi cunhada pela primeira vez em 1927 pelo filósofo alemão Fritz Jahr, que juntou duas palavras gregas já conhecidas: *bios*, vida e *ethos*, comportamento. No entanto, a disseminação da expressão deu-se graças ao médico Van Rensselaer Potter, quando publicou em 1971 sua famosa obra *Bioethic: Brigde To The Future*. Instaurada a discussão da temática, poucos anos depois, ocorreu nos Estados Unidos outro marco histórico: a Comissão Nacional para a Proteção dos Interesses Humanos de Biomédica e Pesquisa Comportamental – que, após quatro anos de trabalho, produziu o Relatório Belmont (1978), apresentando os conceitos éticos que orientariam as pesquisas com seres humanos dali em diante (SÁ; NAVES, 2011).

O princípio da beneficência (do latim *bonum facere*, fazer o bem), impõe que os esforços sejam dirigidos a fim de beneficiar o ser pesquisado, não podendo ser instrumentalizados, nem considerados tão apenas objetos de pesquisa. Alguns

autores, ainda, desdobram deste princípio o aspecto omissivo, isto é, de não se fazer mal, sendo a maleficência, portanto, decorrente da beneficência (SÁ; NAVES, 2011).

O princípio da autonomia pode ser entendido como o reconhecimento da capacidade do paciente de se autogovernar (SÁ; NAVES, 2011). Por isso, salvo em iminente risco de morte, a autonomia do paciente deve ser respeitada e executada (GONÇALVES, 2016).

O princípio da justiça refere-se ao meio e fim pelos quais deve ocorrer toda intervenção biomédica, ou seja, proporcionar o maior benefício possível com o menor custo. Vale lembrar que não se trata do custo financeiro exclusivamente, mas também dos custos sociais, emocionais e físicos. Sendo assim, é considerada justa a intervenção médica que leve em consideração tanto os valores pessoais do paciente quanto sua capacidade de decisão (SÁ; NAVES, 2011).

DIREITO DAS MULHERES NO PROCESSO DE GESTAR

Direitos das parturientes.

A OMS diz que a mulher tem direito ao mais alto padrão de saúde possível (WHO, 2009). O CDC considera a mulher como consumidora, e o profissional de saúde como um provedor de serviços. Sendo assim, a relação de consumo ratifica os direitos básicos da parturiente como a proteção da vida, a saúde e a segurança (BRASIL, 1990).

São direitos básicos do consumidor: “A proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos”; e, também, “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem” (BRASIL, 1990).

Segundo o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê (UNICEF, 2011), toda gestante possui uma série de direitos garantidos por lei, dentre eles alguns

relacionados à violência obstétrica. A portaria MS nº 1.067, de 4 de julho de 2005 cita, por exemplo: Direito a acompanhamento pré-natal adequado; acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; acompanhante nas consultas de pré e pós-natal; assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura; saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; atendimento adequado e seguro em situação de intercorrência obstétrica e neonatal.

Outras regulamentações garantem a “presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato” (Lei número 11.108/2005); o “alojamento conjunto da mãe com o bebê” (Portaria MS no 1.016/1993); o “funcionamento adequado dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente” (UNICEF, 2011).

Durante a internação e o trabalho de parto, toda gestante tem direito de ser escutada e ter as suas dúvidas esclarecidas; de expressar os seus sentimentos e as suas reações livremente; de escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e para o parto; de ser incentivada a adotar as posições como sentada, de cócoras, que são mais favoráveis para a boa evolução do parto (UNICEF, 2011).

Parto Humanizado.

Apesar de possuir cerca de 98,7% de cobertura de pré-natal, no Brasil, apenas 40% das mulheres afirmam ter sido orientadas sobre práticas benéficas para o trabalho de parto, sendo que foram maiores as orientações sobre gravidade e sinais de risco (TESSER et al., 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2016, cerca de 55,5% dos partos realizados foram cesáreos. De acordo com dados da OMS de 2015, de maneira geral, taxas de cesáreas superiores a 10% não se relacionam com a redução de mortalidade materna e neonatal. Entretanto, adequando aos níveis populacionais brasileiros, a taxa poderia ser considerada entre 25% e 30%. Isso denota que o Brasil apresenta altos índices, e que essa taxa cresce a cada dia, fazendo do país um dos líderes no

ranking de partos cirúrgicos – perdendo apenas para a República Dominicana (BRASIL, 2016; PEREIRA et al., 2016; WHO, 2015).

A grande adversidade, no entanto, está no fato de que a maioria das mulheres que realizaram parto cesáreo não foram envolvidas no processo de decisão da via de parto (PEREIRA et al., 2016).

Segundo noticiado pela FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) (2018), a OMS acaba de lançar um manual intitulado “*Cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto*”, contendo 56 recomendações para os médicos em relação às mulheres grávidas, a fim de minimizar as taxas de cesáreas, haja vista o cenário mundial atual.

É importante mudar essa visão, de modo a orientar gestantes e famílias sobre os benefícios do parto natural e sobre as possíveis complicações de intervenções questionáveis. Um recurso muito útil e pouco utilizado no Brasil, por exemplo, é a construção de planos de parto (TESSER et al., 2015).

Em 1992, o plano de parto foi descrito como uma “descoberta e restauração do controle tradicional das mulheres sobre o ambiente do parto” (LOTHIAN, 2006). Essa ferramenta assegura a autonomia da mulher, e a faz refletir sobre seus direitos durante gestação. O artifício requer um esforço da mulher, de forma que ela tenha que saber entender e expressar seus valores pessoais, medos e necessidades no processo parturitivo e conseguir realizar a comunicação dessas preferências aos profissionais da assistência (TESSER et al., 2015).

O plano de parto favorece o contato pele-pele da mãe com o recém-nascido, contribui para o desenvolvimento psicomotor e sensorial da criança, facilita o aleitamento materno e melhora a satisfação nesse processo. Além disso, influencia diretamente o tipo e, conseqüentemente, a segurança do parto, mostrando aumento do percentual de partos normais em relação às mulheres que não apresentam o plano (SUÁREZ-CORTÉS, 2015).

Outras vantagens estão na sensação por parte das mulheres de possuírem escolhas e controle durante o parto, além da melhoria da comunicação com a equipe de assistência e maior conscientização das opções que possuem (TESSER et al., 2015).

Deve-se esclarecer, entretanto, que refletir e escrever o plano de parto não são garantias de seu cumprimento pelo serviço de atenção ao parto. Por vezes, nas atuais circunstâncias, pode acontecer uma postura não tão receptiva às instruções por parte dos profissionais. Assim, consoma-se uma das possíveis desvantagens do plano de parto, o de aumentar a tensão e atritos entre provedores e mulheres. Outra desvantagem, ainda, é a frustração por parte das mulheres por não terem seus desejos realizados (LOTHIAN, 2006).

Entretanto, quanto maior o número de mulheres solicitarem atendimento digno, mais difícil será que se perpetue a atual situação. Sobretudo deve-se ressaltar que a elaboração de planos de parto deve ser estimulada por equipes que creem nas evidências e nos direitos das mulheres. Do contrário, corre-se o risco de transformar tal proposta em mais um papel a ser preenchido de forma acrítica, burocrática e sem valor (TESSER et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estigma sobre o parto e o conseqüente menosprezo acerca do processo violento a que muitas mulheres são submetidas – de maneira imperativa – durante a gestação, parto e pós-parto, tem origem em tempos remotos. A ideia de que a mulher deve sofrer no parto é um vestígio cultural. Desde o Gênesis, na Bíblia, fora determinado: *“Multiplicarei grandemente o teu sofrimento na gravidez; em meio à agonia darás à luz filhos”*.

Dessa maneira, mesmo na conjuntura atual, a discussão sobre violência obstétrica denota erroneamente a ideia de vitimização da mulher para a sociedade. Os profissionais da saúde deveriam não apenas compreender e respeitar a figura feminina (em um momento de tamanha vulnerabilidade e importância), mas, sobretudo, defender os seus direitos e estabelecer o parto humanizado como condição *sinequa non*.

Como a relação médico-paciente é pautada na confiança, o olhar e o cuidado respeitoso são essenciais para o estabelecimento do vínculo profissional e influenciam diretamente nos resultados desse processo. De modo que, um médico que conduza

a parturiente com rispidez e não ouça seus desejos, com toda certeza, será menos compreendido caso aconteça algum infeliz imprevisto nesse curso.

O médico assume, *a priori*, o papel de conduzir, de cuidar, antes de curar. Juridicamente, a obrigação de meios é potencialmente vantajosa para o profissional que compreende seu papel para com o cliente. Quando assume esse viés, cabe a ele somente o exercício da sua vocação, de promover o bem para o seu paciente, agir de forma justa e não lhe causar mal. Com um mínimo de sabedoria, utilizando habilidades de comunicação, acolhimento e cuidado, o médico, pois, é capaz de desenvolver um bom papel.

A problemática, porém, parece basear-se em outro conceito enraizado na cultura: a supervalorização do profissional médico, sobrepondo-se à personalidade feminina, de forma que tudo que o profissional disser é lei. Assim, surge a desinformação de muitas parturientes; a insegurança a respeito da equipe, do local, do fim que terá a sua gestação e seu bebê; surge a privação das mulheres de decidirem os procedimentos a que serão submetidas; surge a violação da privacidade com demasiados exames de toque realizados por diferentes profissionais (enfermeiros, estudantes, residentes e médicos); surge, inclusive, um clima de tensão quando são questionados, ou quando as gestantes expõem seus desejos. Enfim, são esses diversos fatores que contribuem com uma experiência infeliz e traumática para a mulher e seus familiares.

No Brasil, o modelo tecnocrático da obstetrícia oferece uma dupla dinâmica de assistência ao parto nos serviços públicos e privados, demonstrando o intervencionismo pleno. Enquanto uma parcela da população menos favorecida é submetida ao parto normal traumático, outra parte é amparada pela relação de consumo dos planos de saúde e tem a cesariana ofertada.

Apesar de a jurisprudência brasileira não tipificar a violência obstétrica, a legislação é muito clara no que tange à ocorrência de danos a outrem, de violência, da violação de direitos básicos à vida, do consumidor, além das imposições do Código de Ética Médica que regem a conduta médica. Ou seja, a mulher está cercada de aparatos para defendê-la e deve, sim, buscar por seus direitos quando se sentir ofendida ou prejudicada.

O Código Civil, em seu artigo 15, assegura que ninguém pode constranger ninguém a submeter-se a tratamento médico/ intervenção cirúrgica. De maneira alguma, a mulher poderá ser forçada a realizar uma cesárea ou uma episiotomia, por exemplo. Ainda, de acordo com o princípio da transparência (CDC, art. 6, III) cabe ao médico, também, apresentar ao paciente todas as informações acerca do serviço médico, bem como seus riscos. Isto é, antes mesmo de um direito da parturiente, a mulher é assegurada como consumidora.

Não menos importante, é designado pelo artigo 5º da Carta Magna (CF/88) o direito mais importante discutido no âmbito jurídico: o direito à vida, à liberdade e à segurança. São prerrogativas invioláveis, que ratificam a autonomia da paciente e os cuidados bem-feitos que cabem ao médico para com a parturiente.

Muito tem sido discutido sobre até que ponto a autonomia da mulher deve prevalecer. O contrato médico é como uma via de mão-dupla: exige confiança das duas partes e não obriga o médico a seguir condutas das quais ele discorda. O médico precisa de autonomia para agir a favor de quem o necessita. Apesar disso, é bem firmado que a autonomia do paciente tem valor até que haja risco iminente de morte, quando, nesse instante, a decisão caberá ao profissional. Tal soberania médica, entretanto, está submetida a deliberações jurídicas e éticas. Portanto, é permitido à sociedade o direito de exigir, de forma lícita, uma postura de diligência e competência no manejo dos pacientes.

Assim sendo, acreditamos que humanizar o parto e o nascimento não é tão somente garantir o direito da mulher ou da família sobre aquele momento ser único e especial. É, também, uma mobilização de contracultura, uma maneira de exaltar os valores éticos que nos fora ensinado ao longo da vida, carentes no convívio da medicina, e, sobretudo, um meio de resgatar o humanismo que sucumbe à crença.

É possível observar que realizar mudanças em um modelo tecnocrático e intervencionista que perdura há anos na medicina é um processo árduo e lento. Portanto, é imprescindível que sejam implementadas atitudes inovadoras para aumentar a visibilidade, prevenir e enfrentar a violência contra as mulheres durante a gestação, parto e puerpério.

Devido à característica complexa e multifatorial da violência obstétrica, diferentes linhas da sociedade, entre elas governos, sociedade civil, entidades representativas de classe de trabalhadores de saúde, devem debater sobre planos e políticas ideais para combater o problema.

É inquestionável que a violência obstétrica é um episódio de usurpação da autonomia da mulher sobre o seu corpo e, portanto, é necessária uma ação conjunta entre Governo, conselhos profissionais, sociedade civil e outras instituições para reduzir ou, preferencialmente, erradicar os danos causados às parturientes.

OBSTETRIC VIOLENCE: THE OPTICS ON BIOETHIC PRINCIPLES AND WOMEN'S RIGHTS

Abstract:

Introduction: Obstetric violence is defined as any conduct or omission, practiced by health professionals, which leads to the misappropriation of women's bodily and reproductive processes, in order to exclude the patient's autonomy from her body. It is expressed in inhumane treatment, in the abuse of medicalization and in the pathologization of natural processes, negatively impacting the quality of life of women. **Objective:** To elucidate the aspects of obstetric violence in the current scenario of Brazilian health, in addition to highlighting the physician's civil responsibility towards bioethics and the autonomy of parturients in the process of gestation. **Data sources:** This is a literature review with a theoretical reference from the Bireme, Scielo and Pubmed databases, as well as publications on Civil Law with an emphasis on Civil Liability, issued in the last 8 years (2010-2018). **Data synthesis:** A total of 2464 publications produced in the proposed time interval. Taking into account the year of publication and the relevance with the objectives asserted, 42 productions finalized the theoretical reference. **Conclusion:** In order to extinguish the technocratic and interventionist model of medicine that has lasted for years, it is necessary to raise awareness and joint action of society as a whole to prevent obstetric violence and ensure a happy experience for those involved.

Key-words: Humanization of childbirth. Medical error. Violence against women. Personal autonomy.

REFERÊNCIAS

1. ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. *Revista da Universidade Vale do Rio Doce*, v. 14, n. 2, p. 641-649, 2016.
2. ALVES, B. M. et al. *Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981. 383p.
3. ARGENTINA. Lei nº 25.929 de 25 de agosto de 2004. Parto humanizado. Disponível em: <<https://www.argentina.gob.ar/normativa/ley-25929-98805/texto>> Acesso em: 19 set 2018.
4. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 368 de 05 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE5Mw>> Acesso em: 19 set 2018.
5. BORGES, G. S. Entre a falibilidade humana e o erro: proposta de delimitação e classificação do erro médico. *Quaestio Iuris*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1963-1983, 2018.
6. BRASIL. Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945. Institui conselhos de medicina e dá outras providências. *Coleção de Leis do Brasil de 31/12/1945*, Rio de Janeiro, col. 1, v. 5, p. 299. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=533002&id=14414407&idBinario=15765159&mime=application/rtf>> Acesso em: 19 set 2018.
7. BRASIL. Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Código de Defesa do Consumidor*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm> Acesso em: 21 ago 2018.
8. BRASIL. *Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010* (publicado em 10/03/2017). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010>> Acesso em: 10 set 2018.
9. BRASIL. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. *Ministério da Saúde*. Disponível em: <

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>> Acesso em: 13 set 2018.

10. BRASIL. Resolução Normativa n. 368 de 2015. *Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>> Acesso em: 13 set 2018.
11. BYNUM, W. *The history of Medicine: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2008, 169p. Tradução de Flávia Souto Maior, L&pm pocket, 2011, 186p.
12. CHEHUEN NETO, J. A. et al. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 5-12, Mar. 2011, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 set 2018.
13. CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: resolução nº 1.931/09, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <<http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>> Acesso em: 22 set 2018.
14. CREMESC. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. *Manual de orientação ética e disciplinar* [coord.: Nelson Grisard]. 5 ed. Florianópolis: Codame, 2013, p. 213.
15. CREMESP. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Ética em ginecologia e obstetrícia* [coord.: Cristiano Fernando Rosas]. 3 ed. São Paulo: Cadernos Cremesp, 2004, 141 p. ISBN 85-89656-04-7.
16. CORDEIRO, E. B. O erro médico e suas consequências jurídicas. 1ª. ed. São Paulo: *Biblioteca24horas*, 2011, 186 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=uksuAzarKtoC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22ELZA+BERNARDES+CORDEIRO%22&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwj_iNCgoIHeAhWDC5AKHecjCSEQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 29 ago. 2018.
17. CORREIA-LIMA, F. G. *Erro médico e responsabilidade civil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 2012.

18. DINIZ, C. S. G., et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018.
19. DINIZ, M. H. *Curso de direito civil brasileiro*. vol. 7: responsabilidade civil. 17ª ed. São Paulo: Saraiva, 2001.
20. DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.
21. FEBRASGO. *Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas* (publicado em 14/03/2018). Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>> Acesso em: 2 out 2018.
22. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados*, São Paulo, ago 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 18 set 2018.
23. GAGLIANO, P. S.; PAMPLONA FILHO, R. *Novo Curso de Direito Civil: Responsabilidade Civil*. 14ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. 464 p. v. 3.
24. GONÇALVES, C. R. *Direito Civil Brasileiro*. v. 4: responsabilidade civil. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 2016. ISBN 978-85-02-63674-3
25. GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 18 set 2018.
26. HARPER, R. F. O código de Hamurabi, Rei da Babilônia, cerca de 2250 a.C. Chicago: *The University of Chicago Press*, 1904, 192p.
27. KONDO, C. Y. et al. *Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*. São Paulo: *Parto do princípio*, 2014. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/>> Acesso em: 14 ago 2018.

28. LOTHIAN, J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, v. 35, n. 2, p. 295-303, 2006.
29. MACHADO FILHO, C. O juramento de Hipócrates e o Código de Ética Médica. *Residência Pediátrica*, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/194/o-juramento-de-hipocrates-e-o-codigo-de-etica-medica>>. Acesso em: 10 set 2018.
30. MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2017.
31. PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 15, n. 1, p. 103-108, 2016.
32. REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: “parirás com dor”. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 15 ago 2018.
33. ROSENVALD, N. *As funções da responsabilidade civil: A reparação e a pena civil*. São Paulo: Atlas, 2013, 240 p.
34. SÁ, M. F. F.; NAVES, B. T. O. *Manual do Biodireito*. 2ª. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011, 376 p.
35. SADLER, M. et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 7, p. 47-55, 2016.
36. SILVA, S. S. et al., Violência obstétrica: ultraje aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. *Temas em Saúde*, João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 264-282, 2017.
37. SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n.3, p.520-526, 2015

38. TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.
39. UNICEF. *Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê*. 1 ed. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf> Acesso em: 22 set 2018
40. VENEZUELA. Lei nº 38.668 de 23 de abril de 2007. Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência. *Diário Oficial da República Bolivariana da Venezuela*. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Organica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>> Acesso em: 19 set 2018.
41. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Genebra: WHO Press, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf> Acesso em: 11 set 2018.
42. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Geneva: WHO Press, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf?sequence=3> Acesso: 10 set 2018.
43. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics – Part II: Global health indicators*. Geneva: WHO Press, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1> Acesso em: 10 set 2018.