

X ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI VALÊNCIA – ESPANHA

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO

LUIZ GERALDO DO CARMO GOMES

SILVANA BELINE TAVARES

ANA MARRADES PUIG

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuitiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch – UFSM – Rio Grande do Sul

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Unifor – Ceará

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – Fumec – Minas Gerais

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC – Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF/Univali – Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

G571

Gênero, sexualidades e direito [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/2020

Coordenadores: Luiz Geraldo do Carmo Gomes; Silvana Beline Tavares; Ana Marrades Puig – Florianópolis: CONPEDI, 2020 / Valência: Tirant lo blanch, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-005-3

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Crise do Estado Social

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Congressos Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. X Encontro Internacional do CONPEDI Valência – Espanha (10:2019 :Valência, Espanha).

CDU: 34

X ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI VALÊNCIA – ESPANHA

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO

Apresentação

Desde 1975, Gayle Rubin definiu o sistema sexo / gênero como um sistema de relações sociais que transforma a sexualidade biológica em produtos humanos, muito foi escrito sobre gênero e de diferentes correntes, tanto que até agora estamos atendendo reivindicações dentro do movimento feminista e também dentro da Academia, para reconsiderar esse conceito. O gênero que começou como uma categoria de análise para explicar especialmente a discriminação de subordinação das mulheres no substrato social e cultural patriarcal tornou-se um conceito para se referir a todos os grupos sexuais que não se identificam com o protótipo do sujeito de direitos dos masculino, branco, burguês, hetero e cisgênero.

Existem muitas discussões e debates muito variados sobre as questões pendentes sobre estudos de gênero, mas não se deve esquecer que o sistema sexo / gênero é representado por outro sistema que apóia o da natureza / cultura. Assim, o sexo é marcado pela biologia e o gênero pela cultura, de modo que o gênero é uma construção cultural e, as qualidades e papéis atribuídos a mulheres e homens em virtude de seu sexo são produtos de uma cultura; o mesmo que os utilizou para a manutenção das três funções sem as quais nossa sociedade não poderia existir: a sexual, a reprodutiva e a doméstica. Bem, com essas três funções, os trabalhos apresentados nesta publicação estão relacionados como resultado das comunicações apresentadas no X ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI VALÊNCIA – ESPANHA.

Mariana Medeiros Bastos em “A violência obstétrica e os direitos fundamentais em conflito” compreende a violência obstétrica como violadora de direitos fundamentais e opressão de gênero, denunciando os procedimentos feitos por médicos e suas equipes, pautados por violência desde o período gestacional até o parto.

Em “Cidadania reprodutiva e o alargamento da exigência de respeito aos direitos humanos. Um ensaio sobre a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos”, Maria Cristina Vidotte Blanco Tarrega e Ana Carolina Pedrosa Massaro a partir de uma perspectiva histórica fazem uma análise sobre a necessidade de o Estado promover a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos em uma perspectiva de reafirmação da cidadania e da participação do cidadão na tomada de decisões referentes à sexualidade e a capacidade reprodutiva.

Fabrício Veiga Costa e Alisson Thiago de Assis Campos em “Homofobia no ambiente escolar: a escola como locus de debate das questões de gênero e a inconstitucionalidade do projeto de lei escola sem partido” investigam a prática de ódio contra homossexuais na escola por ser esta o locus de amplo debate das questões de gênero e sexualidade. Discutem também a inconstitucionalidade do Projeto de lei “Escola sem partido” por violar direitos fundamentais vinculados à educação, liberdade, dignidade humana e princípio da não-discriminação.

Em “Ingresso e permanência de pessoas transexuais nas forças armadas: algumas reflexões”, Tereza Rodrigues Vieira a partir de uma pesquisa bibliográfica traz a discussão sobre o preconceito e a discriminação que pairam contra pessoas transexuais e o ingresso e/ou permanência delas nas Forças Armadas. Ressalta a autora a necessidade do tema ser enfrentado pelos juristas brasileiros, assim como a urgência em que se tem as Forças Armadas em desenvolver programas contra a transfobia.

Luiz Geraldo do Carmo Gomes em “Sexualidades: direitos da personalidade e a teoria do reconhecimento” analisa a partir do método teórico, os aspectos filosóficos e jurídicos da sexualidade humana partindo de um discurso jurídico do que é a personalidade e sua proteção. Para tanto, parte das contribuições de Axel Honneth e sua teoria do reconhecimento que visam garantir a liberdade, igualdade e justiça.

Em “Teoria política feminista: uma reflexão crítica a partir de Carole Pateman e John Rawls”, Janayna Nunes Pereira numa perspectiva que busca a desconstrução dos meios de opressão às mulheres institucionalizados nos Poderes Públicos, parte das críticas de Carole Pateman ao contratualismo clássico e a teoria liberal igualitária proposta por John Rawls e analisa a justiça política como parâmetro de superação da dicotomia público-privado e equiparação entre os gêneros.

Dessa maneira, a partir da seleção dos mais qualificados trabalhos acima elencados, o referido grupo de trabalho – Gênero, Sexualidade e Direito - demonstrou a preocupação com as realidades de gênero e sexualidades, fazendo um paralelo com o Direito espanhol, em especial criticando as mazelas do ser humano.

Prof. Dr. Luiz Geraldo do Carmo Gomes - UL

Profa. Dra. Silvana Beline Tavares - UFG

Profa. Dra. Ana Marrades Puig - UVEG

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS EM CONFLITO

THE OBSTETRIC VIOLENCE AND FUNDAMENTAL RIGHTS IN CONFLICT

Mariana Medeiros Bastos ¹

Resumo

O presente trabalho objetiva analisar de que forma a Violência Obstétrica é compreendida como violadora de direitos fundamentais e opressão de gênero. Serão explicitados os direitos da mulher violados através de procedimentos desrespeitosos e violentos no período gestacional, por parte do médico e sua equipe e de que forma há uma relação direta entre a histórica submissão feminina e o silêncio das vítimas. Não obstante, serão apresentados os direitos do médico ao trabalho e à liberdade profissional perante a colisão de direitos e o resultado do conflito estabelecido entre direitos fundamentais. A metodologia utilizada foi análise bibliográfica.

Palavras-chave: Violência obstétrica, Direitos fundamentais, Gênero

Abstract/Resumen/Résumé

The present work aims to analyze how Obstetric Violence is understood as violating fundamental rights and oppression of gender. The rights of women who have been violated through disrespectful and violent gestational procedures by the physician and her staff and in what form there is a direct relationship between the historical submission of women and the silence of the victims will be made explicit. Nevertheless, the doctor's rights to work and professional freedom will be presented in the face of the collision of rights and the result of the conflict between fundamental rights. The methodology used was bibliographic analysis.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Obstetric violence, Fundamental rights, Gender

¹ Advogada e Professora de Língua Portuguesa. Mestranda em Ciências Jurídico-Políticas, Direitos Fundamentais, pela Universidade de Lisboa. Pós graduanda em Direito e Processo do Trabalho pelo Damásio Educacional.

INTRODUÇÃO

Neste trabalho será analisada a violência obstétrica como uma questão que perpassa a violação de direitos fundamentais, bem como, a opressão e submissão histórica de gênero e sexualidade. Inicialmente, ressalta-se que a terminologia “violência obstétrica” é relativamente nova, tanto para as discussões públicas, quanto na esfera jurídica. Contudo, a temática ganha cada vez mais espaço nestes âmbitos considerando os diversos questionamentos de uma efetiva violação de direitos fundamentais.

O trabalho, portanto, busca responder em que medida a violência obstétrica pode ser analisada, não apenas como violação de garantias fundamentais, como também uma espécie de violência de gênero?

O objetivo geral deste trabalho é analisar se há eficácia na ponderação entre direitos fundamentais nos casos de violência obstétrica. Os objetivos específicos buscam compreender quais são os direitos fundamentais em conflito, bem como identificar as raízes da relação de hierarquia entre médico-paciente e ainda de que forma a violência obstétrica compreende uma violação de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A metodologia utilizada, para tanto, foi análise bibliográfica.

Os principais referenciais teóricos utilizados foram as teorias de Simone de Beauvoir, (para compreensão de crítica e conceitos de gênero) e Pierre Bourdieu (compreensão da relação de poder simbólico e dominação histórica masculina).

A relevância do tema relaciona-se ao fato do parto ser um evento importante do processo de transição para a maternidade, que possibilita à mulher experiências que influenciarão significativamente em seu desenvolvimento. Dessa forma, fatos como: complicações obstétricas, gestação de baixo ou alto risco, parto prematuro, óbito fetal, parto de um natimorto, parto anterior traumático, assistência humanizada, ausência ou presença de acompanhante, entre outros fatores, interferirão direta ou indiretamente no processo do parto e no nascimento da criança esperada.

O parto, contudo, nem sempre foi um procedimento médico, tratava-se antes de um evento completamente feminino. No entanto, com o surgimento das universidades, por volta do século XVI, transformou-se em uma prática científica e elitizada. Salienta-se que, com o passar do tempo, a medicina tem realizado um processo de apropriação do parto, ao assumir um verdadeiro controle sobre o corpo da mulher, submetendo-a, muitas vezes, a intervenções médicas desnecessárias. Este controle e submissão da mulher ao médico viola sua garantia constitucional de decidir e dispor sobre seu próprio corpo.

Atualmente, a realidade do parto torna a mulher uma personagem coadjuvante, que deixa de ocupar seu lugar central no evento para, em função dos novos processos científico e tecnológicos da medicina, desempenhar uma função de subordinação em relação aos profissionais da saúde. A submissão da mulher às normas institucionais e práticas intervencionistas sem que, contudo, sejam oferecidas informações acerca dos procedimentos adotados ou mesmo o devido consentimento, tornou-se uma realidade traumática às gestantes.

Como todas as demandas sociais, a consciência comunitária acerca da necessidade de discutir, desconstruir e desnaturalizar a violência obstétrica advém de uma construção histórica. Dessa forma, considerar a violência obstétrica como institucional e historicamente opressora a garantias fundamentais da mulher, diante de sua autonomia de escolha, liberdade e disposição sobre seu próprio corpo é uma maneira de apresenta-la como violação de direitos e garantias constitucionais.

Ressaltando, portanto, a necessidade de explorá-la, não necessariamente por uma criminalização, mas sim, por uma conscientização social, que busque desnaturalizar o conceito de violência obstétrica, considerando o parto humanizado como uma garantia fundamental da mulher. Este trabalho, portanto, divide-se em introdução, desenvolvimento, no qual serão apresentados, respectivamente, os conceitos de direito constitucional de colisão, os direitos da mulher gestante (igualdade, saúde, liberdade e parto humanizado) que são violados através da violência obstétrica e os direitos do médico (direito ao trabalho e liberdade profissional) que se apresentam na colisão de direitos fundamentais e, por fim, as conclusões alcançadas.

1 DIREITO CONSTITUCIONAL DE COLISÃO

Há colisão de direitos fundamentais quando o exercício de um direito fundamental por um titular obstaculiza, afeta ou restringe o exercício de um direito fundamental de outro titular (STEINMETZ, 2001, p.139), causando conflito. Baseia-se, portanto, na intervenção estatal, quando um direito fundamental de um titular, pode estar causando a limitação do exercício da garantia fundamental de outro. Dessa forma, a tarefa do intérprete é traçar limites que permitam o exercício harmônico dos direitos fundamentais colidentes, por mais complexa que seja a definição de critérios para a solução entre a referida colisão.

Nos casos de violência obstétrica, percebe-se que há a colisão entre dois grandes grupos de direitos fundamentais, sendo, de um lado, os direitos da mulher, que incluem: a igualdade, o direito à saúde, a liberdade, integridade física e psíquica e o direito ao parto humanizado. Bem como, por outro lado, os direitos do médico ou profissionais da área da saúde, que são ligados à liberdade do exercício profissional, que é influenciada diretamente

pelo direito ao trabalho e à autonomia do exercício de profissão. A dignidade da pessoa humana, contudo, perpassa os dois lados em colisão.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 dispõe sobre o Princípio da Dignidade da pessoa humana em seu artigo 1º, inciso II, estabelecendo que a República Federativa do Brasil é constituída no Estado Democrático de Direito e encontra-se fundada na dignidade da pessoa humana. O princípio tornou-se basilar ao sistema jurídico brasileiro, haja vista estar acima de qualquer outro, pois é inerente à condição de ser humano, compreendendo aspectos primordiais à individualidade, privacidade e intimidade, que devem ser respeitados.

A proteção da dignidade da pessoa humana envolve todos os aspectos da pessoa, seja exterior – papéis que representa na sociedade, como função profissional, imagem, etc. – como na sua individualidade, privacidade, intimidade (art. 5º, V e X, da CF), assim como o fato de pertencer ao gênero humano (SCHIAVI, 2011, p. 50).

Portanto, compreende-se que a dignidade é um princípio norteador dos direitos fundamentais, esclarecendo que, na colisão em questão, tanto a parturiente, como o médico são abarcados pela garantia de tratamento dignamente humano. Dessa forma, o direito à dignidade perpassa os dois lados da colisão, razão pela qual a referida garantia constitucional não será instrumento de ponderação.

2 DIREITOS FUNDAMENTAIS DA MULHER: Igualdade, Direito à Saúde, à Liberdade, ao Parto Humanizado e os Direitos Sexuais e Reprodutivos

Inicialmente, salienta-se que a construção histórica, legal e conceitual dos direitos humanos, deu-se, com a exclusão feminina. Dessa forma, a mulher foi condicionada a um padrão moral de submissão e pureza, servindo-lhe, unicamente, o ideal da procriação, e àquelas que ousavam, em qualquer aspecto, restava o estigma de pecadoras. Assim, a imagem da mulher foi estruturada, ora como a própria maldição pelo caráter sedutor, ora como aquela que induz ao pecado, aquela que pode prejudicar os homens de bem.

Nesse tipo de discurso, que até hoje exhibe seus resquícios, há uma ideologia machista que se enraíza no conceito de que a mulher só existe com a função de servir ao homem, tornando-se um objeto nos diversos âmbitos sociais. Simone de Beauvoir (2009, p. 64), dentre as principais ideias que contesta no livro “O Segundo Sexo” apresenta o “determinismo biológico” ou “destino divino” reservado às mulheres, ou seja, o destino social de mães, que era educado desde a infância, para que a mulher direcionasse seu futuro a cuidar de seus filhos e marido.

Portanto, a maternidade poderia ser interpretada como construção social, que determinava o lugar e o papel das mulheres na família e na sociedade e, desta forma,

influenciava a dominação do sexo feminino pelo masculino, identificando uma expressa violação à igualdade humana. A posição da mulher era considerada uma construção social, assim, para que a dominação masculina pudesse ser combatida, era necessário ultrapassar a simples garantia de leis igualitárias, como afirma Beauvoir (2009, p.153), o confronto deveria ater-se aos elementos que impedem a mulher de exercer sua autonomia e liberdade.

Segundo Bourdieu (1998, p.09) há uma dominação simbólica sobre toda a estrutura social, corporal, mental e discursiva nas práticas sociais e institucionais, naturalizando desigualdades entre homens e mulheres. Para o sociólogo, a histórica dominação masculina baseia-se na inferiorização feminina, fundada na divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica, limitando e diminuindo o papel da mulher.

A crítica feminista, portanto, denuncia o silêncio da memória social da mulher, expondo o caráter sexista e misógino da historiografia burguesa, que ocasiona a invisibilidade da mulher na história e nos registros oficiais. O feminismo também questiona o modo pelo qual a desigualdade entre homens e mulheres se estabeleceu e quais as formas de se eliminar essa divergência. Verifica-se, portanto, que a luta feminina em busca de igualdade é histórica, perpassando diversas formas de violência e opressão de gênero. .

Ao longo da história, inúmeras mulheres morreram na luta pela causa feminista, em busca de dignidade, melhores condições de vida e igualdade de direitos – contudo, a realidade social enfrentada está longe de ser igualitária entre homens e mulheres. A mulher, que é silenciada em diversos contextos de opressão, também o enfrenta na violência obstétrica. Há inúmeras causas que podem ser indicadas diante do silêncio das mulheres que sofrem esse tipo de violência. Dentre elas, destaca-se a falta de informação das vítimas, além do total desconhecimento da violência obstétrica como violadora de seus direitos fundamentais.

Dessa forma, é recorrente na fala de mulheres vítimas de violência obstétrica que, apesar sentirem-se, de alguma forma, diminuídas ou expostas a situações hostis antes, durante e após o parto, entendem os comportamentos médicos adotados, como de acordo com a normalidade. Acrescenta-se ainda, como outro fator justificado como condicionante ao silêncio das pacientes violentadas, o fato da maioria considerável utilizar os serviços de saúde pública, considerando os maus tratos e descasos inerentes e naturalizados ao tratamento gratuito, dificultando, segundo Belli (2013, p.32), suas denúncias.

A violência obstétrica integra um gênero de violência contemporânea, abordando fenômenos cruciais para mulher, qual seja: a vida, a disposição sobre seu corpo e a forma que deseja ter o seu parto realizado, além da garantia básica de boas condições de saúde e

atendimento médico. Importante salientar, que a luta incessante da mulher em busca de suas garantias e direitos fundamentais é diária, sendo, uma delas, contra a violência.

O feminismo, mais do que dar visibilidade às mulheres, procurou entender a situação destas como produto de uma opressão feminina histórica na sociedade, denunciando as marcas autoritárias e hierárquicas nas relações de gênero. Neste sentido, o feminismo procura superar as formas de organização tradicionais em busca da libertação e autonomia social, política e econômica das mulheres, visto que as raízes da violência contra mulher em suas diversas formas são desmedidas e estão no machismo, incorporado, naturalizado e habituado na cultura misógina atual.

Muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento, contudo, não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, como também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação, haja vista, que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações e qualquer forma de opressão e imposição de práticas que abranjam a desigualdade devem ser rechaçadas e não naturalizadas. Ressalta-se ainda, que apesar do reconhecimento legal e principiológico quanto à igualdade social, esta, infelizmente, permanece no plano das ideias, sendo de fácil compreensão formal, mas dificilmente aplicada como igualdade real e substancial entre homens e mulheres.

Na perspectiva histórica de construção dos direitos humanos, observa-se, que a primeira fase de proteção dos direitos foi marcada pela proteção geral, que expressava o medo quanto às diferenças, visto que estas eram argumentos suficientes para identificar o outro como um ser de menor dignidade e direitos, sendo o sexismo uma forma em destaque deste tipo de violação. Neste contexto surgiu a igualdade formal, a igualdade geral, genérica e abstrata, ressaltando que “todos são iguais perante a lei”.

No artigo 5º, inciso I da Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece-se que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações. Contudo, esta disposição torna-se limitada, caso seja interpretada literalmente, haja vista que nem todas as pessoas estão nas mesmas condições de igualdade. Neste sentido, Rothenburg (2008, p.79) acrescenta que a igualdade formal é identificada, como a que não estabelece qualquer distinção entre os indivíduos, sendo, basicamente, a igualdade perante a lei.

No entanto, a falta de distinção pode gerar desigualdades, em vez de igualdade, conforme ressalta o conceito de igualdade material, também denominada igualdade substancial ou aristotélica, sendo reconhecida por sua frase: “Devemos tratar os iguais igualmente e os desiguais desigualmente, na medida de suas desigualdades”, que vislumbra a

necessidade de tratamento jurídico diferenciado a certos grupos de pessoa que estão em situação de vulnerabilidade.

Pensa-se, por exemplo, que justiça é igualdade – e de fato é, embora não o seja para todos, mas somente para aqueles que são iguais entre si; também se pensa que a desigualdade pode ser justa, e de fato pode, embora não para todos, mas somente para aqueles que são desiguais entre si...”/“Para pessoas iguais o honroso e justo consiste em ter a parte que lhes cabe, pois nisto consistem a igualdade e a identificação entre pessoas; dar, porém, o desigual a iguais, e o que não é idêntico a pessoas identificadas entre si, é contra a natureza, e nada contrário à natureza é bom. (ARISTÓTELES, 1997, p.228)

Dessa forma, tratar o indivíduo de forma genérica mostrou-se insuficiente, visto que cada pessoa possui suas particularidades, que os constituem como sujeitos de direito. Portanto, cada violação de direito merece uma determinada resposta, de maneira específica e diferenciada, conferindo a alguns grupos uma proteção especial, diante de sua própria vulnerabilidade, como é o caso das mulheres. O direito à diferença, portanto, seria uma espécie de direito fundamental, que surge equiparado ao direito à igualdade, haja vista, que o respeito às diversidades é necessário para a garantia da justiça social.

Cardoso de Oliveira (2011, p.38), preocupa-se com as concepções de igualdade, demonstrando como as agressões e diversas formas de violência, ocorrem em função da negação radical da dignidade dos agredidos. Ele também nos demonstra como, no plano da cidadania, qualquer ameaça ao status igualitário do ator pode ser vivida como uma ofensa, bem como, uma forma de discriminar o outro.

A Constituição Federal, no caput do art. 5º, inciso I garante à mulher os mesmos direitos e deveres dados ao homem, em condição de igualdade. Entretanto, apesar da mulher ter buscado ao longo do tempo e conquistado, gradativamente, seu espaço na sociedade, ainda é vítima das mais variadas formas de violência. Acrescenta-se que, apesar do considerável avanço legislativo, como a Lei 11.340/2006, denominada Lei Maria da Penha e a Lei 13.104/2015, identificada como Lei do Feminicídio, as transformações não foram suficientes para alterar a realidade social vivida.

Mulheres permanecem sendo discriminadas pelo simples fato de serem mulheres e este fato perpassa aspectos jurídicos, políticos, culturais e educacionais. A discriminação vivida por inúmeras mulheres, também pode gerar dificuldades de acesso a informações em geral, além de possibilitar obstáculos à denúncia de inúmeras opressões e formas de violência. A violência obstétrica é mais um reflexo das violações de igualdade sofrida pelas mulheres, que mesmo em condição de vulnerabilidade, por estar gestante, é exposta a diversas formas de opressão e violência, sem qualquer respeito à sua garantia de ser tratada dignamente, em natureza de ser humano.

Quanto ao direito à saúde, inicialmente, é preciso ressaltar que, a Revolução Industrial proporcionou duas grandes correntes de conceituação do que é saúde. Por um lado, estavam grupos marginais à produção, ou seja, aqueles marginalizados, que viviam em condições miseráveis e compreendiam a saúde condicionada ao trabalho, meio ambiente, moradia e alimentação. Contudo, com o avanço dos estudos científicos e a descoberta de novos remédios e formas de tratamento, a saúde passou a ser compreendida como uma forma de garantir ao indivíduo a ausência de doenças.

Com os efeitos da instabilidade causada por conflitos internos e guerras mundiais, buscou-se, através da Declaração Universal do Homem, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), incentivar a criação de órgãos especiais à garantia eficaz de direitos essenciais ao indivíduo. O direito à saúde, como garantia instituída pelo Estado ao cidadão está consolidado nos artigos 196 a 200 da Constituição da República do Brasil e integra um conjunto de direitos denominados direitos sociais, como define o artigo 6º e 196º da referida Constituição, que tem como inspiração o valor da igualdade entre os indivíduos.

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais sociais, sendo, portanto, um dever Estatal, de eficácia plena, com aplicabilidade imediata e direta, visto que está relacionado à garantia do direito à vida. Portanto, é um dever do Estado garantir o seu cumprimento de maneira eficaz, sendo necessário assegurá-lo por intermédio do acesso à saúde de qualidade, tratamento digno nos hospitais e postos de saúde, além do fornecimento de medicamentos essenciais.

Acrescenta-se ainda, que o direito à saúde é fundamental e indispensável ao exercício dos demais direitos humanos, sendo necessário não apenas que os serviços de saúde sejam disponibilizados em quantidade suficiente, com acessibilidade sem discriminação e aceitabilidade, como também, que os serviços e o atendimento sejam de boa qualidade ao paciente. Dessa forma, a violência obstétrica também pode ser caracterizada como violação ao direito fundamental da mulher à saúde, considerando, principalmente, os aspectos de descaso e maus tratos realizados pela equipe médica. O direito à saúde impõe, ao Poder Público obrigação de garantir um serviço que atenda à população indistintamente e com o mínimo de qualidade básica, garantindo o respeito à integridade física e mental dos pacientes.

A saúde é um dever do Estado, conforme dispõe o art. 197º da Constituição Federal Brasileira, devido seu financiamento pelos impostos que são pagos pela população. Desta forma, para que o direito à saúde seja uma realidade, é necessário que o Estado crie condições adequadas de atendimento em postos de saúde, hospitais, programas de prevenção, medicamentos, e ainda, que este atendimento seja universal (alcance todos os que

necessitarem) e integral (garantindo tudo o que a pessoa precise). O Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Observa-se, portanto, que a proteção dada pela Constituição Federal à saúde do cidadão acompanhou o entendimento internacional, que abrange as perspectivas promocionais, preventivas e curativas. Sendo assim, é dever do Estado garantir tanto as informações sobre as doenças, como os remédios e tratamentos de saúde.

A Organização Mundial da Saúde, recentemente, definiu a saúde reconhecendo os laços entre o indivíduo e o meio ambiente. Atualmente, a noção de direito à saúde também abarca o direito à saúde sexual e reprodutiva. Neste sentido:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações. (CORREIA, 2002, p. 9)

Os mais diversos atos que são considerados como violência obstétrica contra a mulher, sendo eles: agressão psicológica, verbal ou moral e agressão física, constituem formas de violação de garantias fundamentais da mulher, sendo carregados de preconceito e acarretando efeitos danosos para a saúde da gestante e do nascituro. Portanto, não é apenas a violência física que prejudica a saúde da mulher, as inúmeras formas de opressão verbal e psicológica realizadas configuram danos, muitas vezes, irreparáveis a sua saúde mental, que torna-se traumatizada diante da experiência violenta que vivenciou.

Seguindo esta linha, entende-se que é dever do Estado também, garantir a saúde e os cuidados obstétricos às mulheres, o que engloba a prevenção contra a violência obstétrica praticada por profissionais da saúde pública e o cuidado e respeito à garantia fundamental da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Quanto à liberdade, Pellegrinello (2014) apresenta o argumento de que a reprodução humana é fruto da autonomia da mulher e de seu direito à personalidade, portanto, qualquer decisão dispondo de suas garantias, sem a sua efetiva permissão, significaria lesão à sua liberdade. Dessa forma, o direito da mulher – e somente dela – de decidir de que forma pretende que seu parto seja realizado, se apresenta como um direito da personalidade física e, mais precisamente, como um direito à liberdade corporal. A autora destaca ainda, que a decisão da mulher de engravidar e de parir deve refletir suas escolhas e a autonomia

existencial que possui, evitando que ninguém, nem mesmo o Estado possa preventiva, genérica ou injustificadamente interferir nesse projeto, inibindo ou violando o princípio fundamental da liberdade.

O direito ao próprio corpo é o ponto de partida de uma sociedade democrática, que deve garantir aos indivíduos igual valor. Por conseguinte, a mulher tem o direito de exercer a maternidade, conforme sua autonomia sexual e existencial e o direito personalíssimo ao corpo, com fundamento na sua própria liberdade. Segundo Almeida (1999, p.18), é necessário percebermos que o respeito à autonomia e ao consentimento livre e esclarecido, têm levado a mudanças substanciais da ética médica tradicional, isto porque, nos países ocidentais, vive-se uma realidade de secularização e pluralismo moral, ou seja, uma situação onde as premissas comuns são insuficientes para estruturar uma visão concreta da vida moral.

Argumenta-se que a disposição da mulher quanto a decidir sobre sua vida e saúde, ou seja, o exercício do direito à liberdade, não pode se efetivar sem que existam direitos sociais que viabilizem o cumprimento de suas escolhas. Dessa forma, é necessário que os serviços sejam adequados, para que haja o cumprimento efetivo de direitos fundamentais.

O paternalismo médico, como maior expressão de autonomia, pode ser explicado como toda ação que o médico produz, em tese, com a intenção de beneficiar o paciente, sem, contudo, seu consentimento prévio. Um ato paternalista pode, também, estar relacionado à omissão ou mesmo à distorção das informações, com o objetivo de não causar ao paciente sofrimento psicológico. O paternalismo pode, ainda, envolver o uso da força ou da coerção (ALMEIDA, 1999, p. 76).

Considera-se que, historicamente, todo o desenvolvimento da medicina visava fornecer ao médico autonomia suficiente para decidir o que fosse melhor para o paciente, sem que este possuísse meios de expressar sua vontade e a própria autonomia. Contudo, a obstetrícia, por muito tempo, baseava-se em aspectos tradicionais da cultura da época, o que precisou sofrer alterações, diante da necessidade do médico compreender a mulher. Sustenta-se ainda, que a medicina sempre agiu de forma paternalista, visto que, os cuidados, de modo geral, são feitos de forma a tratar o paciente como alguém incapaz de cuidar e decidir por si mesmo, sendo necessária sua tutela. Este paternalismo, contudo, começa a ser questionado, diante de um processo de valorização e afirmação dos direitos e garantias individuais, sendo necessário o estabelecimento do equilíbrio entre os princípios da autonomia e da beneficência, sem o qual a simetria da relação profissional de saúde/utente estaria posta em causa, com claros danos para ambos.

A mulher em trabalho de parto, apesar de estar em um contexto de fragilidade e complexidade, por ter de decidir por ela e pelo feto, não deve ter sua liberdade violada, como afirma Leitão (2010, p.27) há necessidade da correta transmissão de informações por parte dos médicos às pacientes, sem submissão, mas sim, a permissão à mulher cuidada de dispor e decidir sobre seu corpo e sua maternidade. No que se refere à medicina da mulher, essa relação de poder se instaura na assimetria existente entre uma escrita prolífica e um corpo silencioso, tal qual aparece nas imagens científicas. De acordo com a ideologia de gênero, a mulher, sendo mais fraca e menos provida de razão, não podia se representar (tanto política quanto cientificamente), necessitando, portanto, de uma voz autorizada para fazê-lo. (MARTINS, 2004, p.157)

Segundo Bourdieu (1998, p.11), a competência legítima é a capacidade reconhecida de um porta-voz autorizado, de empregar em ocasiões oficiais a fala digna de crédito, ou seja, aquela que é reconhecida pelo receptor com certa autoridade, papel que é assumido pelo médico. O uso da linguagem, portanto, depende da posição social do locutor, pois o peso de cada agente depende de seu capital simbólico, isto é, do reconhecimento institucionalizado que recebeu de um grupo.

A violência obstétrica configura-se como desrespeito à autonomia feminina sobre o próprio corpo ou à liberdade de escolha acerca do processo reprodutivo que entende adequado. As inúmeras intervenções cirúrgicas desnecessárias e os maus-tratos verbais e físicos sofridos pelas mulheres configuram a violação à liberdade de escolha da gestante, bem como o impedimento de participação nas decisões tomadas, posto que, a opinião da mulher não é, muitas vezes, sequer consultada. Diante do contexto médico-paciente, o capital simbólico pertencente ao médico é de grande expressão, haja vista, que a construção histórica do lugar desse profissional o coloca como o porta voz do corpo doente.

A eficácia da imposição simbólica, que são: a ordem ou a palavra de ordem; o discurso ritual e a ameaça ou insulto, só será efetiva, se dita por uma autoridade reconhecida pelo destinatário da mensagem. Portanto, os médicos possuem a competência da língua legítima, reconhecida por enfermeiras e pacientes como a última palavra. Desta forma, possuem uma condição de autoridade e superioridade historicamente enraizada. Contudo, salvo em situação de perigo de morte, o médico não pode limitar o direito do paciente de decidir e dispor com liberdade sobre sua saúde e seu corpo, como dispõe o artigo 31, do Conselho Federal de Medicina. A mulher, ao parir em hospitais passou a ser coadjuvante de seu parto, no qual a principal figura é a do médico, que assume uma posição hierarquicamente superior à gestante.

A ideia de “medicalização” da sociedade, inclui um certo controle da medicina quanto à sexualidade feminina, limitando sua liberdade. Portanto, o distanciamento e a autoridade instituídos, historicamente, entre os médicos e as mulheres gestantes, vislumbra uma certa desumanização no tratamento obstétrico, que, através de uma análise de gênero, reflete uma forma de opressão à mulher. Piovesan (2004, p.41) ressalta duas vertentes ao conceito de direitos sexuais e reprodutivos, sendo elas: de um lado a autodeterminação individual, que corresponde ao livre exercício da sexualidade e reprodução humana sem discriminação, coerção ou violência, que significa o direito à autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual.

Por outro lado, sustenta que as políticas públicas são essenciais para o efetivo exercício dos direitos reprodutivos, sendo primordial o acesso a informações, meios e recursos seguros e acessíveis, e que haja um padrão de saúde adequado à efetiva liberdade da mulher em dispor sobre o seu corpo. Ressalta-se, portanto, a necessidade da equipe médica promover a liberdade como direito fundamental das pacientes, visto que, estas tem o direito de serem atendidas imediatamente e de maneira respeitosa, sem recriminações ou críticas, além do esclarecimento sobre todos os tratamentos propostos e a garantia de poder escolher sobre realizar ou não um parto cesariano. Ter uma gravidez saudável e um parto seguro, seja ele humanizado ou cesariano são direitos da mulher.

Quanto ao parto humanizado e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, é necessário destacar que o Brasil alcançou avanço notável ao longo do tempo quanto à assistência médica às gestantes, durante a gravidez, o parto e pós-parto, abarcando um número considerável de gestantes. Contudo, desafios persistem quanto à qualidade da assistência médica prestada, considerando que a humanização do parto é um objetivo importante para um acesso à saúde de qualidade, visto que o termo “humanização” carrega distintas interpretações conceituais.

Ressalta-se, que a qualidade de “humano”, em nossa cultura, quase sempre se refere à ideia de moral cristã em ser bom, dócil, empático, amável e de ajudar ao próximo. Dessa forma, retirar a mulher de seu “sofrimento” (como naturalmente o parto normal é tratado) e “acelerar” o parto através de medicações e de manobras técnicas ou cirúrgicas, tornou-se uma tarefa nobre e costumeira da medicina obstétrica. Acrescenta-se, ainda, que o direito ao parto humanizado pode ser compreendido como direito fundamental não escrito na Constituição, mas implícito, visto que os direitos não escritos implícitos são aqueles oriundos do âmbito normativo de um outro direito fundamental expresso na Constituição Federal, sendo, no caso em questão, os direitos à vida e à saúde.

Portanto, é um direito fundamental implícito, pois pode ser extraído do âmbito normativo de outro. Dessa forma, apesar de não serem formalmente reconhecidos, de forma expressa na Constituição, são direitos fundamentais que devem ser garantidos, com proteção vinculada ao âmbito normativo de outro direito. Portanto, o direito ao parto humanizado não é um novo direito, mas sim, uma forma de proteção de um direito maior.

Ressalta-se ainda, que não há qualquer diferença hierárquica entre um direito fundamental explícito ou implícito, sendo igualmente fundamentais. Ademais, compreende-se o direito à vida, como um direito fundamental, conforme Título II, Capítulo I, Art. 5º da Constituição Federal (BRASIL, 2004), a partir, do qual, deriva o direito ao parto humanizado, pois, a violência obstétrica também pode ocasionar a morte da parturiente ou de seu feto, diante de inúmeras formas de opressão física ou psicológica, que podem, não apenas prejudicar a vida da mãe diretamente, como retiram o direito do feto de nascer saudável e com dignidade.

De igual maneira, o direito ao parto humanizado, também pode ser entendido, como implícito ao direito à saúde, reconhecido no Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 2004). Justifica-se, que, através da humanização do parto, a mulher garante sua saúde mental e física, visto que a violência obstétrica, independente da modalidade, causa transtornos traumáticos à mulher, que, muitas vezes, após essa experiência violenta, considera, até mesmo, não ter mais filhos.

A denominada “ciência dos partos” ou obstetrícia, portanto, substituiu a “antiga arte do parto” realizada por parteiras não-profissionais, que através de sua cultura realizam um parto tradicionalmente familiar e reservado. O médico, através deste processo, tornou-se uma autoridade sobre os corpos femininos, utilizando instrumentos e tecnologias para dominar a natureza fisiológica da mulher, aumentando, ainda, as intervenções em seu ciclo reprodutivo, baseado em pesquisas científicas. Mas o significado da ciência obstétrica não se resume à conquista profissional dos médicos no atendimento aos partos e recém-nascidos.

Os obstetras foram os primeiros a levar adiante o modelo biológico das diferenças sexuais estabelecido no século XVIII pelos anatomistas e fisiologistas. Seu foco de análise se fechou sobre as estruturas e os processos que eles consideravam ser a explicação para a natureza feminina e a justificação materialista dos papéis sociais das mulheres. Uma consequência importante desse processo de conhecimento foi a crescente intervenção com o uso de tecnologias médicas e farmacêuticas seguido pelo gerenciamento dos corpos femininos, cada vez mais passivos e alienados à medida que os saberes se especializaram e

que a gravidez, o parto e puerpério passaram a ser gerenciados pelo médico e, posteriormente, pela equipe hospitalar (MARTINS, 2004, p. 100).

É necessário, contudo, atentar a esta prática atual, analisando as contradições existentes entre as intervenções técnicas ou cirúrgicas e as suas consequências no processo fisiológico do parto e na saúde física e emocional da mulher e do bebê, haja vista, o parto trata-se de um fenômeno natural da estrutura fisiológica da mulher. Ressalta-se, ainda, os processos culturais, emocionais, psíquicos e espirituais envolvidos no parto, diante da importância, para mãe e seu filho, de vivenciarem integralmente a experiência do parto natural. A humanização do parto entende a gestação e o momento do parto como eventos fisiológicos perfeitos, que não necessitam de intervenções científicas, cabendo à obstetrícia, apenas, o acompanhamento do processo, sem interferências que possibilitem, tão somente, seu aperfeiçoamento.

O índice considerável de busca por cesarianas pelas gestantes é justificado pelo fato do parto natural sofrer inúmeras intervenções traumatizantes à mulher na realidade dos hospitais públicos, as quais causam sofrimento físico e psicológico, tanto à parturiente, quanto ao seu filho. O parto torna-se traumático e, muitas mulheres passam a temê-lo e optam pelo parto cesariano, acreditando que a experiência será indolor por meio deste procedimento. Contudo, muitas desconhecem o fato de que, ao serem submetidas à cirurgia cesariana, não estão isentas da possibilidade de tornarem-se vítimas de violência obstétrica.

Os direitos sexuais e reprodutivos, como o acesso ao parto humanizado, são garantias fundamentais exigíveis, que geram obrigações concretas e específicas no ordenamento. A falta de cumprimento destas obrigações, portanto, identifica uma violação aos compromissos juridicamente vinculantes, assumidos por meio de tratados internacionais e já devidamente incorporados ao direito interno. Com a busca pela humanização do atendimento na área obstétrica e visando a promoção do parto e nascimento saudável, além da prevenção da mortalidade materna e perinatal, foi lançado o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, no ano de 1996, pela OMS e Ministério da Saúde do Brasil (OMS, 1996).

Esta publicação incorporou as “recomendações da OMS”, classificando os procedimentos de rotina na assistência ao parto em categorias, preconizando a utilização da assistência baseada em evidências científicas, que apontam para o uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências nas decisões tomadas quanto ao atendimento às pacientes individuais. As propostas de humanização possuem o intuito de criar novas possibilidades de exercício pleno de direitos, como os de: vivência da maternidade, sexualidade, paternidade e da vida corporal. Busca-se o reconhecimento do parto como uma experiência humana natural,

que deve ser realizada sem intervenções desnecessárias ou formas de opressão que traumatizam a mulher e tornam o parto um acontecimento temível e violento.

A humanização do parto possui muitos sentidos, que envolvem aspectos teóricos e práticos. No âmbito teórico, sob a égide do Direito, a humanização faz parte dos direitos reprodutivos, que devem ser interpretados como direitos humanos fundamentais, portanto, garantidos pela Constituição Federal. No aspecto prático, a humanização do parto deve estar intimamente ligada à assistência de saúde de qualidade. A humanização tem como foco preservar e promover a fisiologia.

Dessa forma, percebe-se que diante de um contexto crescente de violência obstétrica (antes, durante e após o parto), algumas mulheres tem optado pela humanização do parto, portanto, o que, em tese, deveria ser naturalizado, torna-se uma escolha rara e preferida por mulheres de classe alta ou que ainda vivem o cotidiano das “parteiras”. Ressalta-se, entretanto, que a realidade maçante sobrevive às margens de atendimentos obstétricos públicos precários, pois, muitas vezes, não restam opções à gestante.

Em 1993, fundou-se a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), denunciando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência às mulheres e crianças no momento do nascimento. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993 apud DINIZ, 2005, p. 631).

A mulher gestante, portanto, precisa ser analisada diante de um único contexto social, sendo ela orientada adequada e dignamente, independente de: decidir ter o seu filho em hospital público ou particular; preferir uma maternidade ou um parto normal e independentemente de sua classe social, etnia ou opção religiosa. A efetiva humanização do parto pode ser aplicada através de práticas como: a preocupação com o bem-estar da gestante e do feto; a mínima interferência médica; a preferência por métodos menos invasivos ou cirúrgicos; a escolha pela parturiente, sempre que não haja risco à vida e o fornecimento de informações necessárias à gestante.

O termo humanização do parto refere-se a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas utilizadas no momento do nascimento de uma criança, trazendo ao cotidiano dos serviços médicos, conceitos novos, desafiadores, e, às vezes, conflitantes. Humanização é também um termo utilizado para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.

Ademais, saliento que o objetivo não é defender que todas as mulheres gestantes não devem realizar o parto cesáreo, e sim, frisar que esta não deve ser a sua única alternativa, ou,

pior, que lhe seja imposta como uma obrigação, desconsiderando a opção do parto natural. Ressalta-se, ainda, que o direito ao parto humanizado (cesárea ou natural) e respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são garantias fundamentais. A ideia é defender o direito de escolha e liberdade da gestante, para que, independente de sua opção quanto à forma de ter o seu filho, seja respeitosamente orientada e esclarecida pela equipe médica, sem qualquer forma de discriminação ou opressão.

3 DIREITOS DO MÉDICO: Direito ao Trabalho e Liberdade Profissional

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 6º assegura o direito ao trabalho, como fundamental ao homem. Na relação médico-paciente, o direito ao trabalho surge como consequência do Princípio Terapêutico, que é o objetivo da medicina, ou seja, tratar doenças, melhorar a situação do paciente e diminuir a dor, garantindo a integridade do enfermo. Portanto, o médico, devidamente graduado e licenciado tem o direito ao exercício de sua profissão, atuando em benefício de seu paciente.

Salienta-se ainda, o direito à liberdade profissional e à autonomia de seu exercício, que são garantias fundamentais também do médico, haja vista que seu trabalho só será capaz de garantir um atendimento adequado, quando aliado ao conhecimento dos meios possíveis para alcançar determinado resultado, ou seja, o domínio da razão prática médica, que é um desdobramento da autonomia de exercício, deve estar alicerçado à liberdade profissional. O exercício da medicina tem, historicamente, como uma de suas principais peculiaridades a liberdade profissional, conferindo ao médico o direito inalienável à sua autonomia. O médico, na qualidade de profissional liberal, tem como essencial elemento constituinte de sua profissão, a liberdade do exercício de suas atividades, na mais ampla autonomia, que deve estar conciliada ao respeito e garantia da ordem pública e social.

A compreensão do exercício médico também é um desdobramento que merece destaque, pois, relaciona-se à necessária discussão que o médico deve ter sobre a prática de sua função, a qual não lhe pode ser tolhida. A liberdade de exercício possibilita ao médico, para um efetivo atendimento, realizar a ponderação dos riscos e benefícios de sua decisão terapêutica, ou seja, identificar o tratamento mais eficaz, necessário e favorável ao paciente, sem enganá-lo. Dessa forma, compreende-se que toda ação médica deve estar voltada à satisfação das necessidades do assistido da melhor maneira possível.

A autonomia profissional é extensiva à atuação técnica do médico, cabendo-lhe decidir qual a melhor conduta terapêutica para solucionar a situação em que seu paciente se encontra. Portanto, o médico, analisará através do pré-natal a situação da grávida, informando se há possibilidade de realização do parto normal, mas, caso não haja, é dever do médico intervir

para que não apenas a mãe seja prejudicada no momento do parto, como também o feto. Quando o médico esclarece os prós e contras de realizar um parto normal ou cesariano à parturiente, realiza-se uma eleição terapêutica, que é a escolha ponderada entre a vontade e a necessidade.

Contudo, esta eleição também é feita sem a opinião da gestante, quando é verificada uma situação de risco iminente, ou, quando a mulher não estiver em condições de expressar seu ponto de vista com convicção, ou seja, situações emergenciais, nas quais a vontade da paciente é incompatível com a necessidade médica. Analisemos os trechos do Capítulo I, VII e VIII do Novo Código de Ética Médica, que apresentam seus Princípios Fundamentais:

Capítulo I

VII. O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

Acrescenta-se, que, conforme o Código de Ética Médica, o médico tem a liberdade de aplicar, no exercício de sua profissão, os ditames de sua consciência, portanto, o médico pode recusar-se a realizar práticas que sejam contra esta, constituindo um dever moral e uma prática lícita, de acordo com um ponto de vista social. Quando o pedido do paciente estiver em desacordo com a consciência do médico, este poderá direcioná-lo a outro médico, ou outra instituição que atenda às suas necessidades. Toda vez que o médico julgar eticamente inaceitáveis as pretensões ou vontades do paciente pode e às vezes deve eximir-se de suas responsabilidades e convidar o paciente a refletir e a procurar outros hospitais ou outros médicos.

Nem a consciência do paciente deve ser violentada pelo médico, nem a do médico pode ser forçada pelo paciente: são ambos responsáveis pela vida e pela saúde, quer seja esta considerada um bem pessoal, quer um bem social (SGRECCIA, 2002, p.161). Neste sentido, como decorrências da eleição terapêutica, surgem duas possibilidades de resultado, a primeira, o paternalismo médico e a segunda, a posição do individual, na qual a vontade da gestante prevalece.

Para que a intervenção médica prevaleça, é necessário que o médico demonstre através do partograma, composto de relatórios, exames e prontuários, que a cesariana era necessária à gestante, ou seja, que caso não fosse realizada, a vida da mulher e de seu filho estariam em risco de morte ou lesão grave. A ação dos profissionais de saúde nas situações de emergência,

nas quais os pacientes não são capazes de exprimir suas preferências ou dar seu consentimento, é baseada no princípio da beneficência, visto que, o médico adota o papel de protetor do paciente, por intermédio de ações positivas em favor de sua vida e saúde. Portanto, entende-se que, nas situações em que há risco à vida da parturiente ou ao bebê, o médico deve intervir.

Dessa forma, diante de situações emergenciais, aceita-se a noção da existência de consentimento presumido ou implícito, supondo que, se a pessoa estivesse em plena capacidade discricionária de sua autonomia e capacidade, seria favorável às tentativas de intervenção médica e/ou consequências de suas condições de saúde. Acrescenta-se, ainda, que a inércia médica, diante de circunstâncias de grave e iminente perigo de vida, contraria o dever de solidariedade imposto pelo princípio de beneficência, podendo caracterizar uma situação de omissão de socorro, conforme art. 31 do Código de Ética Médica.

Por conseguinte, o risco de perigo iminente, não pode resultar em omissão de informação, esclarecimento ou direito de decisão, em ocasiões que não há justificativas éticas à limitação do direito à autonomia dos pacientes. O Código de Ética Médica prevê que, em situações de iminente perigo de vida, a atuação médica deve ser orientada pelos princípios éticos da beneficência e da proteção do bem-estar do paciente. É preciso destacar, que violências verbais e institucionais não são justificáveis, independente de ser uma situação emergencial ou não.

Dessa forma, diante do conflito entre direitos fundamentais da mulher e do médico, é necessário compreender que violências como: ofensas à parturiente, impedimento à presença de um acompanhante e demais formas que, não necessariamente, estão relacionadas à uma intervenção cirúrgica médica, mas também caracterizam forma de violência obstétrica, não são permitidas, pois, a gestante tem o direito de acesso à saúde de qualidade, respeitando, também, sua integridade psicológica. Vislumbra-se ainda, que a utilização de Episiotomia de rotina não pode ser identificada como um procedimento emergencial, visto que não haveria necessidade ou qualquer risco à saúde de mulher que justificassem sua realização.

Neste sentido, argumenta-se que a ética médica é baseada nos princípios da beneficência, não-maleficência, respeito à vida, à privacidade e à confidencialidade. Portanto, de maneira geral, estes princípios direcionam a prática do médico e sua equipe considerando, ainda, o respeito à autonomia do paciente. Compreende-se, dessa forma, que diante de uma ponderação de direitos fundamentais, prevalecerão os direitos da mulher nos casos em que a intervenção médica e o uso da liberdade e autonomia profissional são

utilizados como forma de opressão e naturalização da violência obstétrica, desrespeitando a garantia inerente de dignidade do ser humano.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto, há indicações claras de que a violência obstétrica não se resume a uma violência institucional contra as mulheres no período da gravidez, o parto e o puerpério, mas, principalmente, refere-se a uma forma de violação de direitos fundamentais e opressão de gênero, na qual o papel de protagonista da mulher durante o parto lhe é usurpado, por intermédio de decisões e disposições sobre seus corpos que, com desconcertante habitualidade, são-lhes impostas, ainda que com sutileza.

Afinal, a violência obstétrica é uma forma de violação, muitas vezes, invisível até mesmo para as próprias vítimas. Com os resultados obtidos com este trabalho, conclui-se que as origens da violência obstétrica estão fixadas na dominação histórica masculina propagada socialmente. O trabalho, pois, analisou de que forma a mulher é silenciada mesmo durante um processo natural, no qual torna-se vítima (física ou psicologicamente) da opressão.

O combate à violência obstétrica – mudança tão necessária e iniciada ao redor do mundo –, entretanto, depende de neutralizar a dominação masculina, devolvendo o protagonismo do parto às mulheres e humanizando todo o período compreendido entre a gravidez e o pós-parto. Neste sentido, a ausência de avanços quanto à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além dos obstáculos a uma vida sem violência são ocasionados pela naturalização de uma cultura de dominação masculina. Dessa forma, as questões de gênero atuam como força determinante para a mudança do quadro de vida e saúde em que se encontram as mulheres no contexto atual.

É necessário, pois, que haja a discussão consciente de direitos e garantias para um efetivo empoderamento feminino, no qual a mulher desenvolva a plena consciência do parto humanizado como direito fundamental. Ademais, por intermédio da pesquisa realizada neste trabalho, constatou-se que há uma considerável assimetria na relação médico-paciente, que revela uma desigualdade simbólica e real. O médico, que possui maior conhecimento técnico, muitas vezes não fornece as informações necessárias à parturiente, ou mesmo, decide instrumentalizar o parto, sem ponderar a opção da gestante.

A patologização do parto de baixo risco constitui, por si só, um processo pelo qual se exerce violência obstétrica. Outro grande obstáculo é o fato de muitos médicos desmerecerem a humanização do parto, justificando-se com base nas altas demandas e escassez de leitos nas maternidades públicas, tornando o parto um processo emergencial. Alguns profissionais, não

apenas desvalorizam a pressão psicológica sofrida pelas gestantes, como entendem que muitas condutas adotadas são “normais”, diante da alta quantidade de partos realizados por dia.

Neste trabalho, portanto, compreendeu-se que, diante de um conflito entre direitos fundamentais da mulher e direitos fundamentais do médico, é necessário analisar as circunstâncias as quais a gestante foi submetida, considerando a inerente garantia de dignidade humana. Nesta ponderação, portanto, a liberdade e autonomia profissional do médico não podem estar acima de direitos fundamentais da mulher como, por exemplo, à saúde, posto a realidade de violências físicas e psicológicas as quais muitas gestantes são submetidas, ou mesmo, à patologização do parto, causando-lhes medo de um processo natural e impedindo que exerçam sua liberdade de dispor sobre qual forma desejam vivenciar o parto, alcançando, ainda, seus direitos sexuais e reprodutivos.

Ademais, o direito fundamental à liberdade da mulher quanto à disposição sobre seu próprio corpo não prepondera nos casos em que há risco iminente à gestação, nos quais a necessidade de intervenção médica é imperiosa, razão pela qual deverá prevalecer a autonomia e liberdade profissional do médico, diante de uma situação na qual a própria integridade e saúde da mulher e de seu bebê estiverem em risco, sendo necessário ressaltar a garantia fundamental à humanização do parto à mulher, pois independente da forma como é feito, deve ser conduzido de forma respeitosa, sem qualquer opressão à mulher, razão pela qual entende-se a violência obstétrica não apenas como violadora de direitos fundamentais, como essencialmente forma de opressão de gênero. É necessário que o processo de hierarquia entre médico-paciente seja substituído por uma relação que valorize, não apenas a opinião da mulher, como o seu bem-estar, considerando que o parto é um processo fisiológico e deve ser tratado como tal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. L. T. **Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principialista da Relação Médico-Paciente**. Rio de Janeiro, 1999.
- ARISTÓTELES. **Política**. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.
- BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. Tradução: Sérgio Milliet. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- BELLI, Laura. **La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos**. Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética,[S.l.], ano 4, v. 1, n.7, jan.-jun. 2013.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 2.ed. RJ: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo, Saraiva, 2004.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução, Renato Aguiar. – 4ª ed – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. 2009- 2010. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=12 Acesso em: 25/02/2019

CORRÊA, Sônia. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Dir_Sau_Rep.pdf. Acesso em 01/03/2019

LEITÃO, F. J. C. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. Universidade de Lisboa, 2010.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004

OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. **Concepções de igualdade e cidadania**. Contemporânea, Revista de Sociologia da UFSCar, São Carlos, n. 1, p. 35-48, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf, Acesso em: 01/03/2017.

_____. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra: Saúde Materna e Neonatal/Unidade de maternidade segura Saúde reprodutiva e da Família, 1996.

PELLEGRINELLO, Ana Paula. **Reprodução humana assistida: a tutela dos direitos fundamentais das mulheres**. Curitiba: Juruá, 2014.

PIOVESAN, Flávia. **A mulher e o debate sobre direitos humanos no Brasil**. Crítica Jurídica Revista Latinoamericana de Política, Filosofia y Derecho, Curitiba [S.I.: s.v]. n. 23, p. 77-85, jan. /dez. 2004

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (Rehuna). **Carta de Campinas**. (Mimeo), 1993.

ROTHENBURG, Walter Claudius. **Igualdade Material e Discriminação Positiva: o Princípio da Isonomia**. Novos Estudos Jurídicos Vol. 13 - n. 2 - p. 77-92, 2008.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética: I - Fundamentos e Ética Biomédica**. Edições Loyola, São Paulo, 2002.